

FACULDADES EST  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM TEOLOGIA

CLARISSA PERES SANCHEZ

**SOFRIMENTO E MORTE: ACONSELHAMENTO PASTORAL NA CAPELANIA  
HOSPITALAR A PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS**

São Leopoldo

2019



CLARISSA PERES SANCHEZ

**SOFRIMENTO E MORTE: ACONSELHAMENTO PASTORAL NA CAPELANIA  
HOSPITALAR A PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS**

Trabalho Final de  
Mestrado Profissional  
Para a obtenção do grau de  
Mestra em Teologia  
Faculdades EST  
Programa de Pós-Graduação  
Mestrado Profissional em Teologia  
Área de Concentração: Teologia Prática  
Linha de Pesquisa: Dimensões do  
Cuidado e Práticas Sociais

Orientador: Dr. Nilton Eliseu Herbes

São Leopoldo

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S211s Sanchez, Clarissa Peres  
Sofrimento e morte : aconselhamento pastoral na  
capelania hospitalar a pacientes oncológicos paliativos /  
Clarissa Peres Sanchez ; orientador Nilton Eliseu Herbes. –  
São Leopoldo : EST/PPG, 2019.  
78 p. ; 31 cm

Dissertação (Mestrado) – Faculdades EST. Programa  
de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo,  
2019.

1. Doentes terminais – Aconselhamento pastoral. 2.  
Sofrimento – Aspectos religiosos – Cristianismo. 3. Morte –  
Aspectos religiosos – Cristianismo. 4. Capelães de hospitais.  
5. Câncer – Aspectos psicológicos. 6. Câncer – Aspectos  
religiosos. I. Herbes, Nilton Eliseu, orientador. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

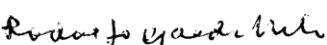
CLARISSA PERES SANCHEZ

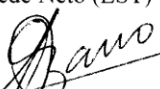
**SOFRIMENTO E MORTE: ACONSELHAMENTO PASTORAL NA CAPELANIA  
HOSPITALAR A PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS**

Trabalho Final de  
Mestrado Profissional  
Para a obtenção do grau de  
Mestra em Teologia  
Faculdades EST  
Programa de Pós-Graduação em Teologia  
Linha de Atuação: Dimensões do Cuidado e  
Práticas Sociais

Data de Aprovação: 20 de janeiro de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Nilton Eliseu Herbes (Presidente)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Rodolfo Gaede Neto (EST)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Antonio Carlos Barro (FTSA)



*Dedico esse trabalho a todas as pessoas  
que exercem o ministério da capelania  
hospitalar com dedicação e amor.*





## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar ao meu grande e eterno Deus pelo dom da vida e pela sua bondade e misericórdia.

Agradeço ao meu marido Sergio, a meus filhos Sergio Antonio, Luiz Felipe e Andressa e aos meus netos Arthur e Alice pela compreensão da minha ausência nos momentos de estudo.

A Faculdade Teológica Sul Americana pelo apoio e incentivo para continuar meus estudos.

A meu querido professor e orientador, Nilton Herbes, por seu guiar acadêmico.



*“O homem não é destruído pelo sofrimento, mas pelo sofrimento sem sentido.”*

*Victor Frankl*

*“Você é importante porque você é você. E você é importante até o fim da sua vida. Faremos todo o possível não só para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para fazer você viver até o momento de morrer.”*

*Cicely Saunders*



## RESUMO

O presente estudo tem por finalidade refletir sobre as contribuições do aconselhamento pastoral na capelania hospitalar a pacientes oncológicos paliativos, com ênfase no sofrimento e morte. Para tanto, o trabalho divide-se em três partes. A primeira visa compreender o câncer, que acomete um número cada vez maior de pessoas, nos seus aspectos gerais e analisar como esta doença pode afetar todas as áreas da vida da pessoa, e o sofrimento, que é inevitável, pode ser ressignificado à luz da teologia. A segunda averigua a capelania hospitalar e a importância do aconselhamento pastoral no contexto da enfermidade. Como pessoa devidamente habilitada, o capelão ou a capelã deve aplicar seus conhecimentos na assistência espiritual para proporcionar paz e tranquilidade às pessoas assistidas. A terceira analisa os cuidados paliativos e o aconselhamento pastoral na preparação para a morte, área que com certeza o capelão ou a capelã deverá enfrentar com certa regularidade. Esse trabalho tenta jogar mais luz sobre o momento mais difícil da vida de todo ser humano, quando se está entre a vida e a morte.

**Palavras-chave:** Aconselhamento Pastoral; Capelania Hospitalar; Câncer; Sofrimento; Morte; Cuidados Paliativos.



## **ABSTRACT**

This study aims to reflect on the contributions of pastoral counseling in hospital chaplaincy to palliative cancer patients, with an emphasis on suffering and death. To this end, the work is divided into three parts. The first aims to understand cancer, which affects an increasing number of people, in its general aspects and to analyze how this disease can affect all areas of the person's life, and the suffering, which is inevitable, can be reframed in the light of theology. The second investigates hospital chaplaincy and the importance of pastoral counseling in the context of the disease. As a properly qualified person, the chaplain must apply his or her knowledge in spiritual assistance to provide peace and tranquility to the people being assisted. The third analyzes palliative care and pastoral counseling in preparation for death, an area that the chaplain will certainly have to face with some regularity. This work tries to shed more light on the most difficult moment in the life of every human being, when one is between life and death.

**Keywords:** Pastoral Counseling; Hospital Chaplaincy; Cancer; Suffering; Death; Palliative Care.





## SUMÁRIO

1	Introdução .....	17
2	Adoecimento e sofrimento em pacientes oncológicos.....	19
2.1	Recebendo diagnóstico de câncer.....	19
2.1.1	Conceituação de câncer .....	21
2.1.2	Tipos de câncer .....	23
2.1.3	Encaminhamentos para o tratamento .....	24
2.1.4	Prevenção.....	27
2.2	O sofrimento e o aconselhamento pastoral .....	28
2.2.1	Compreendendo o sofrimento.....	29
2.2.2	Cuidado como forma de Aconselhamento Pastoral .....	35
3	Capelania hospitalar — aconselhamento pastoral .....	39
3.1	História da Capelania.....	39
3.2	História dos hospitais.....	41
3.3	Importância da Capelania Hospitalar .....	43
3.4	Ser humano holístico / integral .....	45
3.5	Aconselhamento Pastoral no contexto da enfermidade.....	48
4	Cuidados paliativos e morte .....	55
4.1	Cuidados paliativos — pacientes sem possibilidade de cura.....	56
4.1.1	O que são cuidados paliativos .....	57
4.1.2	Quando cuidados paliativos são prescritos.....	58
4.1.3	Função do aconselhamento pastoral no cuidado de pacientes paliativos..	59
4.2	Pacientes em preparação para a morte.....	61
4.2.1	Quando a morte se aproxima.....	65
4.2.2	Aconselhamento Pastoral na preparação para a morte .....	68
4.2.3	Quando a morte chega .....	68
5	Conclusão .....	71
	<u>Referências</u> .....	73



## 1 Introdução

A vida está repleta de indeterminações, que podem ser consideradas como indefinições, dúvidas, mistérios... e existe uma simples e singela contraposição, que, desde logo, surge: vida e morte. Nada mais natural do que viver, mas, também, nada mais natural do que morrer! Isso é o que a pesquisadora vivenciou e aprendeu com a sua experiência de sofrimento ao enfrentar o diagnóstico de câncer de mama em 2012. Após seu reestabelecimento, se tornou capelã voluntária no Hospital do Câncer de Londrina, desempenhando essa função desde 2013. Cabe mencionar que, desde abril de 2013, a pesquisadora fundou e preside uma organização de sociedade civil (OSC), em Londrina - PR, chamada "Tok de Amor" que tem como objetivos principais prover acolhimento e aconselhamento pastoral a pacientes oncológicos e seus familiares. Tanto a experiência pessoal com o câncer, como o trabalho voluntário na capelania hospitalar e na Tok de Amor, foram a principal motivação para essa pesquisa.

Desde sempre, o ser humano sabe que sua vida é limitada a seu tempo de existência, e por isso, talvez, queira vivenciá-la com plenitude. Por isso, quando adoece, em geral, transforma-se. Dessa transformação, fazem parte vários novos pensamentos e diferentes atitudes, principalmente, voltados a definir o novo caminho, que é o de ter, como companhia, então, uma doença. A doença, em si, pode ou não levá-lo à morte, porém, os cuidados, em nosso tempo, rapidamente surgem como paliativos à doença: se ele se cura, então, cria nova perspectiva para sua vida, mas, se a doença torna-se crônica, a dita nova perspectiva pode tomar rumos bastante distintos.

A presença de outros seres humanos, que podem trazer benefícios físicos e psíquicos, é, hoje, algo aceitável e constante, em vários serviços hospitalares e clínicos. Os avanços da Medicina (e da Ciência, no geral) proporcionam ao ser humano novas perspectivas para uma vida prolongada e com qualidade de vida. A preocupação com a morte, por vezes, é afastada, e as possibilidades de resistência a ela aumentaram significativamente: isso é o que veremos, neste trabalho, em que aspectos representativos dos cuidados para com aqueles que devem encarar as doenças e a possibilidade da morte iminente serão mencionados.

O ser humano, apesar de nascer só e morrer só, em termos físicos, tem, junto a si, em todas as épocas de sua vida, integração com outros seres humanos. Essa integração gerou, nas últimas décadas, a existência de serviços hospitalares de assistência humana, como as capelarias, cujo trabalho é o de pacificação do doente, em seus momentos derradeiros da vida. O núcleo de nosso trabalho destaca várias características da capelaria hospitalar: reservamos um capítulo inteiro, para construir a ideia da companhia de capelães junto a pessoas que se encontram adoentadas, e que necessitam de assistência diante de situações de pré-morte.

Também, desenvolveremos a temática do aconselhamento hospitalar, promovido por integrantes das capelarias: seus membros, preparados para confortar os doentes e seus familiares, atêm-se a acompanhar aqueles que, em um momento final de suas vidas, necessitam receber carinho, compreensão, amor e atenção. Cada capelão e capelã prepara-se para transformar-se em um apoio, por vezes requisitado pelo doente, que, em geral, precisa passar a compreender aquela situação de fim de vida.

Assim, esse trabalho tem a intenção de demonstrar a evolução do acompanhamento de doentes, em um momento especial da vida, que é o de preparo para a morte, que é uma experiência individual de um ato derradeiro da existência terrena.

Apesar desse trabalho destacar os comentários em função de uma doença específica — o câncer —, servimo-nos dessa doença para comentar, de modo geral, sobre alguns aspectos do fim da vida física. Sendo assim, no primeiro capítulo será abordado sobre o adoecimento e o sofrimento, ou seja, o que é o câncer, seus tipos, os tratamentos e a prevenção; bem como o sofrimento numa perspectiva cristã e o cuidado como forma de aconselhamento pastoral; no segundo capítulo, a história e importância da capelaria hospitalar e o aconselhamento pastoral no contexto de enfermidade levando em consideração o ser humano holístico/integral; e no terceiro, o que são os cuidados paliativos, quando são prescritos e a importância do aconselhamento pastoral na preparação para a morte.

## 2 Adoecimento e sofrimento em pacientes oncológicos

A partir do momento em que a pessoa tem seu diagnóstico de câncer confirmado, ela passa por uma crise vital de muito sofrimento. Adentra num mundo que lhe é estranho, o mundo da doença e do tratamento.

O envolvimento da pessoa doente com seu cuidado inicia-se a partir do momento em que se ocupa em entender os sintomas, o diagnóstico, os significados culturais da doença, o tratamento e tudo o que este implica.

### 2.1 Recebendo diagnóstico de câncer

Até meados do século XIX, o câncer era um mal raramente diagnosticado. Quando descoberto, pouco se tinha a fazer, pois não havia tratamento para combatê-lo. O primeiro tratamento visando à cura foi a extirpação cirúrgica, que só foi possível após a descoberta da anestesia geral, em fins do século XIX. Mesmo em tais casos, não se obtinha a cura, só restando a morte. A palavra câncer era tão ameaçadora que o médico só revelava o diagnóstico aos familiares e muitas pessoas o chamavam e ainda chamam de “aquela doença”, “doença ruim” ou “aquilo”, ou seja, sem chamar o câncer pelo nome. O câncer estava associado à dor, tumoração deformante, odor fétido, e inevitavelmente, à morte. Também, havia desconfiança de que fosse doença transmissível: por isso, a pessoa doente era rejeitada.<sup>1</sup>

Em torno de 1920, iniciou-se o segundo tipo de tratamento: a radioterapia. Era outro paliativo, quando a cirurgia falhava. Com o advento da quimioterapia, mudou o prognóstico de vários tumores, principalmente em crianças e adultos jovens. Hoje, utiliza-se uma combinação desses tratamentos, dependendo do caso e estágio em que se encontre a doença.<sup>2</sup>

Ter um diagnóstico de câncer representa um grande abalo na vida das pessoas, principalmente porque a palavra câncer está carregada de significados aterrorizantes e ameaçadores que estão gravados em nosso inconsciente cultural, como: sofrimento, morte, aflição, padecimento, queda de cabelo, enjoos, vômitos, debilitação, perda de dignidade, descontrole, fraqueza, incapacitação, dor, castigo e

---

<sup>1</sup> SILVA, Célia Nunes. *Como o câncer (des)estrutura a família*. São Paulo: Annablume, 2000. p. 21.

<sup>2</sup> SILVA, 2000, p. 22.

desgraça.

As questões psicossociais do câncer, no passado quase que inexistentes, têm mudado à medida que foram surgindo tratamentos mais eficazes. A partir dos anos 1970, teve grande influência o manejo psicológico das pessoas enfermas. Na atualidade, passa a ser um elemento-chave. A psico-oncologia estuda duas dimensões psicológicas do câncer: o impacto do câncer sobre funções psicológicas da pessoa doente, dos familiares e da equipe médica; e o papel que algumas variáveis psicológicas e comportamentais possam desempenhar no risco e na sobrevivência da pessoa enferma. A psiconeuroimunologia representa um novo campo de estudo sobre o impacto das emoções no sistema imune.<sup>3</sup>

Dentre os fatores que contribuíram para maior ênfase nos aspectos psicológicos do câncer estão: visão menos pessimista do câncer; preocupações crescentes com a autonomia da pessoa enferma e com aspectos humanitários da questão; diagnóstico precoce do câncer, decorrente de métodos e tratamentos mais eficazes; reconhecimento das influências psicológicas e comportamentais no risco de câncer, em sua detecção precoce e prevenção.<sup>4</sup>

Existem algumas variáveis que influenciam o ajustamento psicológico do paciente ao câncer. A primeira é o contexto sociocultural no qual o câncer ocorre: as crenças e atitudes sobre o câncer que atingem a pessoa enferma e a família. A segunda, o contexto médico: estágio da doença, tratamento requerido e local afetado. A terceira corresponde ao contexto psicológico no qual o câncer ocorre.<sup>5</sup>

A reação psicológica da pessoa ao diagnóstico de câncer começa com a suspeita do diagnóstico. O medo do câncer tem estigmatizado muitos pacientes com essa doença.<sup>6</sup>

Atualmente, o câncer é o responsável por mais de 15% do total de mortes no Brasil e a cada ano são em torno de 600 mil novos casos, dos quais 40% das pessoas não sobrevivem.<sup>7</sup>

---

<sup>3</sup> SILVA, 2000, p. 22.

<sup>4</sup> SILVA, 2000, p. 23.

<sup>5</sup> SILVA, 2000, p. 25.

<sup>6</sup> SILVA, 2000, p. 26.

<sup>7</sup> JEMAL, Ahmedin et al. *O Atlas do Câncer*. Tradução Hospital de Câncer de Barretos. 2 ed. Atlanta: American Cancer Society, 2014. p. 6.

### 2.1.1 Conceituação de câncer

Segundo o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), “câncer é um nome geral dado a um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento anormal e desordenado de células. Paciente oncológico é aquele que porta algum tipo de câncer”.<sup>8</sup>

Neoplasia maligna é o termo usado no meio científico para se referir a algum tipo de câncer. Existem quase 200 tipos de câncer que se diferenciam pela capacidade de invadir tecidos e órgãos, vizinhos ou distantes.<sup>9</sup>

Historicamente, o termo neoplasia tem origem com o médico e pesquisador alemão Rudolf Virchow (1821-1902), criador da chamada “teoria celular”. Segundo ele, as células que formam o corpo humano só podem vir de outras células pelo aumento do número delas (hiperplasia) ou pelo aumento de seu tamanho (hipertrofia). No entanto, ao observar o crescimento de células patológicas pelo microscópio, Virchow percebeu um processo diferente, uma espécie de hiperplasia extrema, que acontecia de modo incontrolável e redefinido, como se tivesse vida própria. Ele chamou esse crescimento novo, totalmente independente e distorcido de neoplasia.<sup>10</sup>

A anexação do termo “maligna” à neoplasia fundamenta-se no fato de que nem todo crescimento novo e distorcido de células vai dar origem a um tumor ou doença maligna. A malignidade de uma neoplasia está na perda do controle da proliferação e da divisão celular; imortalização celular; presença de alterações de cromossomos; perda das propriedades adesivas da membrana plasmática, que permite o reconhecimento célula-célula, inibição por contato do movimento e crescimento celular; perda da função e da capacidade de diferenciação ou especialização; capacidade para invadir os tecidos vizinhos e provocar metástases; capacidade de induzir à formação de novos vasos sanguíneos.<sup>11</sup>

Outra palavra relacionada ao câncer é *onkos*, termo grego que significa

<sup>8</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA. *ABC do Câncer – Abordagens Básicas para o Controle do Câncer*. Rio de Janeiro, 2012. p. 17.

<sup>9</sup> ALMEIDA, Lúcia V. et al. Câncer e agentes antineoplásicos, ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que integram com o DNA: uma introdução. *Química*, Nova Belo Horizonte, v. 28, n. 1, 2005. p. 118.

<sup>10</sup> MUKHERJEE, Siddhartha. *O imperador de todos os males: uma biografia do câncer*. Tradução Berilo Vargas. São Paulo: Companhia das letras, 2012. p. 32.

<sup>11</sup> BELIZÁRIO, José E. O próximo desafio: reverter o câncer. *Ciência Hoje*, Departamento de Farmacologia – Universidade de São Paulo, v.31, n.184, 2002. p. 52.

volume, carga, fardo. Entende-se o câncer como uma carga, um fardo pesado, cujo corpo precisa carregar. Daí surge o termo oncologia que tem a função de estudar, pesquisar, compreender e eliminar o fardo que o paciente oncológico carrega.<sup>12</sup>

O termo câncer surgiu pela primeira vez na literatura médica como *karkinos*, palavra grega para caranguejo, na época de Hipócrates, o “pai da medicina”, por volta do ano 400 a.C. O tumor, com vasos sanguíneos inchados à sua volta, fez Hipócrates pensar num caranguejo enterrado na areia com as patas abertas em círculo. Escritores posteriores acrescentaram mais detalhes que justificavam o uso da comparação. A superfície endurecida e desbotada do tumor lembrava a dura carapaça do corpo do caranguejo, além da súbita pontada de dor produzida pela doença, que se compara à dor produzida pelas garras do animal.<sup>13</sup>

Estima-se que o câncer seja uma das doenças mais antigas da história da humanidade. Uma explicação para não ter sido antes citada é que as sociedades mais antigas não viviam muito tempo. Existem registros de células cancerígenas em múmias do Egito, datadas de 3000 a.C. Também, foi localizado um câncer em restos de crânio humano de 1900 a.C. Pergaminhos egípcios, datados por volta de 1600 a.C., descrevem oito casos de tumores de mama tratados por cauterização; câncer de estômago, tratado com cevada cozida, misturada com tâmaras; câncer de útero, tratado com uma mistura de tâmaras frescas, misturadas com cérebro de porco, introduzidos na vagina.<sup>14</sup>

Com o avanço da Medicina, sabe-se, hoje, que o câncer não tem uma causa única. Há variadas causas externas, que estão presentes no meio ambiente e causas internas, como hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas. Os fatores podem interagir em diferentes formas, dando início ao surgimento do câncer, mas as causas externas representam entre 80% e 90% dos casos, onde as mudanças do meio ambiente<sup>15</sup> provocadas pelos seres humanos contribuem para o aumento do risco de câncer. Esses fatores de risco ambientais de câncer alteram a estrutura genética (DNA) das células e são denominados cancerígenos ou

---

<sup>12</sup> MUKHERJEE, 2012, p. 68.

<sup>13</sup> MUKHERJEE, 2012, p. 68.

<sup>14</sup> JEMAL et al., 2014, p. 94.

<sup>15</sup> Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente de trabalho (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) e o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida). Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos. Esses fatores alteram a estrutura genética (DNA) das células.



carcinógenos.<sup>16</sup>

O envelhecimento natural do ser humano também torna as pessoas mais vulneráveis ao processo cancerígeno, devido a mudanças nas células e a exposição por mais tempo aos diversos fatores de risco para câncer.<sup>17</sup>

### 2.1.2 Tipos de câncer

O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo, mas alguns órgãos são mais afetados do que outros; e cada órgão pode ser acometido por tipos diferenciados de tumor que podem ser mais ou menos agressivos.<sup>18</sup>

Os vários tipos de câncer são classificados conforme a localização primária do tumor. Alguns dos principais tipos são: anal, bexiga, boca, esôfago, estômago, fígado, intestino, laringe, mama, ovário, pâncreas, pele melanoma, pele não melanoma, pênis, próstata, pulmão, testículo, tireoide, colo do útero, corpo do útero, sistema nervoso central, leucemia, Linfoma de Hodgkin e Linfoma não Hodgkin.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)<sup>19</sup>, em 2018, no Brasil, o número de casos novos nos homens corresponde a: próstata (31,7%); traqueia, brônquio e pulmão (8,7%); cólon e reto (8,1%); estômago (6,3%); cavidade oral (5,2%); esôfago (3,8%); bexiga (3,1%); laringe (3,0%); leucemias (2,8%); sistema nervoso central (2,7%); Linfoma não Hodgkin (2,5%); pele melanoma (1,4%); glândula tireoide (0,7%); Linfomas de Hodgkin (0,7%).

E nas mulheres: mama (29,5%); cólon e reto (9,4%); colo do útero (8,1%); traqueia, brônquio e pulmão (6,2%); glândula tireoide (4,0%); estômago (3,8%); corpo do útero (3,3%); ovário (3,0%); sistema nervoso central (2,7%); leucemias (2,4%); Linfoma não Hodgkin (2,4%); cavidade oral (1,7%); pele melanoma (1,7%); bexiga (1,4%); esôfago (1,3%); laringe (1,6%); Linfoma de Hodgkin (0,5%).<sup>20</sup>

Ainda, segundo o INCA, em 2015, no Brasil, a mortalidade conforme localização primária do tumor nos homens corresponde a: traqueia, brônquios e

<sup>16</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Causas e prevenção*: O que causa o câncer? Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cao-causa-cancer>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

<sup>17</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Causas e prevenção*: O que causa o câncer? Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cao-causa-cancer>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

<sup>18</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Causas e prevenção*: O que causa o câncer? Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cao-causa-cancer>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

<sup>19</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Causas e prevenção*: O que causa o câncer? Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cao-causa-cancer>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

<sup>20</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Causas e prevenção*: O que causa o câncer? Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cao-causa-cancer>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

pulmões (14,4%); próstata (13,5%); estômago (8,5%); cólon e reto (7,6%); esôfago (6,1%); fígado (4,4%); sistema nervoso central (4,3%); cavidade oral (3,5%); laringe (3,4%); leucemias (2,3%); bexiga (1,8%); pâncreas (1,7%); rim (1,4%); melanoma (1,4%). E nas mulheres: mama (16,2%); traqueia, brônquios e pulmões (11,5%); cólon, reto e ânus (9,0%); colo do útero (6,0%); estômago (5,4%); pâncreas (5,1%); sistema nervoso central (4,5%); fígado (4,3%); ovário (3,7%); leucemias (3,3%); útero (2,3%); Linfoma não Hodgkin (2,1%); esôfago (2,0%).<sup>21</sup>

### 2.1.3 Encaminhamentos para o tratamento

O tratamento do câncer pode ser feito através de cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou transplante de medula óssea. Em muitos casos, é necessário associar mais de uma modalidade.

A cirurgia oncológica consiste na retirada do tumor e pode ter finalidade curativa, quando há detecção precoce, ou finalidade paliativa, quando o objetivo é reduzir a quantidade de células tumorais, ou de controlar sintomas que comprometam a qualidade da sobrevivência da pessoa. Também, pode ser uma forma de avaliar a extensão da doença (estadiamento do câncer).<sup>22</sup>

A quimioterapia é um tratamento medicamentoso que age na corrente sanguínea, destruindo as células cancerígenas e impedindo, também, que se espalhem. Pode ser administrada via oral, em forma de comprimidos, cápsulas e líquidos que podem ser tomados em casa; intravenosa, por meio de cateter, na forma de injeções, ou dentro do soro; intramuscular, por meio de injeções; subcutânea, por meio de injeção; intratecal (pela espinha dorsal) é pouco comum, sendo aplicada no líquido (líquido da espinha); tópica (sobre a pele), podendo ser líquido ou pomada. Pode ser administrada no ambulatório, onde a pessoa vem de sua residência para receber o tratamento, e volta para casa, ou por meio de internação, onde a pessoa é hospitalizada durante todo o período do tratamento.<sup>23</sup>

A única dor sentida na quimioterapia é a da “picada” da agulha na pele, na hora de puncionar a veia. Alguns medicamentos podem causar uma sensação de

---

<sup>21</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Causas e prevenção*: estatísticas. Disponível em: <<https://inca.gov.br/números-de-cancer>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

<sup>22</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Conviver com câncer*: cirurgia. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/cirurgia>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

<sup>23</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Tratamento do câncer*: quimioterapia. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/quimioterapia>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

desconforto, ardência, queimação, placas avermelhadas na pele e coceira. Ao sentir qualquer um desses sintomas, é necessário avisar imediatamente a equipe médica.<sup>24</sup>

Alguns medicamentos podem promover efeitos colaterais que podem variar de intensidade de pessoa para pessoa. Alguns possíveis e mais comuns efeitos colaterais são: fadiga; perda de cabelo; hematomas e hemorragias; infecção; anemia; náuseas e vômitos; perda de apetite; diarreia ou constipação; inflamações na boca; problemas de deglutição; problemas neurológicos e musculares como dormência, formigamento e dor; alterações da pele e unhas; como pele seca e alteração na cor; problemas renais; perda de peso; problemas de concentração; alterações no humor; alterações na libido; infertilidade.<sup>25</sup>

É importante frisar a importância do paciente oncológico entrar em contato imediatamente com a equipe médica, quando apresentar, durante o tratamento, alguns sintomas como: febre, temperatura maior ou igual a 38 graus; hemorragia; reação alérgica ou erupção cutânea; dificuldade para engolir; calafrios intensos; dor no local da injeção da quimioterapia ou no local do cateter; dor fora do normal, incluindo dor de cabeça intensa; falta de ar ou dificuldade para respirar; diarreias ou vômitos em excesso; fezes ou urina com sangue.<sup>26</sup>

A radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações ionizantes (por exemplo, raio X), que são um tipo de energia para destruir ou impedir que as células do tumor aumentem. Essas radiações não são vistas e durante a aplicação a pessoa não sente nada. Os resultados costumam ser muito positivos, controlando a doença e colaborando para melhoria da qualidade de vida, ou desaparecendo o tumor, e até mesmo, curando a pessoa. Pode ser usada, em alguns casos, em conjunto com a quimioterapia. Também, podem surgir alguns efeitos colaterais que devem ser acompanhados pela equipe médica. O número de aplicações necessárias varia de acordo com a extensão e localização do tumor, dos resultados dos exames e do

---

<sup>24</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Tratamento do câncer: quimioterapia*. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/quimioterapia>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

<sup>25</sup> INSTITUTO ONCOGUIA. *Efeitos colaterais da quimioterapia*. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/efeitos-colaterais-da-quimioterapia/3706/593/>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

<sup>26</sup> INSTITUTO ONCOGUIA. *Efeitos colaterais da quimioterapia*. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/efeitos-colaterais-da-quimioterapia/3706/593/>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

estado de saúde da pessoa.<sup>27</sup>

A radioterapia pode ser feita de duas formas: radioterapia externa ou braquiterapia. Na radioterapia externa ou teleterapia, a radiação é emitida por um aparelho, que fica afastado da pessoa, direcionado ao local a ser tratado, com a pessoa deitada e as aplicações são, geralmente, diárias. Sendo na área de cabeça e pescoço, será necessário o uso de uma máscara para manter a posição correta durante o tratamento. Se a área for no corpo, serão feitas marcações com uma tinta especial no local, para os técnicos de radioterapia posicionarem a pessoa corretamente.<sup>28</sup> Na braquiterapia, aplicadores são colocados pela equipe médica, em contato com o local a ser tratado e a radiação é emitida do aparelho para os aplicadores. É feita no ambulatório, de uma a duas vezes por semana, podendo necessitar de anestesia. O uso mais comum é em tumores ginecológicos.<sup>29</sup>

Outro tratamento que pode ser proposto para algumas doenças que afetam as células do sangue, como leucemias e linfomas, é o transplante de medula óssea<sup>30</sup> que pode ser autogênico, quando a medula vem da própria pessoa ou alogênico, quando a medula vem de um doador, mas, também, pode ser feito a partir de células precursoras de medula óssea, obtidas do sangue de uma pessoa doadora ou do sangue de cordão umbilical. Para receber o transplante, a pessoa é submetida a um tratamento que ataca as células doentes e destrói a própria medula. Então, ela recebe a medula sadia como se fosse uma transfusão de sangue. Uma vez na corrente sanguínea, as células da nova medula circulam e vão se alojar na medula óssea, onde se desenvolvem. Os principais riscos se relacionam às infecções e aos medicamentos quimioterápicos utilizados durante o tratamento. A rejeição é relativamente rara, mas pode acontecer. Já, para a pessoa doadora, os riscos são poucos e em poucas semanas a medula óssea estará totalmente recuperada.<sup>31</sup>

Infelizmente, muitos indivíduos postergam em procurar tratamento. Isso se

---

<sup>27</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Conviver com câncer: radioterapia*. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/radioterapia>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

<sup>28</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Conviver com câncer: radioterapia*. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/radioterapia>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

<sup>29</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Conviver com câncer: radioterapia*. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/radioterapia>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

<sup>30</sup> Medula óssea é um tecido líquido-gelatinoso que fica no interior dos ossos, conhecido por tutano. Nela são produzidos os componentes do sangue: hemácias (glóbulos vermelhos), leucócitos (glóbulos brancos) e as plaquetas.

<sup>31</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Conviver com câncer: tratamento do câncer*. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/transplante-de-medula-ossea>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

dá devido a alguns fatores como: variáveis sociodemográficas (idade, baixo nível educacional, baixo nível socioeconômico); conhecimento, atitudes e crenças (pouco conhecimento sobre os sintomas do câncer, medo excessivo de câncer); estilo pessoal de lidar com o câncer (culpa, vergonha, pessimismo, fatalismo; dificuldades emocionais preexistentes ou doença psiquiátrica; tendência a negar ou reprimir informações inquietantes; rejeição do papel de ser um dependente); relação médico-paciente ausente ou precária.<sup>32</sup>

#### 2.1.4 Prevenção

A prevenção primária tem como objetivo impedir que o câncer se desenvolva, e para isso, é necessário se evitar a exposição aos fatores de risco e adesão de um estilo de vida saudável. Já, a prevenção secundária tem como objetivo a detecção precoce de cânceres assintomáticos iniciais e o tratamento de doenças pré-malignas como, por exemplo, lesão causada pelo vírus HPV.<sup>33</sup>

Algumas dicas para prevenção do câncer são extremamente importantes de serem observadas, segundo o INCA:

- Não fumar. Essa é uma regra muito importante para a prevenção de alguns tipos de câncer como os de pulmão, cavidade oral, laringe, faringe e esôfago. Ao fumar, por volta de 4.700 substâncias tóxicas e cancerígenas são liberadas no ambiente e são inaladas pelos fumantes e não fumantes.
- Alimentação saudável, rica em alimentos de origem vegetal como frutas, legumes, verduras, cereais integrais, feijões e outras leguminosas, e pobre em alimentos ultraprocessados como aqueles prontos para consumo ou prontos para aquecer e bebidas adoçadas.
- Manter o peso corporal adequado, pois estar acima do peso aumenta as chances de desenvolver câncer.
- Praticar atividades físicas.
- Amamentação, pois além de proteger as mães contra o câncer de mama, é a primeira ação de alimentação saudável, evitando a obesidade infantil.

---

<sup>32</sup> SILVA, 2000, p. 29.

<sup>33</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Causas e prevenção: como prevenir o câncer*. Em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/como-prevenir-o-cancer>. Acesso em 19/01/19.

- Papanicolau: mulheres entre 25 e 64 anos devem fazer o exame preventivo do câncer do colo do útero a cada três anos. Tão importante quanto fazer o exame é saber o resultado, seguir as orientações médicas e o tratamento indicado.
- Vacinar contra o HPV as meninas de 9 a 14 anos e os meninos de 11 a 14 anos.
- Vacinar contra a hepatite B para prevenção do câncer de fígado.
- Evitar a ingestão de bebidas alcóolicas, pois seu consumo contribui para o risco de desenvolver câncer.
- Evitar comer carne processada (presunto, salsicha, linguiça, bacon, salame, mortadela, peito de peru e blanquet de peru), porque podem aumentar a chance de desenvolver câncer. Os conservantes (como os nitritos e nitratos) podem causar o aparecimento de câncer de intestino (cólon e reto), e o sal, o de estômago.
- Evitar a exposição ao sol entre 10h e 16h, e usar sempre proteção adequada, como chapéu, barraca e protetor solar, inclusive nos lábios. Se for inevitável a exposição solar durante a jornada de trabalho, usar chapéu de aba larga, camisa de manga longa e calça comprida.<sup>34</sup>

## 2.2 O sofrimento e o aconselhamento pastoral

Quando a pessoa recebe o diagnóstico de câncer passa por um desafio plurifacetado para a mente, o corpo, o coração e o espírito. Não é uma jornada apenas física, embora, muitas vezes, seja tratada como tal.

A palavra que vem associada à doença é sofrimento. E ao pensar no sofrimento, há a tendência de vê-lo como algo que Deus fez contra nós. Junto a esse pensamento vem uma série de interrogações como: Por que eu? Por que a vida é tão injusta? Por que Deus, que é bom, permite o sofrimento?

É comum reagir ao sofrimento culpando a si mesmo ou culpando alguém ou algo e tendo autopiedade.

O sofrimento pode destruir ou fortalecer.

É possível libertar-se do sofrimento por meio da transformação. O segredo

---

<sup>34</sup> INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Causas e prevenção: como prevenir o câncer*. Em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/como-prevenir-o-cancer>. Acesso em 19/01/19.

da transformação está em mover o centro da própria vida para Deus.

### 2.2.1 Compreendendo o sofrimento

Etimologicamente, sofrimento “denota pena ou dor que se deve suportar (latim *subferre*, levar debaixo).<sup>35</sup> No dicionário da língua portuguesa, sofrimento é definido como “ato ou efeito de sofrer; dor física; angústia, aflição”. E o termo sofrer é definido como: “ser atormentado, afligido por; suportar, aguentar; admitir, consentir; passar por, experimentar coisa desagradável ou trabalhosa”.<sup>36</sup>

O sofrimento constitui o problema central da humanidade, desde as origens da vida na Terra. O sofrimento é universal e inevitável. A intensidade varia de pessoa para pessoa, mesmo que as causas que o produziram sejam as mesmas. Logo, o sofrimento é subjetivo e individual. E segundo Casiano Floristán, o sofrimento só pode ser expresso de forma narrativa e simbólica, não de modo conceitual e intelectual, pois o indivíduo conta seu próprio sofrimento a outras pessoas.<sup>37</sup>

O sociólogo Peter Berger afirma que todas as culturas oferecem uma explicação que dá significado à experiência do sofrimento e enfatiza a importância das pessoas entenderem que a experiência do sofrimento não tem de ser algo inútil; pode ser uma forma crucial, ainda que dolorosa, de vivermos de forma plena.<sup>38</sup>

A cultura ocidental secular contemporânea é uma das mais fracas e deficientes da história, para dar significado e instruções de como enfrentar corretamente o sofrimento. Este passa a ser evitado a qualquer custo, ou minimizado o máximo possível.<sup>39</sup> Hoje, ficamos mais chocados e abalados com o sofrimento do que nossos antepassados, pois a vida deles foi bem mais impactada pelo sofrimento do que a nossa, como, por exemplo, a família que presenciava a morte em casa de metade de seus filhos na infância, e ainda assim, lidava melhor do que nós com a dificuldade e o sofrimento, conforme inúmeros diários, registros e

<sup>35</sup> CASERA, D. Sofrimento. In: Leone, S. *Dicionário de Bioética*. Vila Nova de Gaia: Editorial Perpétuo Socorro, 2001. p. 1043.

<sup>36</sup> FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2000. p. 643.

<sup>37</sup> FLORISTÁN, Casiano; BOFF, Leonardo; et al. *Sufrimento e fé cristã*. Concilium/119 – 1976/9: Espiritualidade. p. 3.

<sup>38</sup> BERGER, Peter. *Dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião*. São Paulo: Paulinas, 1985. p. 185.

<sup>39</sup> KELLER, Timothy. *Caminhando com Deus em meio à dor e ao sofrimento*. São Paulo: Vida Nova, 2016. p. 24.

documentos históricos.<sup>40</sup>

No mundo da saúde, a definição clássica de sofrimento é:

Estado de aflição severa, associado a acontecimentos que ameaçam a integridade (manter-se intacto) de uma pessoa. Sofrimento exige consciência de si, envolve as emoções, tem efeitos nas relações pessoais da pessoa, e tem um impacto no corpo.<sup>41</sup>

Visando o funcionamento holístico do corpo humano, o sofrimento pode afetar todo o ser da pessoa acometida, ainda que possa incidir com mais força numa determinada dimensão (emocional, fisiológica, espiritual, ética-moral etc.).<sup>42</sup> Grande parte do sofrimento da pessoa doente relaciona-se a outros fatores para além de seus problemas fisiológicos.

Segundo Borges e Peixoto, o sofrimento é um fenômeno biopsicossocial e espiritual e está presente em todos os contextos associados à doença.<sup>43</sup> Pode acontecer quando a pessoa percebe o risco da doença, por experiência anterior de doença e morte, e encara o futuro com sofrimento para ela e para os outros; pode se apresentar devido à perda de autonomia, diminuição da autoestima, desânimo<sup>44</sup> e percepção da perda da integridade.<sup>45</sup>

O sofrimento deve ser considerado e não desvalorizado perante a pessoa que o está a sentir.<sup>46</sup> Às vezes, a pessoa doente tenta proteger a si mesma e aos outros, tentando esconder o quanto está sofrendo, e isso é um comportamento causador de mais sofrimento ainda.<sup>47</sup> Viktor Frankl, ao analisar o sofrimento humano, defende que a dor e o sofrimento, de uma forma geral, são indispensáveis ao desenvolvimento humano.<sup>48</sup>

O sofrimento, apesar da angústia que provoca, pode ser um caminho importante para se alcançar o propósito da vida. Dizia Frankl: “O homem não é

<sup>40</sup> KELLER, 2016, p. 26.

<sup>41</sup> CASSELL, Eric. J. *The nature of suffering and the goals of medicine*. 2 ed. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 29.

<sup>42</sup> CICUREL, Ronald; NICOLELIS, Miguel. *O cérebro relativístico: como ele funciona e por que ele não pode ser simulado por uma máquina de Turing*. São Paulo: Kios Press; 2015. p. 71.

<sup>43</sup> PEIXOTO, Maria José; BORGES, Elizabete. O sofrimento no contexto da doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 6 (DEZ, 2011). p. 36.

<sup>44</sup> MORITA, T.; TSUNODA, J.; INOUE, S.; CHIHARA, S. An exploratory factor analysis of existential suffering in japanese terminally ill cancer patients. *Psicho-oncology*, 2000 Mar, 9(2), p. 164-168.

<sup>45</sup> RODGERS, B.L.; COWLES, K.V. A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. *Journal of advanced nursing*. 1997 May, 25(5), p. 1048-1053.

<sup>46</sup> RIBEIRO, José Luís Pais. *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto, 2005. p. 223.

<sup>47</sup> FLAMING, Don. Patient suffering: a taxonomy from the nurses perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 2005 Dec, 22(6), 1120-1127.

<sup>48</sup> FRANKL, Viktor E. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. 16 ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Editora Vozes, 2002. p. 101.



destruído pelo sofrimento; ele é destruído pelo sofrimento sem sentido”.<sup>49</sup> Para Clodovis Boff, sentido é ter uma finalidade, um propósito, um objetivo, uma meta, uma intenção, uma razão, um ideal, uma causa, e o sentido da vida está ligado a um “fim último” ou “fim supremo”.<sup>50</sup> É aí que a teologia pode entrar para ajudar o ser humano a encontrar sentido. Para Jürgen Moltmann, “a teologia ocorre quando pessoas chegam ao conhecimento de Deus e percebem a presença dele com todos os seus sentidos na práxis da vida, da felicidade e do sofrimento”.<sup>51</sup>

Numa perspectiva religiosa, o sofrimento pode gerar incerteza, mas, também, pode sustentar a confiança.<sup>52</sup> Nessa óptica, o sofrimento não deve ser considerado como um sinal de infortúnio, mas como um guia de novas expectativas, visto possibilitar ver as situações com outra clareza. Assim, a pessoa, ao assumi-lo como uma manifestação de redenção, está a proporcionar mais qualidade à vida.<sup>53</sup>

A Bíblia não dissimula nunca o problema do sofrimento. Procura, continuamente, dar respostas satisfatórias à dor. Luiz Alexandre Solano Rossi alerta sobre a antiteologia, a teologia da retribuição, que afirma que uma das maneiras de dar sentido ao sofrimento humano é supor que somos merecedores do que acontece, que de algum modo as desgraças sobrevêm como punição para nossos pecados. Qualquer teologia que não parta do sofrimento do inocente não deixará de ser a linguagem dos consoladores inoportunos que preferem defender Deus a deixar-se interpelar pela dor do irmão sofredor ou da irmã sofredora.<sup>54</sup>

A teologia bíblica do sofrimento afirma:

O sofrimento como fato era considerado resultado do pecado, especialmente do pecado original, mas isso não significa que todo e qualquer sofrimento pudesse ter uma ligação causal com um pecado específico e o respectivo castigo divino.<sup>55</sup>

O ensino cristão a respeito do sofrimento parece uma inversão total de atitude quando comparado às interpretações de outras culturas e sistemas

<sup>49</sup> FRANKL, Viktor E. *A presença ignorada de Deus*. Porto Alegre: Imago, 1985. p. 25.

<sup>50</sup> BOFF, Clodovis. *O livro do sentido: crise e busca de sentido hoje*. Vol. 1. São Paulo: Paulus, 2014. p. 13.

<sup>51</sup> MOLTSMANN, Jürgen. *Experiências de reflexão teológica: caminhos e formas da teologia cristã*. Coleção Theologia Publica. São Leopoldo: Unisinos, 2004. p. 11.

<sup>52</sup> JASPARD, Jean-Marie. Significação religiosa do sofrimento e posição psicológica na fé. *Psicologia USP*, 15(3), 2004. p. 209.

<sup>53</sup> PINTO, P. V. F. Sofrimento e o sentido da vida. In: *Servir*. 1996, 44. p. 226-231.

<sup>54</sup> ROSSI, Luiz Alexandre Solano. Os caminhos da teologia e da antiteologia no livro de Jó. *Revista de Interpretação Bíblica Latino-Americana/Ribla*, 50, Petrópolis: Vozes, 2005. p. 78-79.

<sup>55</sup> RITTGERS, Ronald. *Reformation of suffering*. Oxford: Oxford University Press, 2012. p. 9.

religiosos.<sup>56</sup> Jesus é o nosso melhor exemplo. Se existe alguém que merecia uma boa vida com base no caráter e no comportamento, esse alguém era Jesus, mas não foi isso que lhe aconteceu.<sup>57</sup> A fé cristã está centrada no paradigma do “homem inocente” que se dispõe a sofrer pela culpa dos outros. O sofrimento por intermédio da qualidade divina do sofredor, adquire uma nova e extraordinária nobreza. À luz da cruz, o sofrimento se transforma em purificação, e não em castigo.<sup>58</sup> Ao contrário da perspectiva dualista, e até certo ponto, da moralista, o cristianismo não enxerga o sofrimento como uma forma de pagamento de dívidas pelo pecado por meio da qualidade da resistência diante da dor.<sup>59</sup>

O entendimento cristão do sofrimento é dominado pela ideia da graça. “Em Cristo, somos perdoados, amados e adotados como filhos de Deus” (Colossenses 2.13; Gálatas 3.26). Essas bênçãos não são merecidas, e isso livra toda pessoa cristã da tentação do sentimento de orgulho de suas dores. Mas, também, é o desfrutar presente dessas bênçãos inestimáveis que torna o sofrimento tolerável.<sup>60</sup>

A doutrina cristã do sofrimento nos chama a ter mais do que resistência paciente no sofrimento. O cristianismo capacita seu povo a se acomodar em meio aos sofrimentos deste mundo, saboreando a alegria futura, a salvação, já que somos totalmente aceitos e tidos como legalmente justificados aos olhos de Deus, pela fé em Cristo, unicamente pela graça, na perspectiva de Lutero.<sup>61</sup> É o conceito mais libertador e que capacita toda pessoa cristã a lidar com todo e qualquer sofrimento, por causa da cruz e ressurreição de Cristo.<sup>62</sup>

O sofrimento elimina a ilusão da força e competência do ser humano dirigir sua vida e salvar a si próprio. As pessoas se transformam em nada por meio do sofrimento, de modo que possam ser preenchidas por Deus e sua graça.<sup>63</sup> Martinho Lutero ensina a “teologia da cruz”, onde a revelação mais profunda do caráter de Deus está na fraqueza, no sofrimento e na morte na cruz.<sup>64</sup> “Foi justamente por intermédio da fraqueza e do sofrimento que Deus nos salvou e revelou, da maneira

---

<sup>56</sup> SCHELER, Max. *Meaning of suffering*. New York: Springer, 1974. p. 110.

<sup>57</sup> KELLER, 2016, p. 41.

<sup>58</sup> SCHELER, 1974, p. 110.

<sup>59</sup> KELLER, 2016, p. 41.

<sup>60</sup> KELLER, 2016, p. 42.

<sup>61</sup> LUTERO, Martinho. *Obras selecionadas*. Vol. 1. 2ª ed. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia; Canoas: Ulbra, 2004. p. 253.

<sup>62</sup> KELLER, 2016, p. 53.

<sup>63</sup> RITTGERS, 2012, p. 95.

<sup>64</sup> RITTGERS, 2012, p. 112.

mais intensa possível, as infinitas profundezas de sua graça e de seu amor por nós”.<sup>65</sup>

O sofrimento pode produzir crescimento quando compreendemos o sofrimento e a obra de Cristo em nosso favor. Lutero ensinou que as pessoas cristãs não podem sofrer com Cristo, ou seja, não conseguem imitar sua paciência e seu amor sob pressão, antes de abraçarem todos os benefícios do sofrimento de Cristo por elas, no lugar delas.<sup>66</sup> Mas, o sofrimento também pode destruir o ser humano que não tem a certeza do amor de Deus por ele.<sup>67</sup>

Devemos descansar na suficiência dos sofrimentos de Cristo por nós, antes mesmo de começarmos a sofrer como ele sofreu. Se temos certeza de que ele nos ama incondicionalmente, apesar de nossas falhas, sabemos que ele está conosco e trabalhando em nós nos momentos de dor e sofrimento. Mais ainda, sabemos que ele não somente está perto de nós, mas habita em nós, e como somos membros de seu corpo, ele sente nossos sofrimentos como se fossem seus (cf. At 9.4; Cl 1.24).<sup>68</sup>

“Como Deus é tanto soberano quanto sofredor, sabemos que nosso sofrimento sempre tem um sentido, mesmo que não vejamos. Podemos confiar em Deus mesmo sem entender tudo o que acontece”.<sup>69</sup> Assim, o sofrimento de Jesus deu um fim ao sofrimento. O cristianismo não oferece um mero consolo, e sim, uma restauração; não apenas da vida que se tem, mas da vida que sempre se deseja ter, porém, jamais se alcança.

O sofrimento, portanto, está no cerne da fé cristã. Não foi o único meio de Cristo se tornar igual a todo ser humano e de redimi-lo, mas é um dos caminhos principais para torná-lo igual a ele, fazendo com que experimente sua redenção. E isso significa que o sofrimento, apesar de toda aflição que dele advém, também é repleto de propósito e utilidade.<sup>70</sup> O sofrimento produz persistência, caráter e esperança. Uma das razões por que Deus permite o sofrimento é para que o ser humano confie nele, e não na própria força.<sup>71</sup> O primeiro propósito do sofrimento do ser humano é a glória de Deus. A glória de Deus é a magnitude composta de todos os seus atributos e qualidades. É o que se pode chamar de *sua condição como*

---

<sup>65</sup> KELLER, 2016, p. 66.

<sup>66</sup> LUTERO, 2004, p. 252.

<sup>67</sup> KELLER, 2016, p. 67.

<sup>68</sup> KELLER, 2016, p. 68.

<sup>69</sup> KELLER, 2016, p. 172.

<sup>70</sup> KELLER, 2016, p. 181.

<sup>71</sup> STANLEY, Charles. *Como lidar com o sofrimento: aprenda a conviver com as adversidades e extrair delas lições preciosas*. Belo Horizonte: Editora Betânia, 1995. p. 103.

*aquele infinitamente além da compreensão, do alcance.*<sup>72</sup>

Paulo repete inúmeras vezes que os sofrimentos nos preparam para a glória eterna (Rm 8.17-18; 2Co 4.17). Pedro acrescenta que nossos sofrimentos intensificam a alegria em nossa glória futura (1Pe 4.13). Em Efésios 3.13, Paulo fala que sua prisão e seus sofrimentos são para glória de seus leitores. Em 1Pe 1.6,7, o apóstolo explica porque seus leitores estão sendo “afligidos por várias provações”. Ele diz que isso aconteceu “para que a comprovação de vossa fé, mais preciosa que o ouro que perece, embora provado pelo fogo, redunde em louvor, glória e honra na revelação de Jesus Cristo”. Nossos sofrimentos, se abordados de forma correta, glorificam a Deus.<sup>73</sup>

Confiar em Deus, quando não o entendemos, significa tratá-lo como Deus, como glorioso, infinitamente superior em bondade e sabedoria. Portanto, confiar na sabedoria de Deus, durante o sofrimento, mesmo sem entender nada, é lembrar da glória e do significado da cruz. Então, um dos propósitos do sofrimento é glorificar a Deus, tratando-o como o Deus infinito, soberano, totalmente sábio, e mesmo assim, encarnado e sofredor. Confiar em Deus no sofrimento também o glorifica diante das outras pessoas. Suportar o sofrimento com paciência, quando as pessoas que estão observando sabem que quem sofre é cristão ou cristã, pode revelar o poder de Deus. O sofrimento, em meio à doença, também é um meio de testemunhar da glória de Deus às outras pessoas. O sofrimento de quem está em Cristo apenas transforma essa pessoa em alguém maravilhoso. Jesus Cristo sofreu não para que a pessoa cristã jamais sofresse, mas para que quando sofrer seja como ele.<sup>74</sup>

A Bíblia ensina que Deus usa o sofrimento para eliminar as fraquezas e fortalecer as pessoas cristãs (Hb 12.1-17; Rm 8.18-30; 2Co 1.3-12; 4.7-5.5; 11.24-12.10 e 1Pe). O sofrimento também pode transformar as atitudes, mostrar como o ser humano é frágil, humilhar e afastar conceitos irrealistas, ampliando o campo de visão, revelando a vulnerabilidade e dependência de Deus.<sup>75</sup>

Clive Staples Lewis afirma: “na prosperidade Deus sussurra, mas, na adversidade, ele grita”.<sup>76</sup> O sofrimento testa a ligação do ser humano com Deus e revela as falhas ou, até mesmo, a falsidade de sua fé em Deus.

---

<sup>72</sup> KELLER, 2016, p. 187.

<sup>73</sup> KELLER, 2016, p. 185.

<sup>74</sup> KELLER, 2016, p. 193-200.

<sup>75</sup> KELLER, 2016, p. 209; 210.

<sup>76</sup> LEWIS, Clive Staples. *O problema do sofrimento*. São Paulo: Editora Vida, 2009. p. 106.

Keller afirma que o sofrimento também é quase um pré-requisito para o ser humano ser útil às outras pessoas, tornando-o mais compassivo, solidário e capaz de ajudar as pessoas que sofrem.<sup>77</sup> Os ventos do sofrimento conseguem soprar para longe os disfarces de cada pessoa. Remove a capa daquilo que se supõe ser e revela a verdade do que se realmente é. Embora seja um processo doloroso, é o único pelo qual Deus consegue completar a obra que ele iniciou em cada pessoa.<sup>78</sup>

### 2.2.2 Cuidado como forma de Aconselhamento Pastoral

O sofrimento integra a vida do ser humano e está presente em todas situações que impliquem cuidados.

E ao se falar de formas de cuidado como forma de aconselhamento pastoral, tem-se a necessidade de abordar alguns conceitos, mesmo que rapidamente, e isso será aprofundado um pouco mais no próximo capítulo.

Conforme o teólogo metodista Ronaldo Sathler-Rosa, o “Aconselhamento Pastoral pode ser definido como um processo através do qual as pessoas se encontram para repartir lutas e esperanças”.<sup>79</sup> É, portanto, baseado em movimento, processos, partilhas e encontros.

Wayne Oates interpreta o Aconselhamento Pastoral como:

Disciplina não-médica cujos objetivos essenciais são facilitar e agilizar o crescimento da personalidade; ajudar as pessoas a modificarem padrões de vida com os quais estão insatisfeitas e prover companheirismo e sabedoria para as pessoas que estão enfrentando perdas e desapontamentos.<sup>80</sup>

Neste caso, o aconselhamento está mais ligado ao crescimento pessoal, mudanças de padrões de vida, em estar presente com as pessoas em momentos de sofrimento e auxiliá-las no enfrentamento das dificuldades.

O aconselhamento pastoral pode ser entendido como uma ação que, a partir da espiritualidade cristã, propõe-se a solidarizar-se com pessoas em situação de crise e sofrimento por meio da troca conversacional, da construção de relacionamentos de cuidado.<sup>81</sup>

<sup>77</sup> KELLER, 2016, p. 211.

<sup>78</sup> STANLEY, 1995, p. 91.

<sup>79</sup> SATHLER-ROSA, Ronaldo. *Aconselhamento como forma de cuidado pastoral*. Disponível em: <<https://blog.mettzer.com/referencia-de-sites-e-artigos-online/>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

<sup>80</sup> OATES, Wayne. *Pastoral Counseling*. Philadelphia: The Westminster Press, 1974. p. 9-10.

<sup>81</sup> HURDING, Roger F. *A Árvore da Cura: fundamentos psicológicos e bíblicos para aconselhamento cristão e cuidado pastoral*. São Paulo: Vida Nova, 1995. p. 36.

Vivemos num tempo onde há tanto descuido, descaso e abandono. Entretanto, o ser humano, dentre os seres do reino animal, é aquele que mais carece de cuidado. O cuidado é, portanto, fundamental à vida, é elemento inerente ao processo de se fazer vivente na terra.

Etimologicamente, do latim, cuidado deriva de cura, termo mais erudito. Em sua forma mais antiga, cura se escrevia *coera* e era utilizada em um contexto de relações de amor e de amizade, expressando atitude de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada. Há filósofos que derivam cuidado de *cogitare* — *cogitatus* e de sua corruptela *coyedar*, *coidar*, permanecendo o mesmo sentido de cura, cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação.<sup>82</sup>

O cuidado é a força que continuamente faz surgir o ser humano. O cuidado se apresenta como um modo de ser; por meio dele, o ser do ser humano se estrutura e se realiza no mundo com os outros.<sup>83</sup>

O cuidado tem a possibilidade de se manifestar em solicitude, tolerância, paciência, atendendo às necessidades da pessoa doente com câncer.

Hoje, ao se pensar em cura, deve-se pensar em cuidado. O aconselhamento pastoral pode ser uma alternativa bem completa de cuidado aos indivíduos que revelam intenso sofrimento, promovendo acolhimento, escuta sensível e esperança de cura para o sofrimento.

A própria presença só é na medida em que possui a estrutura essencial do ser-com, enquanto co-presença que vem ao encontro dos outros. Se o ser-com constitui existencialmente o ser-no-mundo, ele deve poder ser interpretado pelo fenômeno da cura [Cuidado].<sup>84</sup>

No aconselhamento é necessário um bom vínculo entre paciente e conselheiro ou conselheira, principalmente, no que se refere à confiança e ao diálogo franco.

O conselheiro ou a conselheira deve oferecer amparo, compreensão e amor incondicional. Não julga, tampouco analisa fatos da vida da pessoa doente, mas traz conforto espiritual, restabelecendo a esperança como sentimento norteador e

---

<sup>82</sup> BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. 11 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 102.

<sup>83</sup> SILVA, Lucia Cecilia da. O sentido do cuidado na vivência da pessoa com câncer: uma compreensão fenomenológica. *Tese (Doutorado em Psicologia)*. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. p. 48.

<sup>84</sup> HEIDEGGER, Martin. *Ser e tempo*. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 172.

fortalecendo a espiritualidade, reproduzindo, então, as condições para que a ressignificação do sofrimento ocorra.

O aconselhamento pastoral deve estimular na pessoa enferma sua dimensão mais saudável, reforçando sentimentos de otimismo, esperança, alegria e sensação de pertença e amparo.

Os momentos críticos existenciais, carregados de eventos potencialmente traumatizantes, representam em si as pequenas mortes do caminho e oferecem igualmente oportunidades de crescimento valiosas, quando aceitamos a ideia de que uma doença pode ser mais do que uma doença, e a existência pode ser mais do que uma trilha inóspita que leva a lugar nenhum.<sup>85</sup>

O aconselhamento pastoral recorre à fé e às orações ajudando a pessoa enferma a se tornar mais forte e íntegra, encontrando um sentido íntimo de sustentação, segurança e proteção.

No entanto, oferecer apenas respostas prontas ou citações das Escrituras, às vezes, pode causar mais danos do que benefícios. Há, segundo Ruth Hetzendorfer, seis elementos necessários para o aconselhamento: confirmação; compreender o mundo interior da pessoa ferida; reconhecimento como caminho na direção da cura; ajuda a perdoar; orientar na mudança de comportamento; amor, acolhimento e esperança incondicionais.<sup>86</sup>

É tentador, no aconselhamento pastoral, propor soluções e dar conselhos, mas não serve, pois o essencial é abrir a porta da cura com a confirmação, ou seja, ouvindo e compreendendo o que está sendo dito. Isso cria uma base de confiança. As pessoas precisam identificar e expressar seu sofrimento para dar início ao processo de restauração. Confirmar os sentimentos das pessoas enfermas demonstra que o conselheiro ou a conselheira quer caminhar ao lado dessa pessoa para encontrar a cura e a paz. Após ter ouvido e confirmado os sentimentos da pessoa doente, é necessário se empenhar para compreender o mundo interior dela, procurando recursos que a animem.<sup>87</sup>

O ponto decisivo na jornada da cura é o reconhecimento de si mesmo, sua dor e suas experiências, o que pode levar algum tempo para se atingir. O indivíduo

---

<sup>85</sup> RODRIGUES, Margaret (Organizadora). *Cuidado integral: ações contemporâneas em saúde*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2012. p. 251.

<sup>86</sup> HETZENDORFER, Ruth. *Guia de aconselhamento pastoral: um manual para ajudar os que sofrem*. Pompeia: Universidade da Família, 2012. p. 12.

<sup>87</sup> HETZENDORFER, 2012, p. 13; 14.

não pode mudar o que não consegue reconhecer.<sup>88</sup>

Para a cura completa, é necessário conduzir ao perdão. Mesmo quando a pessoa toma a decisão de perdoar, ainda assim pode ser uma longa e difícil estrada a se percorrer. Ainda que a pessoa reconheça sua situação e perdoe, ainda assim pode continuar tendo os mesmos comportamentos: por isso, a orientação é muito importante.<sup>89</sup>

O amor, o acolhimento e a esperança são sempre de suma importância no aconselhamento!

---

<sup>88</sup> HETZENDORFER, 2012, p. 14.

<sup>89</sup> HETZENDORFER, 2012, p. 15.



### 3 Capelania hospitalar — aconselhamento pastoral

Ficar doente, acamado, eventualmente internado em hospital, geralmente é uma situação incômoda, que reflete uma vida inútil, e que toda pessoa prefere ver longe de si. A doença torna a pessoa inerte, à mercê de outros.

Neste capítulo será abordada a importância da capelania hospitalar a partir de sua história, e o aconselhamento pastoral, no contexto da enfermidade, a partir do ser humano holístico.

#### 3.1 História da Capelania

O termo “capelania” é derivado do latim *capella*. A origem desse termo se dá a partir da história do soldado Martinho de Tours (316-397 d.C.) que era um oficial da cavalaria do exército romano. Segundo André Antunes, Martinho entrava na cidade de Amiens, no norte da França, num inverno rigoroso, quando encontrou um pobre que suplicava por ajuda; então, rasgou sua capa de militar ao meio com sua espada e a doou ao mesmo; depois, vestiu-se com a outra metade. Na noite seguinte, Martinho sonhou com Jesus Cristo vestido com a capa que cobria o pobre homem. Após essa experiência, ele foi batizado, tornando-se um cristão, e seguiu a carreira eclesiástica. A capa repartida com o mendigo se transformou numa relíquia, após a morte do soldado, e o fez bispo Martinho de Tours; a capa, em tempos de guerra, era guardada numa tenda específica montada no acampamento militar. Nessa tenda, havia um sacerdote responsável pelo serviço religioso e aconselhamento, que era chamado de capelão. Em tempos de paz, o capelão se tornou sacerdote do reino. O exercício do capelão se expandiu até Roma e também a outras instituições, como parlamentos, colégios, cemitérios e prisões. Em meados do século XIII, os princípios morais e sagrados do ofício dos capelães foram instituídos numa base firme na lei, com a emissão de uma bula papal, em 1238, pelo Papa Gregório IX.<sup>90</sup>

Com a Reforma, em 1517, surgiu o primeiro capelão militar protestante, Ulrico Zuínglio. O escocês João Knox foi capelão real, em 1549. O teólogo Friedrich

---

<sup>90</sup> ANTUNES, André. A vida de São Martinho: estudo introdutório, tradução e comentário. 2014. *Dissertação (Mestrado)* – Universidade de Coimbra, Portugal. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10316/27980>>. Acesso em: 19 ago. 2018. p. 28.

Schleiermacher se tornou capelão hospitalar, na cidade de Berlim, em 1796.<sup>91</sup>

Segundo Ferreira e Zitti, a institucionalização da capelania hospitalar começa a surgir no início do século XIX, nos Estados Unidos e na Inglaterra, com exasperada discussão sobre psicologia pastoral. Washington Gladden, pastor congregacional de Columbus, Estado de Ohio, suplicou pela cooperação entre líderes religiosos e a classe médica, e notabilizou os vínculos entre saúde mental e saúde física. Na virada para o século XX, profissionais de psicologia, teologia e medicina discutiam sobre “cura para todos”, onde o objetivo era buscar saúde para o ser humano integral. Anton Boisen (1876-1966), capelão do Hospital Estadual de Worcester, em Massachusetts, foi o fundador do treinamento pastoral clínico, pois introduziu estudantes de teologia num hospital psiquiátrico. Leslie Weatherhead (1893-1976) foi outro grande personagem principal do movimento, pois firmou as atividades de capelania hospitalar, além de criar, na Inglaterra, seminários de debates envolvendo psicologia, medicina e psicanálise.<sup>92</sup>

No Brasil, a função da capelania iniciou-se com a Igreja Católica, em 1858, também na área militar, com o nome de Repartição Eclesiástica, mas foi abolida, em 1899. No dia 7 de julho de 1825, foi lavrado o Decreto Imperial que instituiu o cargo de capelão-mor, o que evidenciou o fato de que o reconhecimento dos sacerdotes com os militares se assegurou com o uso de uniforme. Somente na Segunda Guerra Mundial, em 1944, a capelania foi restabelecida com o nome de Serviço de Assistência Religiosa (SAR). Nessa mesma época, foi instituída a Capelania Evangélica com a assistência dos capelães evangélicos João Filsen Soren (1908-2002) e Juvenal Ernesto da Silva (1907-1997), na FEB (Força Expedicionária Brasileira).<sup>93</sup>

A história da capelania hospitalar é concomitante com a da medicina, com os sacerdotes-médicos. Segundo Walesca Paixão, Inhotep, por volta do ano 3000 a.C., no Egito, é considerado o primeiro médico da história antiga. De acordo com registros no papiro de Leide, a medicina egípcia buscava unificar às práticas

---

<sup>91</sup> SANTOS, Ivanaldo Ferreira dos. *Capelania cristã: oportunidades, desafios e relevância social*. Curitiba: A. D. Santos Editora, 2017. p. 31.

<sup>92</sup> FERREIRA, Damy; ZITI, Mário Lizwaldo. *Capelania Hospitalar cristã: manual didático e prático para capelães*. Santa Bárbara d'Oeste, SP: SOCEP Editora, 2010. p. 38.

<sup>93</sup> MACEDO, Josué Campos apud ALVES, Gisleno Gomes de Faria. *Manual do capelão: teoria e prática*. São Paulo: Hagnos, 2017. p. 72.

religiosas conhecimentos científicos.<sup>94</sup> Conforme as práticas médico-religiosas existiam leis que orientavam a hospitalidade e assistência aos desamparados. Na Índia, entre 1400 a.C. e 1200 a.C., a medicina era privilégio exclusivo dos sacerdotes que ensinavam aos aprendizes orações e fórmulas mágicas para curar doenças e epidemias. Na Assíria e Babilônia, segundo o código de Hamurabi (2100 a.C.), a medicina era fundamentada na religião, e acreditava-se que as doenças eram causadas por demônios. Os chineses também atribuíam um caráter religioso às suas experiências médicas e os templos eram cercados de jardins com plantas medicinais.<sup>95</sup> Dentre os povos antigos, os judeus propunham, na qualidade de dever sagrado, o cuidado de acordo com prescrições sanitaristas como profilaxias e desinfecções, como, também, a proteção de órfãos e viúvas e a hospitalidade aos estrangeiros, que podem ser verificadas em Levíticos 13.2-3:

Quando um homem tiver na pele de sua carne, inchação, ou pústula, ou mancha lustrosa, na pele de sua carne como praga da lepra, então será levado a Arão, o sacerdote, ou a um de seus filhos, os sacerdotes. E o sacerdote examinará a praga na pele da carne; se o pelo na praga se tornou branco, e a praga parecer mais profunda do que a pele da sua carne, é praga de lepra; o sacerdote o examinará, e o declarará por imundo.<sup>96</sup>

E em Deuteronômio 15.11: “Pois nunca deixará de haver pobre na terra; pelo que te ordeno, dizendo: livremente, abrirás a tua mão para o teu irmão, para o teu necessitado, e para o teu pobre na tua terra”.<sup>97</sup>

### 3.2 História dos hospitais

A palavra hospital deriva do latim “*hospitalis*”, que, em sentido etimológico, significa “lugar onde se hospedavam enfermos, viajantes e peregrinos”.<sup>98</sup>

Na Índia, entre 273 a.C. e 232 a.C., foi construído um dos hospitais relevantes pelo rei Asok, e no século VI, Buda designou médicos para dez vilas e construiu hospitais para aleijados e pobres. Em 437 a.C., Hipócrates fez os templos

<sup>94</sup> PAIXÃO, Waleska. *História da enfermagem*. 5 ed. Rio de Janeiro: Julio C. Reis Livraria, 1979. p. 20.

<sup>95</sup> PAIXÃO, 1979, p. 23.

<sup>96</sup> BÍBLIA ONLINE. Levítico 13. Almeida Corrigida Fiel. Disponível em: <<https://www.bibliaonline.com.br/acf/lv/13>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

<sup>97</sup> BÍBLIA ONLINE. Deuteronômio 15. Almeida Corrigida Fiel. Disponível em: <<https://www.bibliaonline.com.br/acf/lv/13>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

<sup>98</sup> FERREIRA e ZITTI, 2010, p. 42.

assumirem características de hospitais.<sup>99</sup>

Na era cristã, Constantino, em 335, ordenou o encerramento de hospitais pagãos e fomentou a abertura de hospitais cristãos. Entre os séculos IV e V, houve um grande progresso de hospitais. Após o Edito de Milão, as virtuosas romanas transformaram seus palácios em hospitais, e o primeiro, fundado em Roma, foi o de Fabiola. São Bento, o pai dos monges do Ocidente, que viveu no século VI, foi o organizador dos mosteiros beneditinos que se espalharam pela Itália, França, Inglaterra e Alemanha. Na direção dos conventos femininos, estavam as abadessas, que, também, contribuíram para o progresso dos hospitais com os cuidados dispensados aos doentes. Com o início das Cruzadas, no século XI, foram fundados dois hospitais em Jerusalém: o de São João, para homens, e o de Santa Maria Madalena, para mulheres. Com a expulsão dos cristãos de Jerusalém, os cavaleiros transferiram o hospital para Rodes, e depois, para a Ilha de Malta, sendo este luxuoso e com mil leitos. A partir do século XII, com o incentivo ao combate à lepra, surgiram as instituições Franciscanas. Durante a Idade Média, a Europa foi acometida por três horríveis pestes: lepra, sífilis e peste bubônica. Os hospitais passaram por sérias deficiências devido à escassez de donativos, como falta de alimentação, roupas e leitos; sem contar que, após a Reforma Protestante, as religiosas foram expulsas dos hospitais, acarretando outro grave problema, pois não havia mão-de-obra para o cuidado às pessoas doentes. Pouco a pouco, a decadência se tornou quase que geral, quebrando a unidade da Igreja e abrindo novos rumos com as Confrarias de Misericórdia, no século XVI, que, com apoio dos poderes públicos, fundaram a Santa Casa de Misericórdia. Tudo isso contribuiu para o progresso da medicina e das ciências, com escolas anexas aos hospitais. O surgimento do hospital como lugar especializado da tecnologia de tratamento e cura é fato relativamente recente — final do século XVIII.<sup>100</sup>

Uma característica marcante da medicina, no século XX, foi sua transformação em ciência, e seu apelo cada vez maior para uso de tecnologia e farmacologia cada vez mais sofisticadas. É o paradigma tecnocientífico dos hospitais que abraçam ganhos inegáveis, mas, em termos de sofrimento humano e despersonalização do doente, há um custo muito alto. Dessa forma, o hospital passa

---

<sup>99</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. *História e evolução dos hospitais*. 2 ed. Rio de Janeiro: 1965. p. 12.

<sup>100</sup> ORNELLAS, Cleuza Panisset. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 51, n. 2, p. 253-262, abr./jun., 1998. p. 255.

a ser percebido como um ambiente hostil, caracterizado como um local de isolamento, incertezas, ameaças, sofrimento e morte, concretizando assim o estar doente.<sup>101</sup>

Com a expansão do capitalismo, nova transformação acontece nos hospitais, como o aumento dos custos dos serviços hospitalares, tornando-o um espaço dinâmico e produtivo, de uso especializado e temporário; passando de um lugar de recolhimento e abrigo, na Idade Média, para um lugar de realização de lucros, de sacerdócio, transforma-se, gradativamente, em negócio. É o paradigma comercial-empresarial dos hospitais que prioriza a doença, em nome da geração de lucro. A promessa de saúde é uma isca boa para atrair clientes, mas o que rende, mesmo, é a doença.<sup>102</sup>

Com a profissionalização e a evolução do paradigma tecnocientífico dos hospitais, o modelo empresarial de administração hospitalar começa a se implantar, mesmo no sistema estatal de assistência à saúde.

O paradigma benigno-humanitário dos hospitais tem a ver com seu valor funcional que é a dignidade do ser humano e respeito pelos direitos humanos, onde a pessoa deve ser considerada em primeiro lugar. É curar as doenças sem esquecer que o foco é a pessoa doente; é cuidar de seu bem-estar, e para isso, a capelania hospitalar tem seu importante papel.<sup>103</sup>

### **3.3 Importância da Capelania Hospitalar**

O ser humano é vulnerável e dependente de outros para o seu bem-estar integral. A enfermidade é uma experiência comum à humanidade, ocasionando uma perda da constância do bem-estar, como também atingindo toda a família, desestruturando-a. Essa instabilidade pode prejudicar a reação da pessoa enferma ao tratamento, e também, sua qualidade de vida.

A pessoa doente tem suas crenças e valores abalados e postos à prova, o que pode afetar todo o tratamento clínico, a escolha do paciente de aderir ou não ao

---

<sup>101</sup> NEME, Carmen Maria Bueno (org.). *Psico-oncologia: caminhos e perspectivas*. São Paulo: Summus Editorial, 2010. p. 70.

<sup>102</sup> ORNELLAS, 1998, p. 260.

<sup>103</sup> MEZZOMO, Augusto A. et al. *Fundamentos da Humanização Hospitalar: uma visão multiprofissional*. Local: Editora, 2003. p. 255.

mesmo, e também, a força e a esperança para lutar contra a doença.<sup>104</sup>

Segundo Eleny Vassão de Paula Aitken<sup>105</sup>, a missão da capelania é oferecer assistência espiritual nos hospitais, e esta é assegurada conforme dispositivo legal encontrado na Lei 9.982 de 2000:

Art. 1º - Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, 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.

Art. 2º - Os religiosos chamados a prestar assistência nas entidades definidas no art.1º deverão: em suas atividades, acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição hospitalar ou penal, a fim de não pôr em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar ou prisional.<sup>106</sup>

A Capelania Hospitalar constitui-se em um ministério de apoio, fortalecimento, aconselhamento e consolação junto a pessoas enfermas e familiares, bem como a todas as pessoas colaboradoras do hospital.

Segundo Mateo Bautista<sup>107</sup>, consiste em levar conforto em horas de angústia, incerteza, aflição e desespero, e compartilhar o amor de Deus, por meio de atitudes concretas, como presença, gestos, palavras, orações, textos bíblicos, música, silêncio, celebrações litúrgicas e ministração dos sacramentos.

Aitken explica:

Ao visitar os pacientes, ouvindo-os com paciência, discernimento e amor, notaremos que as suas maiores dores não são físicas, por maior que seja o ferimento ou a extensão de seus tumores. Eles sempre confessam ter uma dor na alma que nenhum medicamento pode aliviar ou curar. Sofrem de complexo de culpa, de ódio, de desejo de vingança, de solidão e de muitos outros problemas emocionais e espirituais que causaram suas doenças ou que estão ajudando a complicá-las.<sup>108</sup>

No Brasil, a capelania hospitalar passa por grande crescimento e estruturação, ainda que o treinamento e a prática do aconselhamento pastoral não estejam difundidos como ocorre na Europa e nos EUA. Por isso, aqui, no Brasil, é

<sup>104</sup> CONSELHO PRESBITERIANO DE CAPELANIA. Disponível em: <<http://cpcipb.org.br/capelania-hospitalar/>>. Acesso em: 02 set. 2018.

<sup>105</sup> AITKEN, Eleny Vassão de Paula. *Aconselhamento a pessoas em final de vida*. 4 ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2009. p. 34.

<sup>106</sup> BRASIL. Lei nº 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 do Brasil], Brasília, DF. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-9982-14-julho-2000-360444-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 01 set. 2018.

<sup>107</sup> BAUTISTA, Mateo. *O que é Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulinas, 2000. p. 38.

<sup>108</sup> AITKEN, Eleny Vassão de Paula. *No leito da enfermidade*. 7 ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2013. p. 63.

em menor proporção que a capelania hospitalar, funciona como um departamento criado e organizado pelo próprio hospital, com ações religiosas definidas e desenvolvidas “de dentro para dentro”, conforme interesse, proposta e necessidade da instituição. Nesses casos, existe um capelão hospitalar responsável, que pode ser um sacerdote, um ministro religioso, com formação em Teologia e especialização em Capelania Hospitalar, Aconselhamento e Cuidado Pastoral, ou Clínica Pastoral, ou Psicologia Pastoral.<sup>109</sup> Porém, seu crescimento é desfavorecido, devido a diversos fatores como a subjetividade de seu “objeto” de ocupação, a humanização como objeto ainda de um discurso, a cientificidade do ambiente hospitalar, a falta de formação específica e a conseqüente falta de capelães qualificados. Por outro lado, os hospitais que contam com esse serviço organizado são mais bem-conceituados junto à clientela, por terem uma visão de cuidado integral ao paciente, seus familiares e profissionais de saúde.

Infelizmente, aqui, no Brasil, a capelania hospitalar desenvolve-se, predominantemente, através de inserções pontuais ou isoladas de membros ou grupos de comunidades religiosas motivados pela fé individual ou doutrina da igreja. São ações de “fora para dentro”<sup>110</sup>, o que pode ocasionar alguns problemas sérios para a instituição hospitalar, devido à falta de preparo dos mesmos para esse serviço. Um desses sérios problemas, e que é altamente antiético, é o proselitismo. A função do capelão não é denominacional, nem deve se preocupar em converter pessoas, e por isso, não deve insistir para que adotem sua própria religião. Não se trata de uma proibição de se falar da importância da fé em Deus aos cristãos, e da maneira como isso vai ajudar na superação da crise enfrentada naquele momento, mas, sim, de ser tolerante e compreensivo com o posicionamento religioso das pessoas.<sup>111</sup>

### **3.4 Ser humano holístico / integral**

O holismo (visão holística) busca garantir que as necessidades dos indivíduos que acessam os serviços de saúde sejam atendidas e um dos aspectos já contemplado pelos processos de Acreditação, reconhecido pela ISQua

<sup>109</sup> SILVA, Alexsandro C. A Capelania Hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico. *Dissertação (Mestrado)* – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2010. p. 30.

<sup>110</sup> FELTZ, Deolindo. *Câncer e espiritualidade*. São Leopoldo: Sinodal, 2018. p. 70.

<sup>111</sup> SANTOS, 2017, p. 44.

(International Society for Quality in Health Care), é a consideração das necessidades espirituais, religiosas ou culturais dos pacientes.<sup>112</sup>

No contexto da saúde, cuidar do outro ser humano é um grande desafio. A maior preocupação não pode se limitar apenas à cura da doença física, pois esta não garante a cura de toda enfermidade. Por isso, é importante compreender o ser humano de forma integral (visão holística), pois não somos somente um corpo.

Saúde não é algo fácil de definir e de se conquistar. É algo complexo que envolve o todo da existência humana. No passado, definia-se saúde como sendo um “estado ou condição de ausência de doenças”. Mas que doenças? Apenas as físicas e as psíquicas?

A constituição de 1988, art. 196, diz: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços”.

A lei 8080/90, artigo 2º, parágrafo 3º:

*A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.*

*Parágrafo Único: - Dizem respeito à saúde às ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.*<sup>113</sup>

Por essas definições, o ser humano não tem dimensão espiritual, sendo apenas um ser biopsicossocial. E lamentavelmente, o Estado consegue atender, de forma muito limitada, as três realidades elencadas. Saúde requer a consideração do ser humano, em todas as suas dimensões. A deficiência, em qualquer uma delas, impede a presença da saúde em seu sentido pleno.

Segundo definição recente da OMS, saúde é “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual”<sup>114</sup>.

Portanto, para cuidar da outra pessoa, cuidar do ser e promover saúde, é preciso ver o ser humano como um ser único, inteiro, completo, fundamentando sua integralidade e sua multidimensionalidade, pois é formado de várias partes e

---

<sup>112</sup> EBOOK *Guia definitivo para a implantação de práticas de cuidado centrado no paciente: conceitos fundamentais sobre cuidado centrado no paciente*. IBES Knowledge in Health Care. p. 8.

<sup>113</sup> MEZZOMO, 2003, p. 22.

<sup>114</sup> FLECK, Marcelo P. de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Porto Alegre, v. 5, n. 1, 2000. p. 5.



dimensões, e se relaciona com outras pessoas e com o mundo. Por isso, pensa-se em um ser bio-psico-sócio-insti-eco-espiritual<sup>115</sup>.

Bio, no sentido da biologia, física e química, onde o corpo humano é matéria formada de átomos e elementos químicos, de células, tecidos, órgãos e sistemas, ou seja, enquanto a física e a química estudam a matéria, a biologia se interessa pela vida que existe na matéria.<sup>116</sup>

O comportamento humano e seus processos mentais compõem a dimensão psico (psique ou alma), definida pela capacidade de pensar, sentir, reagir, relacionar, criar, movimentar, raciocinar, memorizar, conscientizar e outras. Com todas essas capacidades, o ser humano só se completa na relação com outro ser, na interdependência, no cuidado mútuo, na satisfação de necessidades etc., criando identidade, sensação de pertença, e alteridade.<sup>117</sup>

Segundo a psicóloga Ângela Arruda, um dos princípios da alteridade é que “o ser humano tem uma relação de interação e dependência com outro ser, ou seja, o *eu* só pode existir a partir do contato com o *outro*. A pessoa é uma, é diferenciada, mas para ser, necessita da outra”.<sup>118</sup> Esse é o conjunto de elementos que compõe a dimensão sócio do ser humano.

A dimensão insti (institucional) diz respeito à participação, ao gozo e responsabilidade mediante um conjunto de regras, normas, valores, comportamentos e práticas instituídas, que regem a vida na sociedade e que possibilitam o convívio entre os seres humanos. Ou seja, as instituições são criações humanas para a regulação do convívio social. Estas podem ser a família, religião-igreja e Estado.<sup>119</sup>

A dimensão eco do ser humano se refere à maneira como se relaciona e cuida da natureza. Infelizmente, ao longo dos últimos anos, a exploração sem limites tem agravado alterações climáticas (aquecimento global, terremotos, maremotos, tornados, furacões), escassez de recursos naturais (água potável, oxigênio), doenças causadas pela poluição, uso de agrotóxicos, produtos químicos, entre outros.<sup>120</sup> Ou seja, vivemos num contexto de descuido que precisa ser modificado urgentemente para uma relação de cuidado, de envolvimento e de

<sup>115</sup> FELTZ, 2018, p. 14.

<sup>116</sup> FELTZ, 2018, p. 19.

<sup>117</sup> FELTZ, 2018, p. 21.

<sup>118</sup> ARRUDA, Ângela. *Representando a Alteridade*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 381.

<sup>119</sup> FELTZ, 2018, p. 25.

<sup>120</sup> FELTZ, 2018, p. 27.

responsabilização.

A dimensão espiritual pode ser definida como uma busca do ser humano por respostas sobre o sentido da vida e o relacionamento com o sagrado e/ou o transcendente.

Tudo isso nos mostra a complexidade, e ao mesmo tempo, a beleza do ser humano. Sendo assim, a cura não pode ser de fragmentos da enfermidade maior, mas do todo da existência humana. A cura deve agir dentro da integralidade da natureza humana. Separar as partes de uma pessoa é, ao mesmo tempo, antibíblico e impossível, além de impedir o aconselhamento eficaz das pessoas doentes e suas famílias.<sup>121</sup>

### **3.5 Aconselhamento Pastoral no contexto da enfermidade**

O corpo humano é uma máquina maravilhosa, mas não dura para sempre, pelo menos neste mundo. As pessoas geralmente não pensam muito nisso quando têm saúde, pois acham que seus corpos não vão falhar nunca. Entretanto, quando a doença surge, são forçadas a reconhecer suas próprias limitações, e são confrontadas com a dura realidade de que habitam num corpo que está destinado a morrer.

Uma enfermidade pode inibir as atividades, obrigando as pessoas a desacelerarem o ritmo, dificultando a vida, que, muitas vezes, parece sem sentido e sem propósito.

O aconselhamento às pessoas enfermas e familiares é um grande desafio para os conselheiros cristãos ou conselheiras cristãs, principalmente porque muitos líderes evangélicos transmitem ao povo a ideia de que quem anda com Jesus não adoece, não passa por sofrimentos e tribulações, não se esgota, não conhece limitações. Isso significa não aceitar sua própria condição humana, pois não adoecer e não passar pela morte é negar a humanidade. Mesmo crendo em Jesus e salvos por Ele, o ser humano continua passível de doenças e de morte. Em Jesus, o ser humano recebe o poder justificador que o absolve de seus pecados e o fortalece para enfrentar qualquer situação, recebe igualmente a graça que cura, quando curar é o que o Deus da graça acha que deve realizar.

---

<sup>121</sup> COLLINS, Gary R. *Aconselhamento Cristão*: edição século 21. São Paulo: Vida Nova, 2004. p. 404.

O conselheiro cristão ou a conselheira cristã deve ajudar a pessoa enferma a desenvolver um relacionamento com o divino, independente das circunstâncias de sua vida, para se manter firme quando a saúde física for afetada. É necessário aprender a ter confiança e fé, apesar das injustiças da vida.

O aconselhamento pastoral deve cooperar com o nascimento da esperança naquelas pessoas que ainda padecem do pior dos sofrimentos, que é o vazio espiritual e a ausência de sentido para a vida, a morte e o sofrer.

A utilização da expressão “pastoral” poderia passar a ideia de ser uma tarefa única e exclusiva do pastor e do ministro ordenado, o que resultaria numa compreensão pastorcêntrica, onde não se deixa espaço para a livre articulação do sacerdócio universal de todas as pessoas que creem. Entretanto, o aconselhamento é pastoral não porque está ligado e fixado à figura do ministro pastoral, mas porque a Igreja é, em suas origens, uma comunidade do exercício do cuidado pastoral entre as pessoas que a integram.<sup>122</sup> Ou seja, o “visitador pastoral é representante de Deus e vem de uma comunidade de fé”.<sup>123</sup>

Destaca-se, assim, que as tarefas poimênicas, por meio do aconselhamento pastoral ou de outras formas de cuidado, não são, exclusivamente, tarefas clericais. O bom seria se elas pudessem, sim, passar por ele no sentido de condução, formação e capacitação de lideranças leigas<sup>124</sup>, que se saibam representantes não apenas de si mesmas, mas de uma comunidade maior, e também de Deus. Assim, será definido, a seguir, uma compreensão sobre o conceito de aconselhamento pastoral.

Hurding afirma que a essência do aconselhamento pastoral reside na ideia “de ajudar ao outro por meio de um relacionamento de cuidado”.<sup>125</sup> O cuidado faz parte da essência do ser humano<sup>126</sup>, pois este é um ser carente de cuidados. Vivemos a partir do cuidado que recebemos, e por outro lado, promovemos vida

<sup>122</sup> *Dicionário Brasileiro de Teologia*. São Paulo: ASTE, 2008. p. 10.

<sup>123</sup> WARD, Erdwina. Escutar com o coração: o significado da presença no aconselhamento pastoral. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 51, n. 2, jul./dez. 2011. p. 341.

<sup>124</sup> SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). *Teologia prática no contexto da América Latina*. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo, SP: ASTE, 2005. p. 314, 317; CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento Pastoral: Modelo Centrado em Libertação e Crescimento*. 5 ed. São Leopoldo: Sinodal, 2011. p. 66.

<sup>125</sup> HURDING, 2013, p. 35.

<sup>126</sup> SILVA, Marta Nörnberg da. Cuidado (s) em movimento: a ética do cuidado e a escuta sensível como fundamento do cuidado do outro. In: NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). *Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral*. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2004. p. 17, 18.

através do cuidado que dispensamos a outrem.<sup>127</sup>

Para Boff, a essência do ser humano se encontra basicamente no cuidado. É no cuidado que reside o *ethos* fundamental do ser humano, pois a partir dele os nossos gestos e atitudes são moldados e fazem da vida, das relações, dos valores, princípios e atitudes um bem-viver. Cuidar é “uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”.<sup>128</sup>

Através do cuidado acontece o amplo inclusivo ministério poimênico de cura e consolação. Poimênica é uma expressão usada como tradução da palavra inglesa *pastoral care*, que pode ser traduzida para o português, entre outras, como cuidado pastoral.<sup>129</sup> Hoch a descreve como atividade de alguém que pastoreia um rebanho e esse pastorear envolvia a preocupação em cuidar, proteger e “zelar por seu bem-estar até ao extremo de se sacrificar por ele (João 10)”, e mais tarde, também, define como o “exercício prático do ministério da cura e da consolação [...], isto é, o ato de pastorear o rebanho, buscar a ovelha desgarrada e curar a doente”.<sup>130</sup> Clinebell, de forma semelhante, define a poimênica como “o ministério amplo e inclusivo de cura e crescimento mútuos de uma congregação e de sua comunidade, durante todo o ciclo da vida”.<sup>131</sup>

O aconselhamento pastoral é uma das dimensões da poimênica e interage com pessoas em diversas situações de sofrimento e fragilidade, buscando contribuir com a presença (o estar junto), da relação direta, do ouvir atentamente,<sup>132</sup> da conversação e de outras formas de comunicação.<sup>133</sup>

Para Clinebell:

O Aconselhamento Pastoral, que constitui uma dimensão da poimênica, é a utilização de uma variedade de métodos de cura (terapêuticos) para ajudar as pessoas a lidarem com seus problemas e crises de uma forma mais conducente ao crescimento e, assim, a experimentarem a cura de seu quebrantamento.<sup>134</sup>

Assim sendo, a base sobre a qual o aconselhamento pastoral tem a sua inquietação e ponto de partida é o sofrimento humano. O sofrimento que se

<sup>127</sup> SATHLER-ROSA, Ronaldo. Cuidado pastoral em tempos de insegurança: uma hermenêutica contemporânea. São Paulo: ASTE, 2004. p. 35.

<sup>128</sup> BOFF, 2008, p. 11-14; 33; 102.

<sup>129</sup> CLINEBELL, 2011, p. 11.

<sup>130</sup> HOCH, Lothar Carlos. Algumas considerações teológicas e práticas sobre a pastoral de aconselhamento. *Estudos Teológicos*. São Leopoldo, v. 20, n.2, 1980. p. 88-99.

<sup>131</sup> CLINEBELL, 2011, p. 25.

<sup>132</sup> CLINEBELL, 2011. p. 69.

<sup>133</sup> SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 292.

<sup>134</sup> CLINEBELL, 2011, p. 25.

manifesta como cruz encravada nas mais diversas realidades em que as pessoas estão inseridas, e das quais precisam encarar de frente. Nesse sentido, o aconselhamento pastoral busca por libertação e fortalecimento do ser humano que se encontra em situação de vulnerabilidade e fragilidade, isso tendo, como base, a fé cristã.<sup>135</sup>

Aconselhamento é “um conjunto de habilidades, atitudes e técnicas para ajudar a pessoa a ajudar-se. Partindo do pressuposto de que uma pessoa já tem em si os recursos necessários, propõe-se a criar as condições para fazê-los emergir”.<sup>136</sup> Pode ser “conceituado como educativo, preventivo, de apoio, situacional, voltado para a solução de problemas”.<sup>137</sup> O aconselhamento tem um raio de ação aparentemente mais limitado, voltado para problemas específicos que requeiram escolhas ou ajustamentos que envolvam esquemas de interação responsáveis, criativos e satisfatórios do paciente para consigo mesmo, com os outros e com o mundo. Foca mais o “aqui e agora”, utiliza mais estratégias de escuta, compreensão e integração do sintoma, buscando sentido para a vida e para os acontecimentos, o que possibilitará, provavelmente, uma mudança na forma de ver as coisas e no próprio comportamento.<sup>138</sup>

O papel do conselheiro ou da conselheira não se caracteriza por conselhos, mas por relação de ajuda. A ajuda é uma somatória de quatro dimensões: disponibilidade, afetividade, habilidades técnicas e habilidades interpessoais.<sup>139</sup>

O conselheiro ou a conselheira pode ter algumas barreiras como a dificuldade em enfrentar o sofrimento da outra pessoa, porque não sabe lidar com a própria dor, os medos, alguns padrões de pensamentos e ações pré-existentes, as dúvidas e resistências, assim como o desejo de poder ou status de ser fonte de bem-estar para o outro ou o sentimento de baixa autoestima, por não ter algo para atender a necessidade de quem precisa.<sup>140</sup>

O aconselhamento deve trazer alívio do peso dos problemas diante de um ouvinte compreensivo; vazão de sentimentos num relacionamento de apoio; e discussão de problemas existentes com um ajudador que não assuma a posição de

<sup>135</sup> SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 309.

<sup>136</sup> DANON, Marcella apud OLIARI, Anadir Thomé. *Aconselhamento: construindo relacionamentos significativos*. Curitiba: Eden, 2008. p. 71.

<sup>137</sup> OLIARI, Anadir Thomé. *Aconselhamento: construindo relacionamentos significativos*. Curitiba: Eden, 2008. p. 79.

<sup>138</sup> SCHEEFFER, Ruth apud OLIARI, 2008, p. 79.

<sup>139</sup> FELDMAN, Clara apud OLIARI, 2008, p. 85.

<sup>140</sup> OLIARI, 2008, p. 90.

juiz.<sup>141</sup>

A doença, então, não será apenas vista como um sofrimento, mas como um presente, um momento para novas aprendizagens e uma grande oportunidade do corpo exercitar a autocura. Essa nova visão da doença ou da dor repercutirá tanto em nível do indivíduo portador do sintoma ou dificuldade quanto em nível do grupo ou comunidade a que pertença. Indivíduo e grupo se beneficiarão do momento de dor ou sofrimento e de “cura” ou transformação.

O acolhimento e a compreensão podem ser colocados como condição primordial no processo de aconselhamento. Acolhimento como ato de receber, acolher, reconhecer e compreender a outra pessoa como um ser legítimo, único, que não se repete, isto é, não há ninguém igual no mundo. Pode, sim, guardar semelhanças com outras pessoas, mas mantém sua individualidade e sua forma peculiar de ser. É necessário que o conselheiro ou a conselheira se despoje de seus julgamentos, buscando se colocar no lugar da outra pessoa para, desse lugar, acolher.

Quando se acolhe a pessoa como ser único e irrepetível, ela deve ser respeitada como tal. Respeitar significa aceitar que a outra pessoa pense, sinta e aja diferente de quem a acompanha. Significa cuidar com carinho, com atenção direcionada, com um olhar que envolve e aquece sem restrições. Ser olhado é ser visto, e ser visto é ser reconhecido.

Ouvir a outra pessoa, numa atitude de escuta, requer todos os sentidos, não apenas a audição. É abrir-se para a outra pessoa, ouvir sua fala, seu corpo, suas dores, suas emoções, seus sentimentos, seus pensamentos, seus desejos, seu coração, olhar nos olhos da pessoa que fala e manter sua mente atenta a ela.

A empatia “envolve um estado de identificação profunda das personalidades, em que uma pessoa se sente tão dentro da outra que chega a perder temporariamente sua identidade”.<sup>142</sup> O processo de empatia é misterioso e espiritual, pautado no amor, respeito e validação da outra pessoa em que o conselheiro é capaz de pensar, vivenciar e sentir as mesmas emoções, dores, ideias e sensações. É desse estado profundo de identificação que emergem os sentimentos de compreensão e compaixão.

---

<sup>141</sup> HURDING, 2013, p. 35.

<sup>142</sup> MAY, Rollo. *A arte do aconselhamento psicológico*. Petrópolis: Vozes, 1976. p. 65.

Segundo Truax e Carkhuff<sup>143</sup>, a tríade essencial de qualidades para o aconselhamento eficaz é: autenticidade, receptividade com distanciamento e empatia apurada.

Autenticidade no sentido do conselheiro ou da conselheira ser coerente como indivíduo, com suficiente autoconsciência para enxergar as próprias fraquezas e com certo grau de transparência nos relacionamentos.<sup>144</sup>

Receptividade com distanciamento, segundo Carl Rogers<sup>145</sup>, no sentido de “consideração positiva incondicional”, ou seja, sentir interesse e respeito, mas, também, ser capaz de expressar uma consideração positiva, tanto verbalmente como com manifestações faciais, contato visual, gestos e silêncios. Já, o distanciamento deve ser entendido como isenção de juízo e não manipulador.

Empatia apurada abrange a suficiente identificação com a outra pessoa, a fim de sentir algo de sua aflição ou desespero, ou seja, estar na “pele da outra pessoa”. Às vezes, o conselheiro sente empatia imediatamente, porque também sofreu e aprendeu com o seu sofrimento, sendo “missionário do consolo”, como está na segunda carta de Paulo aos coríntios:

Bendito seja o Deus e Pai de nosso Senhor Jesus Cristo, o Pai de misericórdias e de Deus de toda consolação! É ele que nos conforta em toda a nossa tribulação, para podermos consolar os que estiverem em qualquer angústia, com a consolação com que nós mesmos somos contemplados por Deus.<sup>146</sup>

Empatia apurada implica mais do que simplesmente a capacidade de sentir o “mundo particular” da outra pessoa como se fosse seu próprio mundo. Também, acarreta mais do que simplesmente a capacidade de saber o que a outra pessoa quer dizer. A empatia apurada importa tanto na sensibilidade do conselheiro para com os sentimentos existentes quanto em sua facilidade de comunicar essa sua compreensão numa linguagem sintonizada com os sentimentos atuais da outra pessoa.<sup>147</sup>

O objetivo principal do aconselhamento pastoral a pessoas doentes é consolar, fortalecer, incentivar e/ou ajudar. Em 2 Coríntios 1.3-4, vemos que Deus nos dá esse incentivo para podermos consolar os que estiverem em qualquer

<sup>143</sup> Charles Truax e Robert Carkhuff apud HURDING, 2013, p. 40.

<sup>144</sup> ROGERS, Carl R. *Tornar-se pessoa*. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009. p. 89.

<sup>145</sup> Carl Rogers apud HURDING, 2013, p. 42.

<sup>146</sup> 2 Coríntios 1. 3-4.

<sup>147</sup> HURDING, 2013, p. 46.

angústia, com a consolação com que nós mesmos somos consolados por Deus. O conselheiro ou a conselheira precisa receber estímulo da parte de Deus e de outras pessoas, a fim de consolar as pessoas que sofrem.



## 4 Cuidados paliativos e morte

O primeiro relato a respeito de cuidados paliativos vem do século IV, na Europa, onde existiam locais situados ao longo das rotas mais percorridas pelos peregrinos e viajantes, que faziam o cuidado ao enfermo até a morte, com ênfase especial no bem-estar espiritual, pois não havia muitos cuidados medicinais a oferecer.<sup>148</sup>

A palavra *hospice* como local somente para cuidado dos que estão morrendo surgiu em Lyon, na França, em 1842, pela Mme. Jeanne Garnier, que fundou vários hospices através da comunidade da ordem religiosa *As Damas do Calvário*, e que, depois, espalharam-se para outros países. Os hospices se especializaram nos cuidados ministrados às pessoas doentes acometidas de enfermidades severas e evolutivas, principalmente o câncer, e àquelas cujo tratamento curativo não era mais possível. Já, a precursora dos cuidados paliativos foi Cicely Saunders, médica que trabalhou no Saint Joseph Hospice, na Inglaterra, no fim da década de 1950, e pesquisou métodos para alívio da dor e introduziu a ideia da administração da morfina por via oral, de forma regular e preventiva, e assim, os pacientes ou as pacientes permaneciam conscientes e sem dor. Suas pesquisas também ajudaram a compreender um pouco o sofrimento das pessoas doentes, suas angústias físicas, pessoais e espirituais, e os efeitos sobre suas famílias, proporcionando a expansão do conceito de cuidado.<sup>149</sup>

Em 1967, a médica psiquiatra de origem suíça, Elizabeth Kübler-Ross iniciou um trabalho com pessoas que estavam morrendo, o que revolucionou o caminho dos que cuidam desses ou dessas pacientes, principalmente diante de uma sociedade que se recusa a se reconhecer como mortal, e que marginaliza aquelas pessoas que se aproximam da morte. Vale ressaltar que ela realizou um lindo trabalho com pacientes com Aids, mas sofreu retaliações e ameaças, como a sua casa incendiada, onde perdeu tudo e até mesmo suas pesquisas. Mas como mulher forte que era, não se deixou abalar e continuou a sua missão de cuidar de pessoas que estão morrendo.<sup>150</sup>

---

<sup>148</sup> FERRIAN, Andréa Malta; PRADO, Bernard Lobato. *Manual de oncologia clínica do Brasil: cuidados paliativos*. São Paulo: Dendrix Edição e Design Ltda., 2017. p. 2.

<sup>149</sup> SALTZ, Ernani; JUVÉR, JEANE. *Cuidados paliativos em oncologia*. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio, 2008. p. 14-15.

<sup>150</sup> SALTZ; JUVÉR, 2008. p. 16.

Tecnicamente, a morte pode ser definida como perda da capacidade de um organismo manter sua função como um todo e resulta da cessação irreversível de suas funções críticas (circulação, respiração e consciência), com as seguintes abordagens: perda irreversível do fluxo de fluidos vitais; perda irreversível da alma do corpo; perda irreversível da capacidade de integração corporal; e perda irreversível da capacidade de interação da consciência ou social.<sup>151</sup>

#### 4.1 Cuidados paliativos — pacientes sem possibilidade de cura

O termo “paliativo” deriva da palavra latina *pallium*, que significa capa, manto. Essa etimologia aponta para a essência dos cuidados paliativos: aliviar os efeitos das doenças incuráveis, buscando integrar as diferentes dimensões do cuidado físico, psicológico, social e espiritual, de tal modo a facilitar ao paciente não somente um morrer em paz, mas, também, um viver ativo, na medida do possível, até o momento final.<sup>152</sup>

A partir da filosofia de conforto, abrigo e assistência integral ao ser humano, surgiu o que hoje chamamos de cuidados paliativos, cujos princípios são:

Afirmar a vida e encarar a morte como um processo normal; não adiar nem prolongar a morte; prover alívio de dor e de outros sintomas, integrando os cuidados, oferecendo suporte para que os pacientes possam viver o mais ativamente possível, ajudando a família e cuidadores no processo de luto.<sup>153</sup>

No Brasil, foi fundada, em São Paulo, em 1997, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, com o objetivo de divulgar tal prática e agregar os serviços de cuidados paliativos que já existiam e padronizá-los.<sup>154</sup> Em 2005, os Cuidados Paliativos deram um salto institucional enorme com a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, e em 2009, o Conselho Federal de Medicina incluiu, em seu novo Código de Ética Médica, os Cuidados Paliativos como princípio fundamental.<sup>155</sup>

A medicina paliativa é uma especialidade médica que tem como objetivo o

<sup>151</sup> SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p. 303; 316.

<sup>152</sup> MATTOS, Sérgio Luiz do Logar; AZEVEDO, Mauro Pereira de; CARDOSO, Mirlane Guimarães de Melo; NUNES, Rogean Rodrigues. *Dor e cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia/SBA, 2018. p. 131.

<sup>153</sup> SANTOS, 2009, p. 260.

<sup>154</sup> SANTOS, 2009, p. 264.

<sup>155</sup> ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *ANCP e cuidados paliativos no Brasil*. Disponível em: <<https://www.paliativo.org.br>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

efetivo controle dos sintomas angustiantes, surgindo como uma forma de cuidado total com paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo.<sup>156</sup>

Segundo o Índice de Qualidade de Morte 2015 (*Death Quality Index 2015*), o Brasil não é um dos melhores países para se morrer, ocupando a 42ª posição dos 80 países avaliados, conforme *ranking* que classifica países em relação aos cuidados paliativos, oferecidos à sua população, segundo critérios como ambiente de saúde e cuidados paliativos, recursos humanos, formação de profissionais, qualidade de cuidado e engajamento da comunidade. Países com melhor qualidade de morte são os países ricos, como Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia, que ocupam, respectivamente, os primeiros três lugares do *ranking*. Esses países compartilham características como: políticas nacionais para o aumento de acesso a cuidados paliativos; altos gastos públicos em serviços de saúde; treinamento extensivo para os profissionais envolvidos; grande oferta de opioides, analgésicos e suporte psicológico; esforços da comunidade para aumentar a conscientização e estimular conversas sobre a morte e fase final de vida.<sup>157</sup>

#### 4.1.1 O que são cuidados paliativos

“Os cuidados paliativos visam assegurar, aos doentes, as condições que os capacitem e os encorajem a viver suas vidas de uma forma útil, produtiva e plena, até o momento de sua morte”.<sup>158</sup> Os cuidados paliativos querem recuperar a Medicina, que vê o ser humano como um todo e o respeita desta maneira.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) redefiniu o conceito de cuidados paliativos:

Cuidados paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.<sup>159</sup>

Para Leo Pessini e Luciana Bertachini, os “cuidados paliativos iniciam-se a

<sup>156</sup> SALTZ; JUVER, 2008. p. 17.

<sup>157</sup> ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. The 2015 Quality of death index: ranking palliative care across the world. Disponível em: <<https://perspectives.eiu.com/sites/default/files/images/2015%20Quality%20of%20Death%20Index%20Infographic.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

<sup>158</sup> SANTOS, 2009. p. 106.

<sup>159</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition of palliative care*. OMS 2002. Disponível em: <[www.who.int/cancer/palliative/definition/en](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en)>. Acesso em: 02 jul. 2019.

partir do entendimento de que cada paciente tem sua própria história, relacionamentos, cultura e que merece respeito como um ser único e original”.<sup>160</sup> Esse respeito inclui proporcionar cuidados médicos, de forma que todos tenham chance de viver bem o tempo que lhes resta.

A mensagem dos cuidados paliativos é que em qualquer que seja a doença, não importa quão avançada esteja ou quais tratamentos já tenham sido recebidos, há sempre algo que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida que resta para a pessoa doente.

Os cuidados paliativos não atuam somente no controle dos sintomas, mas atingem dimensões biopsicossociais e espirituais, oferecendo atenção tanto aos problemas físicos, como psicológicos, espirituais e sociais do paciente e de sua família de forma muito ativa. Para isso, é de extrema relevância a *multi, inter e transdisciplinaridade*, onde o diálogo entre disciplinas e o trabalho em equipe buscam a homogeneidade dos objetivos a serem atingidos.<sup>161</sup>

A questão crucial em cuidados paliativos é a qualidade de vida em questão, e não apenas o tempo atribuído a ela.

#### 4.1.2 Quando cuidados paliativos são prescritos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que o “tratamento ativo”<sup>162</sup> e o tratamento paliativo não são mutuamente exclusivos, e propõe que sejam introduzidos, gradualmente, como um dos componentes dos cuidados de cada paciente. Essa forma de abordagem, contínua e concomitante com o diagnóstico, e o tratamento até a morte, tem sido reconhecida como extremamente benéfica, especialmente no câncer.<sup>163</sup>

Tradicionalmente, os cuidados paliativos eram vistos como aplicáveis, exclusivamente, no momento em que a morte era iminente. Modificando esse paradigma, hoje, são oferecidos, no estágio inicial do curso de uma determinada

---

<sup>160</sup> PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana. *O que entender por cuidados paliativos?* São Paulo: Paulus, 2006. p. 362.

<sup>161</sup> SANTOS, 2009, p. 17; 18; 31-34.

<sup>162</sup> Tratamento ativo é aquele no qual, após ter sido feito o diagnóstico, inicia-se a terapia específica para doença, com o objetivo de prolongar a sobrevida. Esse período termina com a cura ou remissão definitiva da doença.

<sup>163</sup> SANTOS, 2009, p. 19.

doença progressiva, avançada e incurável.<sup>164</sup>

Existem algumas barreiras na atuação dos cuidados paliativos como: encaminhamento tardio do paciente com consequentes dificuldades em controlar sintomas; inúmeras tentativas de tratamento com aumento do sofrimento e estresse; relutância em encaminhar, por não acreditar ou não entender o papel dos cuidados paliativos; esperança não realista, por parte do paciente da família, em relação à evolução da doença; não concordância entre a família e o paciente quanto ao tratamento; comunidades rurais sem acesso aos serviços médicos; pobreza extrema; entre outros.<sup>165</sup>

Com os avanços tecnológicos, podemos contar com maior sobrevida, mas com qualidade e não o prolongamento desnecessário a qualquer custo. Segundo Ana Georgia Cavancanti de Melo e Ricardo Caponero, os domínios de qualidade, no final da vida, sob a perspectiva dos pacientes são: o controle adequado dos sintomas; evitar o prolongamento impróprio do processo de morrer; alcançar um sentido de paz espiritual; alívio da angústia e fortalecimento dos relacionamentos com entes queridos.<sup>166</sup>

#### 4.1.3 Função do aconselhamento pastoral no cuidado de pacientes paliativos

Clinebell afirma:

O atendimento aos doentes terminais e suas famílias é uma oportunidade importantíssima de poimênica. Lembro-me vivamente da dor e da riqueza de estar com indivíduos e famílias na qualidade de pastor seu, durante as últimas semanas, dias e horas de uma enfermidade fatal. Seu reconhecimento sincero foi a indicação clara de quanto precisavam de atendimento pastoral de apoio.<sup>167</sup>

A essência do aconselhamento pastoral é espiritual, pois ousa transcender o sofrimento humano e a morte, dando a ela um significado. A atenção aos aspectos espirituais em cuidados paliativos tem tanta relevância que alguns autores ousam

<sup>164</sup> SEPULVEDA, C. *Los cuidados paliativos: perspectiva de la Organización Mundial de la Salud*. Dolentium, v.58, n. 1, 2005. p. 16-19.

<sup>165</sup> SANTOS, 2009, p. 22.

<sup>166</sup> MELO, Ana Georgia Cavancanti de; CAPONERO, Ricardo. *Cuidados paliativos: abordagem contínua e integral*. Apud SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 257.

<sup>167</sup> CLINEBELL, 2011, p.222.

colocá-la como maior indicador de boa assistência ao paciente, no final da vida.<sup>168</sup> Segundo estudos, o envolvimento religioso positivo e espiritual está associado a uma vida mais longa e saudável e a um sistema imunológico mais eficaz.<sup>169</sup> Outros estudos também mostram que o estresse religioso negativo pode piorar o estado de saúde.<sup>170</sup> Fica o desafio, no aconselhamento, de identificação e avaliação de questões espirituais importantes para a pessoa doente e sua família, providenciando o suporte adequado para tal.

O conselheiro ou a conselheira também deve ser a pessoa facilitadora no processo de despedida. O aconselhamento pastoral a pessoas, diante da morte, é um dos acontecimentos mais íntimos e deve auxiliá-las nesse processo, que Elizabeth Kübler-Ross chama de *decatexia*, onde a pessoa que está morrendo precisa, aos poucos, desinvestir emocionalmente da vida, interiorizando-se cada vez mais. Esse é um exercício de abnegação e entrega, de realização espiritual plena.<sup>171</sup>

No aconselhamento pastoral a pacientes paliativos, deve-se oferecer amparo e consolo; sustento e nutrição espiritual; prover sentido realista, não alimentando fantasias, e sim, despertando sentido e uma esperança realista.<sup>172</sup>

De acordo com Marie de Hennezel e Jean Yves Leloup, a pessoa em sofrimento, necessita, também, de cuidados de conforto e de ter alguém com quem falar e que a saiba ouvir. Assim, a sua expectativa será a de ser “aliviada de suas dores e receber a escuta e a atenção, que podem preencher a necessidade de presença e apaziguar a sua angústia”.<sup>173</sup>

Escutar pessoas que defrontam com a morte é um grande desafio no aconselhamento pastoral, porque muitos conselheiros experimentam, também, crises existenciais e podem não dar conta de sua condição mortal e perecível. Para se obter êxito, é de extrema importância o autoconhecimento e uma reflexão profunda sobre sua vida e sua própria finitude.

Então, a função do aconselhamento pastoral, no cuidado a pacientes

---

<sup>168</sup> WILLIAMS, A.L. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliat. Support. Care*, v. 4, n. 4, 2006. p. 407-417.

<sup>169</sup> MUELLER, P.S.; PLEVAK, D.J.; RUMMANS, T.A. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin. Proceed.*, v. 76, n. 12, 2001. p.1225-1235.

<sup>170</sup> KOENIG, H.G.; PARGAMENT, K.I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J. Nervous Mental Dis.*, v.186, n.9, 1998. p. 513-521.

<sup>171</sup> LUZ, Rodrigo; BASTOS, Daniela Freitas. *Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer: o legado de Elizabeth Kübler-Ross para os nossos dias*. São Paulo: Summus, 2019. p. 40.

<sup>172</sup> CLINEBELL, 2011, p. 179.

<sup>173</sup> HENNEZEL, Marie de; LELOUP, Jean Yves. *A Arte de Morrer*. Lisboa: Casa das Letras, 2001. p. 68.

paliativos, é, basicamente, a educação para a morte com foco na valorização à vida.

## 4.2 Pacientes em preparação para a morte

Rubem Alves faz um alerta para reflexão sobre a morte e que ela pode ser sábia conselheira na arte de viver:

Houve um tempo em que o nosso poder perante a morte era muito pequeno. E por isso os homens e mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, o nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de que nos livramos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos diante ela (inutilmente, porque só podemos adiar) mais tolos nos tornamos na arte de viver. E, quando isso acontece, Morte que podia ser conselheira sábia, transforma-se em inimiga que nos devora por detrás. Acho que para recuperarmos um pouco a sabedoria de viver seria preciso que nos tornássemos discípulos e não inimigos da Morte.<sup>174</sup>

Segundo Paul Rosseau, a morte é um percurso enigmático, progressivo, natural e absoluto da vida, e a espiritualidade, a ajuda que leva a pessoa a encontrar esperança no meio de um certo desespero que se instala, ao se abeirar desta fase inevitável.<sup>175</sup>

No livro *Sobre a morte e o morrer*, pode-se encontrar dez grandes reações emocionais das pessoas diante da morte, divididas em cinco estágios que não são estanques e podem coexistir ou se combinar de maneira complexa, sem que haja um tempo determinado, ou mesmo, uma ordem para as suas reações emocionais. Segundo Kübler-Ross, a única certeza é que cada pessoa vive esse momento de forma única, e captar essa singularidade é fundamental ao cuidado da pessoa adoecida.<sup>176</sup>

É necessário deixar claro que os cinco estágios do morrer criados por Kübler-Ross, em 1969, não se referem tão somente à negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Ela também tratou de reações como choque, esperança, negação parcial, luto antecipatório e *decatexia* como possíveis variantes dos cinco

<sup>174</sup> ALVES, Rubem. A morte como conselheira. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. (Coord). *Da morte: estudos brasileiros*. 2ª ed. Campinas: Papirus, 1991. p. 12.

<sup>175</sup> ROSSEAU, Paul. Spirituality and the dying patient. *Journal of Clinical Oncology*, 18(9), 2000. p. 2000.

<sup>176</sup> KÜBLER-ROSS, Elizabeth. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012. p. 25

grandes estágios, conforme estudos de Rodrigo Luz e Daniela Freitas Bastos.<sup>177</sup>

*Choque e negação* é uma reação marcada pela dificuldade da pessoa doente compreender, emocional e cognitivamente, a gravidade de seu estado. É um mecanismo de defesa. É comum acontecer também a *negação parcial* que é uma espécie de “meio conhecimento”, onde a pessoa compreende o que está se passando com ela, mas continua fazendo planos para um futuro longínquo. Embora mais raro, pode ocorrer, também, uma negação profunda e persistente. Esse primeiro estágio do processo de morrer é um momento preparatório para tudo o que essa pessoa viverá, uma fase de transição entre a vida conhecida e a desconhecida, o passado e o futuro, o “eu saudável” de ontem para o “eu adoecido” de hoje e de amanhã. É uma passagem do eu imortal para o eu mortal. Nesse estágio, é fundamental que o conselheiro se disponha a sentar e escutar, com amor e muito respeito, sem tentar apressar o processo.<sup>178</sup>

*Esperança* é um estágio pouco abordado, mas é um dos temas mais importantes para Kübler-Ross, porque pode persistir, desde o momento do diagnóstico até a proximidade da morte. O que significa esperança para cada pessoa é singular. Pode ser contingenciada pela habilidade de encontrar de modo continuado um sentido mais profundo para cada dia da vida. Às vezes, doses pequenas de esperança são suficientes para que a pessoa recupere o desejo de permanecer viva até o dia da sua morte, ou seja, manter-se conectada com a vida até o momento definitivo de deixá-la. Deve-se respeitar e valorizar o sentimento do paciente, pois somente ele sabe o que significa lidar com a esperança e com a falta dela. Existe uma linha tênue entre alimentar esperanças e contar mentiras piedosas às pessoas doentes. Para entender essa diferença, deve-se estar atento às próprias esperanças e não as impor às outras pessoas. O conselheiro ou a conselheira deve se comprometer com a verdade acima de tudo, mas zelar para que essa verdade nunca desencoraje a esperança tão necessária em cada pessoa. Perguntas como “Como o seu dia pode ficar melhor hoje?”, “Tem algo que está te incomodando?”, e “O que posso fazer para te ajudar a se sentir melhor?” são poderosas molas propulsoras da esperança em um contexto de perda progressiva da saúde.<sup>179</sup>

*Raiva* é um dos estágios mais bem descritos por Kübler-Ross. Quase

---

<sup>177</sup> LUZ; BASTOS, 2019, p. 63.

<sup>178</sup> LUZ; BASTOS, 2019, p. 65.

<sup>179</sup> LUZ; BASTOS, 2019, p. 68.



sempre é um sinal de que a pessoa doente está se dando conta do problema, ou seja, está se conectando com a realidade da vida e ficando mais lúcida do que no estágio da negação. É difícil conviver com a pessoa, nesse estágio, porque ela não poupa hostilidade aos que estão a seu redor. É importante não tomar essa raiva como algo pessoal. A pessoa doente tem o direito de ter raiva, ao fim da vida, e poder falar sobre ela, por isso, no aconselhamento pastoral, deve-se validar a raiva, acolher o sofrimento, e de certa forma, autorizá-lo e respeitá-lo, por mais difícil que seja. Depois de expressar sua raiva, ela pode se sentir exaurida, e aparece uma oportunidade para buscar certo equilíbrio entre a raiva e a amorosidade. Na medida em que a pessoa doente pode falar sobre o que sente, num clima de compreensão e amor, dissolve esse sentimento e as defesas, aos poucos diminuem.<sup>180</sup>

Kübler-Ross percebeu que a raiva pode coexistir com uma espécie de negação parcial, e também, com a esperança, justamente porque, às vezes, por detrás da raiva, existe a crença irracional de que, se vociferar contra a doença, a pessoa terá a força suficiente para restaurar a saúde. Ao mesmo tempo, há a esperança de que a situação se transforme em milagre e a vida volte a ser o que já foi um dia. Para muitas pessoas, a esperança de um milagre permanece até o último dia de vida. Nem todas as pessoas se dão a oportunidade de vivenciar os possíveis milagres cotidianos, mesmo com o avanço da doença.<sup>181</sup>

*Barganha* é o estágio que se apresenta quando muitas tentativas de negar a realidade não resultaram na tão esperada cura. Surge como uma tentativa de controlar a doença por meio de um comportamento digno de mérito. No aconselhamento pode-se ajudar a esclarecer que um grave adoecimento acomete a maioria das pessoas e que seria muito injusto se tentássemos atribuir a noção de mérito ou demérito a alguém que está doente. Tornar-se uma pessoa melhor, apenas, permite ao indivíduo experimentar-se como um ser humano em paz com seus valores, o que leva a um estado de felicidade e de aprovação em relação a si mesmo, mas não necessariamente a um estado de cura física. E também, não poupará a pessoa das dificuldades inerentes da vida, mas poderá levá-la a confrontar o fim da vida com a sensação de que viveu de forma plena, podendo olhar para trás e dizer: “Meu Deus, eu realmente vivi”.<sup>182</sup>

---

<sup>180</sup> LUZ; BASTOS, 2019, p. 70.

<sup>181</sup> LUZ; BASTOS, 2019, p. 69.

<sup>182</sup> LUZ; BASTOS, 2019, p. 72.

*Depressão* é o estágio em que predomina uma profunda tristeza, não como um transtorno mental bem caracterizado, mas de uma forma de tristeza normal e esperada, que surge depois que a pessoa se dar conta de que nem mesmo lutando raivosamente, ou barganhando com a vida, a doença seria curada. É bom lembrar que nem todas as pessoas apresentam esse estágio, mas boa parte delas apresenta algum nível de tristeza no curso do adoecimento. Essa tristeza que se instala faz com que a pessoa fique mais silenciosa, mais voltada para dentro de si mesma. Estar ao lado é a melhor maneira de ajudar alguém que está triste, porque a morte se aproxima. No aconselhamento, deve-se ser muito tolerante e respeitar a tristeza da pessoa que passa pelo processo de morrer, sem querer dar um fim imediato a seu sofrimento, como se isso fosse possível. Dizer frases como: “Não fique assim, o dia está lindo”, “Tudo vai acabar bem”, e “Vai ficar com essa cara na frente de sua família?” pode aumentar a sensação de confusão e isolamento. Às vezes, optar pelo silêncio é o melhor ato de amor. A tristeza também pode se revelar uma companhia dolorosa, sobretudo se houver tarefas inacabadas, ressentimentos, mágoas, culpas. Ter alguém com quem confessar as culpas pode ser reconfortante, mas é fundamental que o conselheiro não entre em posição de juiz, mas se disponha a realmente a escutar.<sup>183</sup>

Depois de atravessar um processo de negação, lutar raivosamente contra seu destino e barganhar com a vida, o processo de tristeza pode levar o indivíduo a se dar conta de que a vida está chegando ao final, e de que um momento de balanço é necessário, onde novos significados são atribuídos ao momento vivido.

*Luto antecipatório* é o estágio identificado, em muitos pacientes que já haviam experimentado profunda tristeza, mas que iniciam um processo de despedida de tudo e de todos. Nesse tempo preparatório para a despedida final, os pacientes preferem ficar na presença exclusiva de pessoas muito íntimas, e que as visitas de pessoas mais distantes fossem restritas. Um elemento fundamental, nesse processo de luto antecipatório, é a possibilidade de construir significados acerca do próprio adoecimento e do sentido de sua vida. Para a família, pode ser um tempo especial de redefinição de papéis e de preparação cognitiva e emocional para a despedida.<sup>184</sup>

*Aceitação* é o estágio marcado pela compreensão cognitiva e pelo

---

<sup>183</sup> LUZ; BASTOS, 2019, p. 74.

<sup>184</sup> LUZ; BASTOS, 2019, p. 76.

desenvolvimento de recursos internos para lidar com a proximidade da morte. É um tempo em que predomina a paz; um estado de amorosidade e entendimento, que pode ser marcado inclusive por genuína felicidade. É quando a pessoa doente se coloca com coragem diante da vida que ainda lhe resta, por meio do amor e da entrega ao desconhecido. Começa a desenvolver recursos para lidar com a consciência da finitude, avaliar o seu legado e a se projetar para o futuro por meio de lembranças de quem permanecerá vivo. Esse estágio é, muitas vezes, cercado de solidão e incompreensão, pois nossa cultura preconiza que, diante da morte, o paciente lute pela cura até o fim. No aconselhamento, deve-se ajudar a pessoa a se entregar ao fluxo natural da correnteza da vida e da morte, para que possam partir com gratidão e um profundo senso de missão cumprida.<sup>185</sup>

*Decatexia* é o estágio caracterizado pelo desinvestimento emocional da vida, ou seja, por um progressivo desinteresse pelas coisas antes valorizadas. Se, antes, a pessoa doente encontrava prazer ao se distrair conversando sobre amenidades, nesse estágio, ela vai perdendo o interesse pela vida externa. Os momentos de sono e descanso aumentam e ela reduz cada vez mais suas necessidades, para manter apenas as mais básicas. Ela come cada vez menos, mas isso, também, não é regra, pois há aquelas que continuam comendo até os últimos dias de vida. Às vezes, o que cada paciente busca, ao abrir os olhos, é verificar se há alguém cuidando dele ou dela, mas, logo em seguida, volta para si mesmo. Aos poucos, se não houver interrupções, o processo do morrer segue seu curso, e o indivíduo adoecido transita da vida para a morte, num processo íntimo e silencioso, retirando-se aos poucos do palco do mundo.<sup>186</sup>

#### 4.2.1 Quando a morte se aproxima

“A morte é realidade, e por isso, somente tem sentido na vida humana”.<sup>187</sup> É necessário afastar a imagem da morte como terrível e percebê-la como dia de nascimento. É necessário, em nossa cultura, um despertar para a educação para a morte.

<sup>185</sup> LUZ; BASTOS, 2019, p. 77.

<sup>186</sup> LUZ; BASTOS, 2019, p. 78.

<sup>187</sup> WACHHOLZ, Wilhelm. “Assim como nós perdoamos”: o desafio do perdão cristão. In: WONDRACEK, Karin H.K.; et al (Orgs.). *Perdão: onde saúde e espiritualidade se encontram*. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016. p. 45.

E quando a morte se aproxima, a pessoa busca o sentido maior das coisas e da vida, e geralmente, surgem três questões básicas: 1) De onde vim? 2) Por que estou aqui? 3) Para onde vou? (existe algo, além da morte?) Essas são questões centrais na experiência religiosa e espiritual. No aconselhamento pastoral, pode-se oferecer respostas confortantes para essas questões existenciais, por meio da solidariedade e da compaixão, amenizando os medos associados com a dor, o sofrimento e o sentimento de sentir-se relegado ao “esquecimento” após a morte.<sup>188</sup>

Falando ainda em sentido, Frankl comenta sobre três conceitos básicos: 1) O sentido da vida: a vida tem um sentido e este não é perdido, em sua fase final: o significado pode mudar, nesse contexto, mas nunca deixa de existir; 2) A busca de significado: trata-se de uma motivação básica do ser humano; 3) O livre arbítrio: liberdade de buscar um sentido para a existência e de escolher a atitude diante do sofrimento e na fase final da vida.<sup>189</sup>

E justamente na fase final da vida, é comum o sentimento de culpa em pacientes, principalmente quando enxergam a doença de maneira punitiva, como erros cometidos ou como castigo divino.<sup>190</sup> A maioria das pessoas doentes culpa-se a si mesma, ou atribui a outras pessoas a responsabilidade por sua doença.<sup>191</sup>

Para Paul Tournier, existe a “falsa culpa” e a “verdadeira culpa”. A “falsa culpa” refere-se a julgamentos humanos, tabus, pressões sociais e padrões de comportamento não correspondidos, que geram o sentimento de culpa infundado, pois nem sempre a reprovação humana corresponde à divina e vice-versa. A “verdadeira culpa” é a que denota um julgamento divino, ou seja, é a culpa em relação a Deus, quando não há dependência e obediência à sua vontade. Também, refere-se à culpa em relação ao próximo, uma vez que em um dano causado ao outro “é uma rejeição da ordem divina no relacionamento entre pessoas”.<sup>192</sup>

Por trás de todo sentimento de culpa, “existe uma sensação de angústia pelo temor de uma perda, pelo medo de um castigo”. A culpa também pode representar a

---

<sup>188</sup> FUKUMITSU, Karina Okajima. *Vida, morte e luto: atualidades brasileiras*. São Paulo: Summus, 2018. p. 58.

<sup>189</sup> FRANKL, 1991, p. 92; 98-100.

<sup>190</sup> GARROS, Gerson; RODRIGUES, Rafael Souza. Culpa e doença: uma reflexão a partir da capelanía hospitalar. In: WONDRAČEK, Karin H.K.; HEIMANN, Thomas; HOCH, Lothar Carlos. *Um olhar nos espelhos da culpa*. 2ª ed. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016. p. 72.

<sup>191</sup> LOPES, Vera Lúcia Bidone. *Doutor, estou com câncer?* Conduta médica e familiar nas comunicações dolorosas. 2ª ed. Porto Alegre: AGE, 2005. p. 29.

<sup>192</sup> TOURNIER, Paul. *Culpa e graça: uma análise do sentimento de culpa e o ensino do evangelho*. São Paulo: ABU, 1985. p. 75-76.

destruição de um eu idealizado, onde as expectativas sobre si mesmo são frustradas, resultando em sentimentos de condenação e rejeição.<sup>193</sup>

Com tudo isso exposto, é fundamental que, no aconselhamento pastoral, sejam trabalhadas questões relacionadas à culpa por alguém capaz de acolher. Outro tema importante a ser abordado é o perdão. Para a psicologia, há dois tipos de perdão: o perdão decisional, que é uma intenção comportamental de renunciar à vingança e tratar a outra pessoa como uma pessoa valiosa, e o perdão emocional, que é a substituição emocional do não perdão pelas emoções do perdão como: empatia, simpatia, compaixão e amor.<sup>194</sup> Já, segundo Everett Worthington Jr., há três diferentes tipos de perdão: o perdão divino (como e porque Deus perdoa as pessoas), o perdão interpessoal (como e porque as pessoas perdoam umas às outras) e o autoperdão (como e porque perdoamos a nós mesmos).<sup>195</sup>

Lutero comenta sobre a necessidade do ser humano refletir sua vida em face da finitude, no escrito “Um Sermão sobre a Preparação para a Morte”, afirmando que, ante a morte, “devemos perdoar amavelmente todas as pessoas, por mais que nos tenham ofendido”<sup>196</sup> (perdão interpessoal), e que devemos nos colocar diante de Deus em “confissão sincera”<sup>197</sup> (perdão divino), e assim, experimentar o processo de cura e melhoramento das relações do ser humano.

A não prática do perdão — não oferecer ou não aceitar o perdão — evidencia, em nível individual, egocentrismo, e em nível social, numa cultura competitiva, soa como derrota e fraqueza. Esse é o contexto para o desafio cristão do perdão de pecados. “A aceitação ou negação da morte por parte do ser humano é proporcional à sua oferta e recebimento ou não de perdão”<sup>198</sup>.

A declaração de perdão de pecados por Deus é oferta de consolo e confiança. O perdão de Deus é certeza de consciência alegre.<sup>199</sup> Por isso, é tão importante e confortador para a pessoa em processo de morrer.

<sup>193</sup> AZPITARTE, Eduardo López. *Culpa e pecado: responsabilidade e conversão*. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 60-61.

<sup>194</sup> WORTHINGTON JR, Everett L. O que aprendi sobre o perdão. In: WONDRAČEK, Karin H. K.; et al (Orgs.). *Perdão: onde saúde e espiritualidade se encontram*. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016. p. 57.

<sup>195</sup> WORTHINGTON JR, 2016, p. 53-54.

<sup>196</sup> LUTERO, 2004, p. 386.

<sup>197</sup> LUTERO, 2004, p. 387.

<sup>198</sup> WONDRAČEK, 2016, p. 46.

<sup>199</sup> LUTERO, Martinho. Catecismo Maior do Dr. Martinho Lutero. In: *Obras Seleccionadas*. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 2011, v.7, p. 414.

#### 4.2.2 Aconselhamento Pastoral na preparação para a morte

A morte dá sentido à existência, pois nos lembra a preciosidade da vida. Conversar sobre a morte no aconselhamento pastoral é um processo poderoso para preparar a pessoa doente e sua família. Quando se fala da morte, também estamos falando sobre a vida. Iniciar conversas sobre as coisas que ela tem vontade de fazer ainda em vida, seus desejos, é muito importante, pois pode gerar um ganho em tempo de qualidade para ela e sua família. Conversar sobre suas sensações, seus medos, suas angústias, pode amenizar a apreensão. Por outro lado, é importante falar, também, sobre a vida. O que a pessoa fez, como vê sua trajetória, como gostaria de ser lembrada, qual o seu legado, alguma mensagem que deseja passar para as próximas gerações, entre outras.

Além das conversas, o aconselhamento pastoral pode ajudar a pessoa doente a orar, quando, muitas vezes, sente-se incapaz e necessita ser ajudada. Mas, em nenhum momento, deve-se dizer a ela que a culpa é dela, que lhe falta fé, ou que deve haver algum pecado nela que está impedindo a oração, ou qualquer coisa do gênero. Isso apenas dobrará o fardo que deve carregar.<sup>200</sup> Deve-se incentivar a oração como experiência da presença de Deus; como autenticadora de nossa humanidade; e como veículo promotor de amadurecimento.<sup>201</sup> Eugene Peterson diz que a oração ocorre em voz reflexiva, ou seja, tanto agimos quanto sofremos a ação. Estamos envolvidos na ação e participamos de seus resultados, mas não o controlamos ou definimos (voz reflexiva), entrando nessa forma de receber e responder “que irradia em mil sutilezas de participação e intimidade, confiança e perdão e graça”.<sup>202</sup> Assim, alcançamos a oração de descanso.<sup>203</sup>

#### 4.2.3 Quando a morte chega

O medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal e atinge todos seres humanos, mas cada pessoa teme mais um certo aspecto da morte. Em função disso, pode-se considerar a morte sob duas

---

<sup>200</sup> FOSTER, Richard. *Oração: o refúgio da alma*. Campinas: Editora Cristã Unida, 1996. p. 233.

<sup>201</sup> FÁBIO, Caio. *Oração para viver e morrer: uma nova visão para orar com maior fervor e profundidade*. Belo Horizonte: Editora Betânia, 1994. p. 22-24.

<sup>202</sup> PETERSON, EUGENE. *O pastor contemplativo: voltando a arte do aconselhamento espiritual*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Textus, 2004. p. 110-111.

<sup>203</sup> FOSTER, Richard. *Oração: o refúgio da alma*. Campinas: Editora Cristã Unida, 1996. p. 114.

concepções: 1) a morte do outro: o medo do abandono, envolvendo a consciência da ausência ou separação; 2) a própria morte: a consciência da própria finitude, a fantasia de como será o fim e quando ocorrerá.

Ao pensar sobre a morte, cada pessoa pode relacioná-la a um dos seguintes aspectos: a) medo de morrer: quanto à própria morte, surge o medo do sofrimento e da indignidade pessoal; em relação à morte do outro, é difícil ver o seu sofrimento e desintegração, o que origina sentimentos de impotência por não poder fazer nada; b) medo do que vem após a morte: quando se trata da própria morte e o medo do julgamento, do castigo divino e da rejeição; em relação à do outro, surge o medo da retaliação e da perda da relação; c) medo da extinção: diante da própria morte existe a ameaça do desconhecido, o medo de não ser e o medo básico da própria extinção; em relação ao outro, a extinção evoca a vulnerabilidade pela sensação de abandono.<sup>204</sup>

Alguns autores estudaram experiências vividas por pessoas que estiveram muito próximas da morte, numa tentativa de relatar o que seria a experiência de morrer. Numa pesquisa com 150 casos de pessoas que foram ressuscitadas após estarem clinicamente mortas, destacam-se algumas semelhanças extraordinárias: sensação de serem espectadores, quando ouvem pronunciamentos sobre a sua própria morte; sensação de paz e quietude, ou, ao contrário, ruídos muito intensos; experiência de passagem por um túnel escuro; experiência extracorpórea, em que o indivíduo se vê acima de seu corpo; encontro com outras pessoas que podem assumir a forma de parentes ou amigos já falecidos; encontro com um “Ser Iluminado”, identificado como uma figura divina, geralmente relacionada com a história religiosa da pessoa; muitas pessoas relatam um desejo de voltar à Terra e ao convívio familiar, mas, após o encontro com o ser divino, não queriam mais voltar; algumas pessoas se recusam a contar essas experiências, com medo do descrédito; outras relataram que essa experiência foi impactante e provocou mudanças na forma de encarar a morte, diminuindo o medo de morrer.<sup>205</sup>

Não se pode conhecer a morte, exceto morrendo. Este é o mistério que repousa sob a pele da vida. Mas, pode-se sentir algo daqueles que estão perto dela, pois a morte não é só para os que morrem; é também para aqueles que sobrevivem.

---

<sup>204</sup> KOVÁCS, Maria Júlia. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. p. 16.

<sup>205</sup> MOODY, Raymond. *Life after life*. New York: Bantam Books, 1975. p. 175.

De fato, morrer não é um ato individual. Uma pessoa que está morrendo é, muitas vezes, um ator, num drama comunitário, que pode deixar um legado de como viver a experiência da morte. Essa pessoa pode encontrar a preciosa companhia da verdade, da fé e da entrega. Praticar o morrer é, também, praticar o viver, se puder percebê-lo. Na presença do morrer, chega-se à origem natural do que significa amar e ser amado ou amada.

Essa é a preciosa oportunidade de encarar esta grande questão, na verdade, a única questão, a impressionante questão de vida e morte.<sup>206</sup>

---

<sup>206</sup> HALIFAX, Joan. *Presente no morrer: cultivando compaixão e destemor na presença da morte*. Rio de Janeiro: Gryphus, 2018. p. 265.



## 5 Conclusão

Infelizmente o câncer é uma doença que tem acometido um grande número de pessoas e seu estigma está relacionado a experiências negativas e à expectativa de morte. O diagnóstico precoce é uma arma eficaz para o aumento da taxa de sobrevivência e até mesmo de cura da doença. Mas junto com o diagnóstico vem as repercussões físicas, emocionais e espirituais, que causam muito sofrimento e também a confrontação de uma realidade tão temida – a morte. Variando as culturas deste mundo e considerando as épocas em que tais culturas subsistiram, desde sempre, a morte foi tratada como um fim: o fim da existência terrena, em que, por este ou aquele motivo, o ser humano entrega-se ao que ainda denominamos de “desconhecido”, com todas as suas incertezas, medos, aflições, tristezas e sensações de afastamento e de perda. O real da morte termina sempre por se impor, seja pela energia que se esvai, seja pela angústia inevitável da proximidade do fim da vida.

Ao longo da história, percebemos as transformações dos cuidados físicos e espirituais que doentes receberam e a evolução da mentalidade social humana permitindo uma atenção diferenciada, por meio da ação de capelães, em serviços organizados de entidades hospitalares e clínicas. E nos últimos anos também temos visto o avanço dos cuidados paliativos. Portanto, faz-se necessário e urgente, o preparo dos capelães para esse ministério, como, também, coragem, perseverança e paciência para trabalhar na construção de um laço com o real da morte.

O aconselhamento pastoral nesse contexto deve estabelecer um laço entre a vida presente e a morte anunciada, auxiliando ao paciente na busca de sentido para, assim, encontrar forças para enfrentar esse difícil momento e paz necessária para continuar vivendo, plenamente e intensamente, o tempo que lhe resta.

Como Cicely Saunders diz, “o sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida”. Daí a importância do aconselhamento pastoral na capelania hospitalar. O sofrimento pode propor uma responsabilidade e oferecer uma oportunidade. É um grande desafio que, se encarado corretamente, pode trazer benefício, sabedoria, glória e até mesmo doçura à vida da pessoa, e prepara-a para o consolo perene na eternidade. O ensino cristão a respeito do sofrimento parece ser uma inversão total de atitude e Jesus é o nosso melhor exemplo. À luz da cruz, o

sofrimento se transforma dominado pela ideia da graça, produzindo sentido, segurança e propósito à vida da pessoa doente.

Procuramos assim, a cada dia, um tratamento mais integrado, que considere o ser humano em todas as suas dimensões, tirando do foco a preocupação com a morte e buscando o sentido da vida.

A intenção deste trabalho foi a de relacionar itens de interesse aos estudos vinculados às capelanias hospitalares. Chegamos a algumas conclusões imediatas: (a) os serviços hospitalares tornaram-se mais humanos e sensíveis, com a presença de capelães; (b) capelães conseguem, na maior parte dos casos, levar certo conforto espiritual, tanto aos doentes quanto a seus familiares; (c) tratamentos medicamentosos e cirúrgicos, cujo apelo é somente físico, podem receber apoio com a presença de capelães, que, quando necessário, podem cativar o doente para continuar, de modo otimista, a cuidar-se e tratar-se, estendendo sua vida; (d) a doença, seja ela qual for, pode receber atenção, e com auxílio espiritual de capelães preparados, tanto podem ser debeladas, como controladas, trazendo bem-estar e qualidade de vida ao doente; e no caso de um estado terminal, a presença de capelães pode trazer conforto, consolo, esperança e ajuda a morrer em paz, com respeito, clareza e amor incondicional.

## Referências

AITKEN, Eleny Vassão de Paula. *Aconselhamento a pessoas em final de vida*. 4 ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2009.

\_\_\_\_\_. *No leito da enfermidade*. 7 ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2013.

ALMEIDA, Lúcia V. et al. Câncer e agentes antineoplásicos, ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que integram com o DNA: uma introdução. *Química*, Nova Belo Horizonte, v.28, n.1, 2005, p. 118-129.

ALVES, Gisleno Gomes de Faria. *Manual do capelão: teoria e prática*. São Paulo: Hagnos, 2017.

ANTUNES, André. A vida de São Martinho: estudo introdutório, tradução e comentário. 2014. *Dissertação (Mestrado)* – Universidade de Coimbra, Portugal. 135 p. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10316/27980>>. Acesso em: 19 ago. 2018.

ARRUDA, Ângela. *Representando a Alteridade*. Petrópolis: Vozes, 1999.

AZPITARTE, Eduardo López. *Culpa e pecado: responsabilidade e conversão*. Petrópolis: Vozes, 2005.

BALDESSIN, Anisio. *Entre a vida e a morte: Medicina e Religião*. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

BAUTISTA, Mateo. *O que é Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulinas, 2000.

BELIZÁRIO, José E. O próximo desafio: reverter o câncer. *Ciência Hoje*, Departamento de Farmacologia – Universidade de São Paulo, v. 31, n. 184, 2002, p.51-57.

BERGER, Peter. *Dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião*. São Paulo: Paulinas, 1985.

BOFF, Clodovis. *O livro do sentido: crise e busca de sentido hoje (parte crítico-analítica)*. Volume 1. São Paulo: Paulus, 2017.

\_\_\_\_\_. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. 11 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

CASERA, D. Sofrimento. In: Leone, S. *Dicionário de Bioética*. Vila Nova de Gaia: Editorial Perpétuo Socorro, 2001.

CASSORLA, Roosevelt M. S. (Coord). *Da morte: estudos brasileiros*. 2 ed. Campinas: Papirus, 1991.

CASSELL, Eric J. *The nature of suffering and the goals of medicine*. 2 ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.

CICUREL, Ronald; NICOLELIS Miguel. *O cérebro relativístico: como ele funciona e por que ele não pode ser simulado por uma máquina de Turing*. São Paulo: Kios Press; 2015.

CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento Pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento*. 5 ed. São Leopoldo: EST/Sinodal, 2011.

COLLINS, Gary R. *Aconselhamento Cristão: edição século 21*. São Paulo: Vida Nova, 2004.

FÁBIO, Caio. *Oração para viver e morrer: uma nova visão para orar com maior fervor e profundidade*. Belo Horizonte: Editora Betânia, 1994.

FELTZ, Deolindo. *Câncer e espiritualidade*. São Leopoldo: Sinodal, 2018.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Mini Aurélio: o minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2000.

FERREIRA, Damy; ZITI, Mário Lizwaldo. *Capelania Hospitalar cristã: manual didático e prático para capelães*. Santa Bárbara d'Oeste, SP: SOCEP Editora, 2010.

FERRIAN, Andréa Malta; PRADO, Bernard Lobato. *Manual de oncologia clínica do Brasil: cuidados paliativos*. São Paulo: Dendrix Edição e Design Ltda., 2017.

FLAMING, Don. Patient suffering: a taxonomy from the nurses perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 2005 Dec, 22(6), p. 1120-1127.

FLECK, Marcelo P. de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Porto Alegre, v.5, n. 1, 2000, p. 33-38.

FLORISTÁN, Casiano; BOFF, Leonardo; et al. *Sufrimento e fé cristã*. Concilium/119 – 1976/9: Espiritualidade.

FOSTER, Richard. *Oração: o refúgio da alma*. Campinas: Editora Cristã Unida, 1996.

FRANKL, Viktor E. *A presença ignorada de Deus*. Porto Alegre: Imago, 1991.

\_\_\_\_\_. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. 16 ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

FUKUMITSU, Karina Okajima. *Vida, morte e luto: atualidades brasileiras*. São Paulo: Summus, 2018.

HALIFAX, Joan. *Presente no morrer: cultivando compaixão e destemor na presença da morte*. Rio de Janeiro: Gryphus, 2018.

HEIDEGGER, Martin. *Ser e tempo*. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

HENNEZEL, Marie de; LELOUP, Jean Yves. *A arte de morrer*. Lisboa: Casa das Letras, 2001.

HETZENDORFER, Ruth. *Guia de aconselhamento pastoral: um manual para ajudar os que sofrem*. Pompeia: Universidade da Família, 2012.

HOCH, Lothar Carlos. Algumas considerações teológicas e práticas sobre a pastoral de aconselhamento. *Estudos Teológicos*. São Leopoldo: EST, v. 20, n. 2, 1980, p. 88-99.

HURDING, Roger F. *A Árvore da Cura: fundamentos psicológicos e bíblicos para aconselhamento cristão e cuidado pastoral*. São Paulo: Vida Nova, 1995.

JASPARD, Jean-Marie. Significação religiosa do sofrimento e posição psicológica na fé. *Psicologia USP*, 15(3), 2004, p. 191-212.

JEMAL, Ahmedin et al. *O Atlas do Câncer*. Tradução Hospital de Câncer de Barretos. 2 ed. Atlanta: American Cancer Society, 2014.

KELLER, Timothy. *Caminhando com Deus em meio à dor e ao sofrimento*. São Paulo: Vida Nova, 2016.

KOENIG, H.G.; PARGAMENT, K.I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J. Nervous Mental Dis.*, v. 186, n.9, 1998, p. 513-521.

KOVÁCS, Maria Júlia. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

LEWIS, Clive Staples. *O problema do sofrimento*. São Paulo: Editora Vida, 2009.

LOPES, Vera Lúcia Bidone. *Doutor, estou com câncer? Conduta médica e familiar nas comunicações dolorosas*. 2 ed. Porto Alegre: AGE, 2005.

LUTERO, Martinho. *Obras selecionadas*. Vol. 1. 2 ed. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia; Canoas: Ulbra, 2004.

\_\_\_\_\_. *Obras Selecionadas*. Vol. 7. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 2011.

LUZ, Rodrigo; BASTOS, Daniela Freitas. *Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer: o legado de Elizabeth Kübler-Ross para os nossos dias*. São Paulo: Summus, 2019.

MATTOS, Sérgio Luiz do Logar; AZEVEDO, Mauro Pereira de; CARDOSO, Mirlane Guimarães de Melo; NUNES, Rogean Rodrigues. *Dor e cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia/SBA, 2018.

MAY, Rollo. *A arte do aconselhamento psicológico*. Petrópolis: Vozes, 1976.

MEZZOMO, Augusto A. et al. *Fundamentos da Humanização Hospitalar: uma visão multiprofissional*. Local: Editora, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *História e evolução dos hospitais*. 2 ed. Rio de Janeiro: 1965.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA. ABC do Câncer – Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. 5 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

MOLTMANN, Jürgen. *Experiências de reflexão teológica: caminhos e formas da teologia cristã*. Coleção Theologia Publica. São Leopoldo: Unisinos, 2004.

MOODY, Raymond. *Life after life*. New York: Bantam Books, 1975.

MORITA, T.; TSUNODA, J.; INOUE, S.; CHIHARA, S. An exploratory fator analysis of existencial suffering in japanese terminally ill cancer patients. *Psicho-oncology*, 2000 Mar, 9(2), p. 164-168.

MUELLER, P.S.; PLEVAK, D.J.; RUMMANS, T.A. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin. Proceed*, v. 76, n. 12, 2001, p. 1225-1235.

MUKHERJEE, Siddhartha. *O imperador de todos os males: uma biografia do câncer*. Tradução Berilo Vargas. São Paulo: Companhia das letras, 2012.

NEME, Carmen Maria Bueno (org.). *Psico-oncologia: caminhos e perspectivas*. São Paulo: Summus Editorial, 2010.

NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). *Espiritualidade e saúde: da cura d'almas ao cuidado integral*. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2004.

OATES, Wayne. *Pastoral Counseling*. Philadelphia: The Westminster Press, 1974.

OLIARI, Anadir Thomé. *Aconselhamento: construindo relacionamentos significativos*. Curitiba: Eden, 2008.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 51, n. 2, abr./jun., 1998, p. 253-262.

PAIXÃO, Waleska. *História da enfermagem*. 5 ed. Rio de Janeiro: Julio C. Reis Livraria, 1979.

PEIXOTO, Maria José; BORGES, Elizabete. O sofrimento no contexto da doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 6 (DEZ, 2011), p. 36-39.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana. *O que entender por cuidados paliativos?* São Paulo: Paulus, 2006.

PETERSON, EUGENE. *O pastor contemplativo: voltando a arte do aconselhamento espiritual*. 2 ed. Rio de Janeiro: Textus, 2004.

PINTO, P. V. F. Sofrimento e o sentido da vida. In: *Servir*, 1996. 44(), p. 226-231.

RIBEIRO, José Luís Pais. *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto, 2005.

RITTGERS, Ronald. *Reformation of suffering*. Oxford: Oxford University Press, 2012.

RODGERS, B.L.; COWLES, K.V. A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. *Journal of advanced nursing*. 1997, May, 25(5), p. 1048-1053.

RODRIGUES, Margaret (Organizadora). *Cuidado integral: ações contemporâneas em saúde*. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2012.

ROGERS, Carl R. *Tornar-se pessoa*. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

ROSSEAU, Paul. Spirituality and the dying patient. *Journal of Clinical Oncology*. 2000, 18(9), p. 2000-2002.

ROSSI, Luiz Alexandre Solano. Os caminhos da teologia e da antiteologia no livro de Jó. *Revista de Interpretação Bíblica Latino-Americana/Ribla*. n. 50. Petrópolis: Vozes, 2005.

SALTZ, Ernani; JUVÉR, JEANE. *Cuidados paliativos em oncologia*. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio, 2008.

SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SANTOS, Ivanaldo Ferreira dos. *Capelania cristã: oportunidades, desafios e relevância social*. Curitiba: A. D. Santos Editora, 2017.

SATHLER-ROSA, Ronaldo. *Cuidado pastoral em tempos de insegurança: uma hermenêutica contemporânea*. São Paulo: ASTE, 2004.

\_\_\_\_\_. *Aconselhamento como forma de cuidado pastoral*. Disponível em: <<https://blog.mettzer.com/referencia-de-sites-e-artigos-online/>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

SCHELER, Max. *Meaning of suffering*. New York: Springer, 1974.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). *Teologia prática no contexto da América Latina*. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo, SP: ASTE, 2005.

SEPULVEDA, C. Los cuidados paliativos: perspectiva de la Organización Mundial de la Salud. *Revista del Pontificio Consejo para la pastoral de la salud*. Dolentium Hominum, v. 58, n. 1, 2005.

SILVA, Alexsandro C. A Capelania Hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico. *Dissertação (Mestrado)* – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2010.

SILVA, Célia Nunes. *Como o câncer (des)estrutura a família*. São Paulo: Annablume, 2000.

SILVA, Lucia Cecilia da. O sentido do cuidado na vivência da pessoa com câncer: uma compreensão fenomenológica. *Tese (Doutorado em Psicologia)*. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

STANLEY, Charles. *Como lidar com o sofrimento: aprenda a conviver com as adversidades e extrair delas lições preciosas*. Belo Horizonte: Editora Betânia, 1995.

TOURNIER, Paul. *Culpa e graça: uma análise do sentimento de culpa e o ensino do evangelho*. São Paulo: ABU, 1985.

WARD, Erdwina. Escutar com o coração: o significado da presença no aconselhamento pastoral. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 51, n. 2, jul./dez. 2011, p. 334-344.

WONDRACEK, Karin H.K.; BRÍGIDO, Maria Aparecida S.; HERBES, Nilton Eliseu; HEIMANN, Thomas (Orgs.). *Perdão: onde saúde e espiritualidade se encontram*. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016.

WONDRACEK, Karin H. K.; HEIMANN, Thomas; HOCH, Lothar Carlos. *Um olhar nos espelhos da culpa*. 2 ed. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016.

WILLIAMS, A.L. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliat. Support. Care*, v. 4, n. 4, 2006, p. 407-417.