

ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

ALEXSANDRO COUTINHO DA SILVA

A CAPELANIA HOSPITALAR: uma contribuição na recuperação do enfermo
oncológico

São Leopoldo

2010

ALEXSANDRO COUTINHO DA SILVA

A CAPELANIA HOSPITALAR: uma contribuição na recuperação do enfermo
oncológico

Dissertação de Mestrado
Para obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós-Graduação
Área de concentração: Teologia Prática

Orientador: Lothar Carlos Hoch

São Leopoldo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

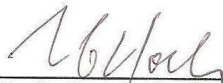
S586c Silva, Alexsandro Coutinho da
A capelania hospitalar: uma contribuição na
recuperação do enfermo oncológico / Alexsandro
Coutinho da Silva ; orientador Lothar Carlos Hoch. –
São Leopoldo : EST/PPG, 2010.
122 f.


Dissertação (mestrado) – Escola Superior de
Teologia. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em
Teologia. São Leopoldo, 2010.

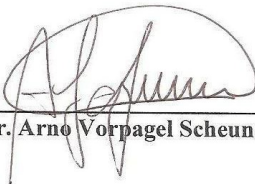
1. Capelães de hospitais. 2. Câncer – Aspectos
religiosos. 3. Cuidado com os doentes – Aspectos
religiosos – Cristianismo. 4. Medicina pastoral. I. Hoch,
Lothar Carlos. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

BANCA EXAMINADORA

1º Examinador: 
Prof. Dr. Lothar Carlos Hoch (Presidente)

2º Examinador: 
Prof. Dr. Roberto Ervino Zwetsch (EST)

3º Examinador: 
Prof. Dr. Arno Vorpágel Scheunemann (ULBRA/RS)

Esta pesquisa é dedicada a Edilene, companheira de toda hora na aflição e no gozo, na vida e no dia-a-dia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar ao meu grande e eterno Deus,
pela luz e direção durante toda caminhada.

Agradeço a minha esposa Edilene Guimarães,
pelo incentivo e pela compreensão da minha ausência nos momentos de estudo,
fortalecendo meu desejo de vencer.

Ao meu orientador, Lothar,
por seu guiar acadêmico.

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo investigar a contribuição que o serviço de capelania hospitalar pode proporcionar ao enfermo oncológico e aos seus familiares no ambiente hospitalar. Neste trabalho, busca-se resgatar a dimensão humana por meio da espiritualidade, ser um referencial de auxílio diante da dor e do sofrimento ao transmitir o amor, o consolo e a esperança existente em Deus, oferecer aos profissionais da saúde uma melhor compreensão da importância do serviço de capelania hospitalar para o auxílio na recuperação do enfermo. Sendo assim, no primeiro capítulo resgata-se de forma objetiva a origem, a trajetória e o desenvolvimento da capelania hospitalar até o contexto atual. Aborda a questão da fundamentação evangélica da capelania hospitalar, bem como o perfil do capelão hospitalar. A segunda parte discorre a priori sobre a questão do diálogo entre a teologia e as ciências. E a filosofia participa deste diálogo como mediadora entre esses saberes. Em um segundo momento o autor trata dos conceitos saúde integral e salvação e, por fim, apresenta vários estudos que comprovam os benefícios da fé para com a saúde. No terceiro capítulo, estabelece uma reflexão sobre a questão do drama vivenciado pelo paciente oncológico. Aborda de forma concisa a espiritualidade do paciente com câncer no contexto hospitalar.

Palavras – chave: Capelania Hospitalar, Saúde, Enfermo, Fé, Hospital.

ABSTRACT

This research aims to investigate the contribution that the service can provide pastoral care to the sick cancer and their families in the hospital. In this paper, we seek to recover the human dimension by means of spirituality, be a reference to aid in the face of pain and suffering to convey the love and consolation and hope in God exists, to offer health professionals a better understanding of the importance of hospital chaplaincy service to aid in the recovery of the patient. Thus, in the first chapter it's indicated an objective way to its origin, history and development of pastoral care to the current context. Addresses the question of evangelical statement of pastoral care, as well as the profile of the hospital chaplain. The second part discusses a priori on the issue of dialogue between theology and science. And the philosophy part of this dialogue as a mediator between these knowledge. In a second step the author addresses the concepts integral health and salvation, and finally presents several studies showing the benefits of faith to health. In the third chapter, in turn provides a reflection on the question of the drama experienced by cancer patients. Addresses concisely spirituality of cancer patients in the hospital.

Keywords: Hospital Chaplaincy, Health, Sick, Faith Hospital.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 FUNDAMENTAÇÃO HISTÓRICA E TEOLÓGICA DA CAPELANIA HOSPITALAR	15
1.1 História da capelania Hospitalar.....	15
1.1.1 O Edito de Milão.....	17
1.1.2 Na Idade Média.....	18
1.1.3 A partir na Renascença.....	20
1.1.4 Época Moderna.....	22
1.1.5 A compreensão da capelania hospitalar em nossos dias.....	24
1.1.6 Fundamentação evangélica da capelania hospitalar.....	28
1.2 O Capelão Hospitalar.....	30
1.2.1 O Perfil do Capelão Hospitalar.....	31
1.2.1.1 Vocacionado.....	32
1.2.1.2 Agente de transformação.....	32
1.2.1.3. Profissional.....	33
1.2.1.4. Educador e evangelizador.....	34
1.2.1.5. Espiritualidade Salvífica.....	34
1.2.1.6. Líder.....	35
1.2.1.7. Ecumênico.....	35
1.2.2 Atribuições do Capelão.....	35
1.3 A Capelania Hospitalar um gesto de amor.....	37
1.4 A contribuição do voluntário para a Capelania Hospitalar.....	40
2 CIÊNCIAS E TEOLOGIA: UM ENCONTRO ARRISCADO	43
2.2 As três formas de interação das ciências com a teologia em Lambert.....	45
2.2.1 Quem é Dominique Lambert.....	46
2.2.2 Concordismo.....	46
2.2.2.1 O concordismo ontológico.....	47
2.2.2.2 O concordismo epistemológico.....	48
2.2.2.3 O concordismo ético.....	49
2.2.3 O Discordismo.....	51
2.2.3.1 O discordismo ontológico.....	51
2.2.3.2 O Discordismo Epistemológico.....	52
2.2.3.3 O Discordismo Ético.....	54
2.2.4 A Articulação.....	55
2.2.4.1 A Articulação Ontológica: o ser e a finalidade.....	55
2.2.4.2 A Articulação Epistemológica: fundamentos e significações.....	57
2.2.4.3 A Articulação Ética: natureza e graça.....	59
2.3 Saúde integral.....	61
2.3.1 Saúde como graça.....	65
2.3.2 Saúde como ordem.....	66

2.3.3 Saúde como felicidade.....	66
2.3.4 A compreensão da saúde atualmente.....	68
2.3.5 Saúde como salvação e plenitude.....	70
2.4 Saúde, ciência e fé.....	71
2.4.1 Estudos comprovam os benefícios da fé para com a saúde.....	75
2.4.2 Mudanças no comportamento dos profissionais.....	77
3 A CAPELANIA HOSPITALAR E A SUA CONTRIBUIÇÃO JUNTO ÀS PESSOAS COM CÂNCER.....	80
3.1 Câncer: os estigmas ligados à doença.....	80
3.1.1 O Drama do paciente com câncer.....	83
3.1.1.1 O Drama Físico.....	85
3.1.1.2 O Drama Psicológico.....	90
3.1.1.3 O Drama Familiar.....	91
3.1.1.4 O Drama Financeiro.....	94
3.1.1.5 O Drama Espiritual.....	94
3.2 Espiritualidade e a experiência do câncer.....	95
3.2.1 Espiritualidade e qualidade de vida da pessoa com câncer.....	97
3.2.2 Espiritualidade e a família da pessoa com câncer.....	99
3.2.3 Espiritualidade do capelão hospitalar e sua presença no mundo da saúde.....	100
3.2.4 Espiritualidade e cuidado.....	102
3.2.3.1 Medicina e cuidado.....	102
3.2.3.2 Enfermagem e cuidado.....	103
3.2.3.3 Psicologia e cuidado.....	104
3.2.3.3 Teologia e o cuidado.....	106
CONCLUSÃO.....	110
REFERÊNCIAS.....	115

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa enfoca uma das dimensões da Teologia Prática, o cuidado pastoral, especificamente, no contexto hospitalar: capelania hospitalar.¹ Conseqüentemente, o objetivo é examinar a contribuição do serviço de capelania hospitalar no tratamento e na recuperação do enfermo oncológico.

O desejo de estar conhecendo os aspectos espirituais bem presentes no serviço de capelania hospitalar, em especial no tocante à contribuição da fé no tratamento e na cura dos pacientes internados.² Ele surgiu há três anos, quando comecei a participar de um projeto proposto em minha comunidade da fé (igreja) chamado “Pão da Vida”, por meio do qual eram realizadas visitas em hospitais de Grande Vitória à noite, com o intuito de levar alimento e esperança através da fé aos enfermos e acompanhantes nos hospitais. Ali não se pode deixar de perceber a eficiência da palavra de Deus na vida das pessoas que sofrem, carecem de apoio social, psicológico e espiritual. Percebe-se que há uma grande confiança nas palavras ministradas, que levam a uma diminuição da ansiedade e do estresse que antecedem aos procedimentos, proporcionando tranquilidade, bem-estar geral e melhora do quadro clínico.

Durante o curso de Mestrado em Teologia Prática, amadureceu em mim a intenção de estudar o tema, devido à própria experiência vivenciada e o meu interesse na pergunta pela relação entre fé e saúde. Tendo em vista que a Faculdades EST, em São Leopoldo, é uma instituição tradicionalmente voltada para a área da teologia e ao fato de que esta temática é pouco abordada até

¹ Optou-se nessa pesquisa utilizar a terminologia capelania hospitalar por tratar-se de uma expressão usualmente conhecida e utilizada tanto no âmbito católico-romano como no contexto protestante. A capelania hospitalar refere-se à assistência religiosa prestada pela comunidade cristã na instituição hospitalar, sendo que esta atividade pode ser exercida por obreiros/as ordenados/as ou pessoas capacitadas para tal ministério, podendo a mesma ser remunerada ou voluntária. Desse modo, neste trabalho nos termos “capelania hospitalar”, “pastoral da saúde” e “pastoral hospitalar” são expressões sinônimas.

² Ressalta-se que as terminologias “paciente”, “enfermo”, “doente”, são consideradas neste estudo como sinônimas. Os profissionais da saúde estão utilizando atualmente o termo “cliente” para as pessoas internadas. Cliente é um termo comercial e não expressa aquilo que a pessoa está vivenciando dentro de um hospital.

mesmo pelos profissionais da saúde, resolvi dedicar-me ao tema não só por interesse pessoal, mas também por ser de extrema relevância para os pacientes no momento da hospitalização.

Percebe-se que mesmo assim a capelania hospitalar, em nosso país, é uma atividade pouco estabelecida. Em outros países, como nos Estados Unidos e na Alemanha, a capelania hospitalar é uma realidade presente. Provavelmente isso aconteça devido à desvalorização que a capelania hospitalar recebe das igrejas brasileiras. Outrossim, pelo fato de que a capelania hospitalar pode exercer um papel proselitista numa clara demonstração de desrespeito ao paciente num momento de fragilidade. Certamente que o/a capelão/ã não deve negar a fé que professa, mas nem por isso deve impô-la às pessoas que atende.

Capelania hospitalar não é simplesmente uma visita que leva consolo e conforto ao paciente, mas também deve ser parte de um processo que ajude no tratamento do indivíduo. O serviço de pastoral hospitalar não é uma ação simplesmente espontânea, mas deve ser fruto de uma ação reflexiva que visa, além do consolo, levar uma orientação segura para as crises espirituais que as pessoas em estado de enfermidade normalmente enfrentam. A doença traz medos e desesperanças, comprometendo a evolução do tratamento de saúde, trazendo prejuízo na recuperação e qualidade de vida. A descoberta do enfermo de que há um serviço de capelania hospitalar que pode auxiliar no tratamento e no enfrentamento da doença em conjunto com o dos profissionais da saúde, renova as forças e a esperança para lutar contra a enfermidade, em favor da vida.

[...], estar doente é uma das crises mais graves na vida do ser humano. Além do sofrimento físico a pessoa vivencia também um profundo sofrimento emocional. Tristeza, raiva, indignação, preocupações, medo e pânico .³

A espiritualidade da pessoa desempenha um papel fundamental em sua forma de encarar a doença. Uma perspectiva espiritual sadia, apoiada nas crenças religiosas e nos valores pessoais ajuda a superar as mais dolorosas experiências, contribuindo de forma positiva no tratamento e na cura de doenças.⁴

³ STEAENS,A.K. **Faça as pazes com a vida**: aprendendo a conviver com as perdas. 3 ed . São Paulo: Saraiva,1991,p.15.

⁴ FELDMAN, Clara. **Atendendo o paciente**. 2 ed. Belo Horizonte: Crescer, 2002,p.53.

Algumas pessoas identificam Deus em seu sistema de apoio, isto é, para elas a fé em Deus dá uma dimensão mais profunda do que a força obtida de outras pessoas. Além disso, de forma ideal, as crenças religiosas de alguém propiciam força, tranquilidade interior e fé, com as quais luta para contornar os problemas da vida. “O conhecimento sobre a dimensão espiritual do homem é momento de transcendência, portanto, não lhe deve ser transmitido somente em ocasiões de crise”.⁵ A fé faz a diferença em muitos momentos na vida do ser humano; em momentos de dor, desespero, agonia e desesperança é ela que sustenta e permite que este ser humano continue a sua caminhada.

Ter fé é guardar no coração a luminosa certeza em Deus, certeza que ultrapassou o âmbito da crença religiosa, fazendo o coração repousar numa energia constante de realização divina da personalidade. Conseguir a fé é alcançar a possibilidade de não mais dizer “eu creio”, mas afirmar: “eu sei”, com todos os valores da razão tocados pela luz do sentimento.⁶

As pessoas que possuem sólida fé e se utilizam de práticas religiosas, buscando viver conforme esses princípios, tendem a ser muito mais felizes e têm uma vida mais produtiva do que as que não possuem esta fé.⁷ O reconhecimento acerca da contribuição da fé nos poderes de Deus inspira o ser humano a ter confiança e esperança nas coisas invisíveis aos olhos humanos, ou seja, nas coisas que nossos sentidos não podem perceber, porém visíveis aos olhos espirituais.

Nesse sentido, é baseado nesse reconhecimento que se fundamenta a presente investigação, que tem como propósito verificar, de forma concisa, as evidências recentes do papel da espiritualidade e da religiosidade presente na capelania hospitalar, sua influência na recuperação do enfermo e como o serviço da capelania abre espaço para o resgate de valores humanos.

Esta pesquisa, a priori, se justifica pela escassez de material publicado sobre o tema e por evocar a necessidade de se considerar aspectos espirituais da pessoa cuidada, que nem sempre são priorizados na prática do profissional da saúde.

⁵ LAGO, S. V. L.; SILVEIRA, S.F; LAGO, A.L. **Por que Deus?** Reflexões para o homem em momentos de crise. Goiânia: AB, 1994, p.41.

⁶ XAVIER, F.C. **Estante da vida, pelo Espírito Santo X.** 4^o. ed, Rio de Janeiro: FEB, 1974, p.23.

⁷ CAVALCANTI, Eleny Vassão de Paula. **No leito da enfermidade.** São Paulo: Presbiteriana, 1992, p.29.

Pretende-se também trabalhar o resgate da dimensão humana por meio da espiritualidade e contribuir como auxílio diante da dor e do sofrimento ao transmitir o amor, o consolo e a esperança. O serviço de capelania deve ser desenvolvido em harmonia com a equipe multidisciplinar do hospital, contribuindo com a comunidade hospitalar no que diz respeito à humanização e à qualidade de vida de seus pacientes, sempre atentos aos aspectos bio-psico-sócio-espirituais.

Por acreditar que a esperança e a fé em Deus são forças motivadoras capazes de curar não somente o físico, mas também o espiritual, social, mental e emocional das pessoas portadoras de qualquer enfermidade, justifica-se a importância dessa temática.

Para melhor compreensão do tema, o presente estudo será dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, resgata-se de forma objetiva a origem, trajetória e desenvolvimento da capelania hospitalar até o contexto atual. Aborda a questão da fundamentação evangélica da capelania hospitalar, bem como o perfil do capelão hospitalar.

O segundo capítulo discorre sobre a questão do diálogo entre a teologia e a ciências. A filosofia participa do diálogo como mediadora entre estes saberes. Em um segundo momento, o autor trata dos conceitos “saúde integral” e “salvação” e, por fim, apresenta vários estudos que comprovam os benefícios da fé para com a saúde.

O terceiro capítulo faz uma reflexão sobre a questão do drama vivenciado pelo paciente oncológico. Aborda de forma concisa a espiritualidade do paciente com câncer no contexto hospitalar.

Alguns referenciais teóricos foram se definindo, dando sustentabilidade na construção de paradigmas, e foram utilizados alguns referenciais teóricos, que se complementaram para a unidade do estudo.

O primeiro referencial é o conceito de capelania hospitalar formulado por Mateo Bautista (2000) e Joaquim Francisco Alarcos (2006). Nestes autores encontram-se as bases para a possibilidade de descrever historicamente a trajetória da capelania hospitalar.

O referencial teórico para o segundo capítulo se encontra na obra de Dominique Lambert, Ciências e teologia: figuras de um diálogo(2002). O autor aborda exatamente a questão do diálogo entre a teologia e as ciências naturais.

No terceiro capítulo, como referencial teórico para refletir sobre a questão do drama do paciente oncológico, trabalhou-se com diversos autores para abordar a questão da espiritualidade e o paciente com câncer.

Encerra-se a introdução afirmando que a teologia como saber constituído e reconhecido em nosso país, deve-se sentir chamada a justificar a sua práxis em meio ao contexto hospitalar, através de um construto teórico próprio. Um construto que procure demonstrar as boas novas dessa prática de cuidado. A capelania hospitalar como práxis deve proporcionar vida às pessoas doentes e internadas, levando fé e esperança aos que foram destituídos delas por uma sociedade que valoriza o ter em detrimento do ser.

1. FUNDAMENTAÇÃO HISTÓRICA E TEOLÓGICA DA CAPELANIA HOSPITALAR

1.1 História da capelania hospitalar

Desde o início a Igreja construiu uma trajetória de amor para com todos os fracos, para com todos os pobres e em especial para com os enfermos . “É consciente de que sua missão inclui, pelo mandato de seu fundador, Cristo, a preocupação pelos que sofrem”.⁸

No ano 165, durante o reinado do imperador Marco Aurélio, uma epidemia assolou o território do império Romano, eliminando uma quarta parte da população durante mais de uma década.⁹ Um século depois, outra praga voltou a afligir o Império com cerca de cinco mil mortes diárias. Os pagãos procuravam colocar suas vidas a salvo abandonando aqueles que já estavam sofrendo com a enfermidade.¹⁰

De acordo com Dionísio de Alexandria,

[...] desde o começo da enfermidade, expulsaram do meio deles os que sofriam e fugiram de seus entes queridos, atirando-os nas estradas antes mesmo de falecerem e tratando seus corpos insepultos como lixo, esperando, assim, evitar a extensão e o contágio da fatal enfermidade; porém, fazendo o que podiam, continuou sendo difícil escapar .¹¹

De acordo com C. Vital, a conduta dos cristãos foi diferente. Cipriano de Cartago registrou a permanência dos cristãos ao lado dos enfermos:

Os que estão bem cuidam dos enfermos, os parentes atendem amorosamente seus familiares como deveriam, os patrões demonstram compaixão para com os seus escravos enfermos, os médicos não abandonam os aflitos.¹²

⁸ ÁLVAREZ, Gómez, J. **Religiosos al servicio de los enfermos**. Madrid, Claretianas, 1982, p. 17-45.

⁹ ALARCOS Francisco J. [Tradução Antônio Efro Fetrin] **Bioética e Pastoral da Saúde**. São Paulo: Paulinas, 2006, p.202.

¹⁰ ALARCOS,2006,p.202.

¹¹ ALARCOS,2006,p.202.

¹² C. Vital. **El legado Del cristianismo em la cultura occidental**, Madrid, Espanha-Calpe,2000,p.92,apud ALARCOS , 2006.

Conforme C. Vital, semelhantemente, Dionísio de Alexandria (260) apresentava a seguinte situação:

A maioria de nossos irmãos cristãos mostraram um amor e uma lealdade sem limites, sem se poupar e pensando somente nos outros. Sem temer o perigo, cuidaram dos enfermos, atendendo todas as suas necessidades e servindo-os em Cristo, e com eles partiram desta vida serenamente felizes, porque se viram infectados pela enfermidade[...] Os melhores dos nossos irmãos perderam a vida dessa maneira, um certo número de presbíteros, diáconos e leigos chegaram à conclusão de que a morte dessa maneira como resultado de uma grande piedade e de uma fé forte, parece em tudo semelhante ao martírio.¹³

“Os três primeiros séculos de nossa era foram marcados por uma situação de perseguição permanente e ilegalidade. Os cristãos, para a assistência aos enfermos, não podiam ter instituições públicas”.¹⁴

Conforme Alarcos, por exemplo,

Apesar das perseguições, os cristãos organizaram de modo eficaz a assistência individualizada aos pobres e aos enfermos em casa. São Justino (100-165) comenta que nos domingos faziam coletas para a atenção aos pobres e aos doentes. Com os diáconos e diaconisas aparece pela primeira vez no mundo, uma organização caritativa totalmente desinteressada a serviço dos pobres e dos enfermos. Antes de administrar o batismo aos catecúmenos, era-lhes perguntado sobre a sua atenção para com os enfermos, condição indispensável para aceitá-los no seio da comunidade. Cipriano(258) considerava as ações cristãs como “as obras de nossa justiça e de nossa misericórdia”. Nas primeiras comunidades não faltavam os médicos cristãos. Lucas evangelista era médico (Cl4.14). Alexandre, o Frígio, e Zenóbio foram médicos mártires.¹⁵

Ao contrário do que afirmavam as filosofias que desprezavam o corpo de origem platônica, para as quais o corpo é o cárcere da alma¹⁶, a fé cristã afirmava com Tertuliano (160-220): *Caro cardo salutis* (a carne é o eixo da salvação).

“Essa solicitude cristã para com os enfermos e pobres chegou a causar admiração entre os pagãos. Maravilhosa foi a atuação dos cristãos na peste de Corinto no ano 250”.¹⁷

¹³ C. Vita,2000,apud Alarcos,2006.p.93.

¹⁴ C. Vita,2000, apud Alarcos,2006.p.93.

¹⁵ ALARCOS, 2006,p.203.

¹⁶ Apresentamos como exemplo o texto de Platão”enquanto temos nossos corpos, enquanto nossa alma se acha unida a essa coisa nociva, nunca possuiremos o objeto dos nossos desejos, isto é, a verdade. Com efeito, disso, o corpo nos propicia mil dificuldades pela necessidade de alimentá-lo. Além disso, as enfermidades que nos atacam impedem nossa busca do ser. O corpo nos enche de amores, de desejos, de temores, de mil quimeras, de mil necessidades, de tal modo que, para dizer a verdade, não nos deixa nem uma hora de sensatez.

¹⁷ ALARCOS,2006, p.204.

1.1.1 O Édito de Milão

Após o Édito de Milão, promulgado pelos imperadores Constantino e Magêncio (313), a Igreja criou instituições especializadas. Com os mosteiros urbanos surgem as primeiras Casas da Caridade para assistência aos doentes e pobres: nosocômios para doentes; xenodóquios para os peregrinos; orfanato para os órfãos.¹⁸

Foi a mãe do imperador Constantino, Santa Helena, que edificou os primeiros hospitais com uma proposta cristã de atendimento aos enfermos. Éfrem (337) construiu um hospital em Edessa para infectados pela peste. João Crisóstomo (407) informa de outro hospital para leprosos nos arredores de Constantinopla. Em Roma, no começo do século V, foram criados vários hospitais administrados por indivíduos que estavam subordinados por dirigentes espirituais de Jerônimo: o de Patrício Pamáquio, o de Paula e sua filha Eustáquia; de Fabíola (400), hospital dividido em setores de acordo com as enfermidades dos internados.¹⁹

Orientavam-se pela medicina de sua época, a medicina grega, considerando com apreço o pensamento de Hipócrates (460-437a.C), por valorizar a responsabilidade ética e humana da assistência. Em 325, o Concílio de Nicéia recomenda aos bispos a criação de um hospital em cada cidade. Os imperadores bizantinos desde Justino (530) favoreceram essa iniciativa. O primeiro hospital para peregrinos foi construído pelo bispo Eustácio de Sebaste (365). Neste hospital acolhiam-se os leprosos.²⁰

De acordo com Alarcos,

Foi são Basílio, o Grande, legislador do monacato oriental, quem confiou pela primeira vez aos monges uma incumbência sanitária. Fundou no ano 360, no seu mosteiro de Capadócia, um hospital sob a inovação de são Lázaro, para atender especialmente os leprosos. Sua própria irmã Macrina criou outro. No ocidente, a regra de são Bento despertou especial solicitude para com os enfermos. Planejava com esmero a hospedaria e a enfermaria. Nos mosteiros foram criados jardins botânicos e deu-se uma atenção especial à farmacopéia.²¹

¹⁸ ALARCOS, 2006, p.205.

¹⁹ BAUTISTA, Mateo. *O que é Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulinas, 2000, p.17.

¹⁹ BAUTISTA, 2000, p.17.

²⁰ BAUTISTA, 2000, p.18.

²¹ ALARCOS, 2006, p.206.

Bispos, como Agostinho e Paulino de Nola, tinham bem organizado em suas igrejas, a assistência e a ação pastoral aos doentes. Papas, como Gregório Magno, foram modelos de hospitalidade. Porém, aos poucos foi tomando forma uma doutrina que associava, como no Antigo Testamento, enfermidade, pecado e castigo, originada em Basílio, e que exerceria grande influência na ação assistencial da Igreja.²²

1.1.2 Na Idade Média

O Concílio de Orleans (511) determinou aos bispos que deveriam reservar um quarto das rendas para ajudar aos pobres, peregrinos e doentes. Ameaçou de suspensão os bispos negligentes. Hincmar, bispo de Reims, lembrou aos bispos da região que eles eram administradores e não proprietários dos bens eclesiásticos, especialmente da parte destinada aos pobres e enfermos. Chegou a chamar de assassinos dos pobres os bispos que descuidavam de seus deveres de assistência e atenção pastoral aos doentes e pedia a seu clero que recebesse diariamente em sua mesa os pobres, como chegaria a fazer Luis IX da França.²³

São Cesário de Arles, bispo monge, fundou (512) um hospital junto à sua catedral. Os hospitais eram lugares religiosos. A assistência aos enfermos era um culto a Deus (Mt 25,40). "Hotel Dieu" é o nome significativo dado pelo bispo Ládrio ao hospital do séc. VIII. A construção hospitalar será imponente, comparável a um templo.²⁴

Durante a alta Idade Média não faltavam os médicos seculares, como acontecia nas instituições do Império Romano. Logo, porém, a assistência médica passou para as mãos dos monges, tanto do clero regular (monges), como secular (séc. VI-VIII). Cassiodoro foi o primeiro monge médico dos princípios da Idade

²² BAUTISTA,2000.p.18.

²³ ALARCOS,2006,p.206.

²⁴ BAUTISTA, 2000,p.19.

Média, o qual insistia: “Aprendam a conhecer as ervas medicinais. Leiam Hipócrates. Estudem Galeno”.²⁵

Na baixa Idade Média desapareceu lentamente a figura do sacerdote médico, em razão das faculdades de medicina nas universidades nascentes (Bolonha, Paris, Oxford, Salamanca). A arte médica firmou então definitivamente o seu caráter secular. Inocêncio III (1139) proibiu aos sacerdotes o exercício da medicina. Bonifácio VIII (1302) ratificou essa proibição.²⁶

O incremento das peregrinações impulsionou ainda mais a hospitalidade, mesmo em lugares inóspitos como o caso dos monges de São Bernardo ou os Irmãos da Caridade de Nossa Senhora de Roncesvalles (Pirineus). Colaborou também com o aparecimento das epidemias, o desenvolvimento das cidades (burgos), a incipiente organização da indústria e do comércio, os cruzados, que conheceram na organização hospitalar bizantina a redescoberta da Bíblia e ao Cristo pobre e enfermo.²⁷

A partir do século XI surgiram as ordens hospitalares medievais. Todas as primeiras ordens militares tiveram sua origem na fundação de um hospital para dar assistência aos peregrinos da Terra Santa. Surgiram os Hospitalares de São João de Jerusalém (1048). Ordens hospitalares específicas foram os Antonianos (1095), Hospitalares do Espírito Santo (1198), que no século XV dirigiam 1.094 casas, os Crucíferos (1216) e os Cavaleiros de São Lázaro, que chegaram a administrar mais de 3.000 leprosários.²⁸

Também, a partir do século XII, multiplicaram-se por toda a Europa as confrarias hospitalares, comunidades leigas mistas que acabaram por se transformar em verdadeiras formas de vida religiosa hospitalar. Nessa mesma linha hospitalar é introduzido nas comunidades das Beguinhas. Alguns ilustres e bons samaritanos marcaram o século, destacando-se a figura de São Roque (1295-1327), que se dedicou aos acometidos de peste.²⁹

²⁵ALARCOS,2006,p.207.

²⁶ALARCOS,2006,p.207.

²⁷BAUTISTA,2000,p.20.

²⁸BAUTISTA,2000,p.20.

²⁹ALARCOS,2006,p.208.

Chegou um tempo em que bens econômicos dos hospitais atraíram a cobiça dos leigos e dos clérigos. O Concílio de Viena (1311-1313) teve de intervir drasticamente. Às vésperas do Concílio de Trento (1545-1563), a situação dos hospitais tornou-se caótica.³⁰

A primeira instituição hospitalar psiquiátrica propriamente dita foi criada em Valência (Espanha) em 1409, pelo sacerdote mercedário frei João Gilbert Joffré, que abandonou o tratamento de tortura e desenvolveu a terapia ocupacional.³¹

1.1.3 A partir da Renascença

De acordo com Álvarez, no século XVI, o Estado começou a se preocupar com a ação sanitária, mas um motivo chama a atenção: a assistência pública, ao secularizar a caridade cristã, reduzindo-a à categoria de assistência civil, leva a pensar, que os ricos e os pobres constituem duas classes contrárias e irreconciliáveis entre si, gerando uma séria desconfiança diante dos pobres que, ao invés de serem considerados expressão privilegiada do rosto de Cristo, passam a ser considerados um verdadeiro perigo social.³²

A novidade da Renascença foram os hospitais régios, municipais e de agremiações, estes de origem medieval, e os criados por senhores nobres e pelas associações de fiéis leigos, como as "Companhias do Divino Amor", que construíram muitos hospitais para doentes incuráveis.³³

O campo da saúde, durante séculos, esteve bastante unido à ação da Igreja, e quando o Estado começou a fundar instituições hospitalares, a Igreja viu o fato como uma grave intromissão em suas funções.³⁴ "A Igreja, através de novas ordens hospitalares, orientou-se para aqueles setores desatendidos pelos poderes públicos, como os doentes mentais e incuráveis".³⁵

³⁰ ALARCOS, 2006, p.208.

³¹ BAUTISTA, 2000, p.21.

³² ÁLVAREZ, J." *Y él los curó*". História e identidad evangélica de la acción sanitaria de la Iglesia. Claretianas, 1995, apud Bautista, 2000, p.77.

³³ BAUTISTA, 2000, p.21.

³⁴ ALARCOS, 2006, p.209.

³⁵ BAUTISTA, 2000, p.22.

Surgem figuras de destaque como São João de Deus (1495-1550) e São Camilo de Lellis (1550-1614), declarados por Leão XIII (1886) padroeiros dos doentes, dos hospitais e dos profissionais da saúde. São Camilo, que escolheu como distintivo a cruz vermelha (1586), humanizou, com sua ordem religiosa, o sistema da saúde pública gravemente decaído.³⁶

Ele estabeleceu regras para melhorar a atenção com o enfermo, promoveu a formação dos assistentes, criou o voluntariado leigo (1591), incrementou a assistência aos doentes: “Os enfermos são a pupila e o coração de Deus”. Originou assim a assistência corporal e espiritual completa, privilegiando os moribundos, numa época que se prestava muito a uma teologia maniqueísta e do sofrimento. Aboliu, em favor dos direitos dos doentes, a norma que os obrigava a confessar antes de receber qualquer atendimento de saúde.³⁷ Mais de 130 religiosos camilianos morreram atendendo enfermos acometidos de peste, sendo verdadeiros mártires da caridade.³⁸

Nessa época de pestes, destaca-se São Luís Gonzaga, que faleceu em Roma cuidando dos enfermos (1521). Na peste de Milão, o cardeal São Carlos Borromeu atendeu pessoalmente aos enfermos e chegou até a mandar para o hospital seu guarda-roupa e sua cama.³⁹

A ação hospitalar expandiu-se pelas Américas. Um hospital foi construído em Santo Domingo, República Dominicana. O próprio Hernán Cortés, conquistador espanhol, construiu um no México. No Peru, destaca-se São Martinho de Porres (1579-1639), que deu assistência a doentes de todas as etnias.⁴⁰

No século XVII, surge uma figura singular: São Vicente de Paulo (1581-1660). Ele introduziu o conceito de justiça social, destacando as causas estruturais da pobreza e da doença, despertando a consciência social adormecida. Com Santa Luísa de Marillac fundou a congregação das “Filhas da Caridade” que teriam o hospital, casas de assistência e de doentes em um convento.⁴¹

³⁶ ALARCOS,2006,p.209.

³⁷ BAUTISTA, Mateo. *San Camilo.Con los que sufren*. Buenos Aires,San Pablo,1994.p.147.

³⁸ ALARCOS,2006,p.209.

³⁹ ALARCOS,2006,p.210.

⁴⁰ BAUTISTA,2000.p.24.

⁴¹ ALARCOS,2006,p.210.

1.1.4 Na Idade Moderna

No clima do Iluminismo, a Assembléia Constituinte Francesa redigiu a Declaração dos Direitos do Homem (1789) na qual, pela primeira vez, foi reconhecido o direito que todo ser humano tem de ser assistido em caso de enfermidade. Os governos iluministas consideravam humilhantes para o ser humano as “obras de misericórdia”. Por isso, tiraram da Igreja e das ordens religiosas os bens que eram utilizados para atender os pobres e enfermos. Começaram a projetar e executar a política da saúde, mas não foram capazes de resolver nem o problema da pobreza nem da enfermidade. Os pobres ficaram mais numerosos e mais pobres e os doentes ficaram mais desassistidos.⁴²

A história da Capelania segue diferentes caminhos. Ferreira registra que:

Na França costumava-se levar uma relíquia de capela ou oratório de São Martin de Tours, preservada pelo rei da França, para o acampamento militar, em tempos de guerra. A relíquia era posta numa tenda especial que levava o nome de capela. Um sacerdote era mantido para o ofício religioso e aconselhamento. A idéia progrediu e mesmo em tempo de paz, a capela continuava no reino, sempre com um sacerdote que era o conselheiro. O costume passou a ser observado também em Roma.

Em 1789, esse ofício foi abolido na França, mas restabelecido em 1857, pelo Papa Pio IX. A esta altura, o sacerdote que tomava conta da capela, que era chamado capelão, passava a ser o líder espiritual do Soberano Rei e de seus representantes. O serviço costumava estender-se também a outras instituições: Parlamentos, Colégios, Cemitérios e Prisões.⁴³

O ponto alto do laicismo no campo da saúde, que veio sendo preparado desde o Renascimento através de idéias como: a supremacia da razão, negação da revelação divinamente inspirada, busca do progresso sem limites, novo ideal da humanidade e nova concepção de Estado, tolerância civil e religiosa.⁴⁴

O século XIX é o século da questão social. Com a encíclica *Renum Novarum*, de Leão XIII (1891), iniciou-se o deslocamento teórico e prático da Igreja para o campo da justiça e o desenvolvimento social, a promoção da igualdade de justiça, a

⁴² BAUTISTA, 2000, p.25.

⁴³ FERREIRA, Damy e ZITI, Lizwaldo Mário. *Capelania Hospitalar Cristã* – Manual didático e prático para capelães. Santa Bárbara d'Oeste, Socep. 2002, p. 53.

⁴⁴ ALARCOS, 2006, p.210.

libertação dos pobres, que comprometeu centenas de congregações religiosas e leigos no serviço aos mais desatendidos: idosos doentes, mulheres trabalhadoras, doentes crônicos e outros. Os círculos operários católicos responderam eficaz e criativamente a uma grande necessidade na saúde. Nesse século foram criadas mais congregações religiosas, em especial as femininas, do que em toda a história da Igreja, com o que se pode afirmar uma feminização da assistência ao doente, à medida que a mulher leiga vai sendo incorporada nesse serviço.⁴⁵

Segundo Ferreira e Ziti, foi no século XIX que a capelania hospitalar começou a ganhar destaque, devido a discussões no tocante à psicologia pastoral, nos Estados Unidos e na Inglaterra. O principal defensor da idéia de que deveria haver uma cooperação entre o clero e a classe médica foi o pastor congregacional de Columbus, no Estado de Ohio, nos Estados Unidos, Washington Gladden.⁴⁶

Um personagem muito importante na história da capelania hospitalar foi Anton Boisen, um dos pioneiros nessa área, assumindo uma capelania no hospital estadual de Worcester, para doentes mentais. Ele foi o primeiro a inserir estudantes de teologia para dentro da realidade de um hospital psiquiátrico para treinamento pastoral clínico, fazendo parte dos trabalhos normais do hospital. Boisen é considerado pela literatura moderna um dos fundadores de treinamento pastoral clínico.⁴⁷

Na Inglaterra quem se destacou nesse movimento de capelania hospitalar foi o pastor metodista Leslie Weatherhead. Em 1916 foi como missionário para a Índia e ingressou no oficialato militar da reserva do exército da Índia, sendo enviado para o deserto da Mesopotâmia. Ali foi nomeado capelão do exército. Durante esse trabalho na Mesopotâmia, conheceu um médico que defendia a participação dos capelães religiosos no tratamento dos doentes, especialmente nas doenças de natureza psicossomáticas. Quando retornou à Inglaterra, decidiu estudar o assunto e realizou vários seminários de debates envolvendo psicologia, medicina e psicanálise.⁴⁸

⁴⁵ ALARCOS, 2006, p.211.

⁴⁶ FERREIRA ; ZITI, 2002,p. 56.

⁴⁷ SILVA, Marcos Nunes da. **Capelania Hospitalar como Práxis libertadora junto às pessoas com HIV/AIDS**. 2007,123f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo, 2007, p.25.

⁴⁸ SILVA, 2007, p.25.

O seu trabalho ajudou a firmar as atividades de capelania hospitalar daquele tempo. "É bom lembrar a esta altura, que o trabalho de capelania estava muito ligado à psicologia, principalmente a emergente disciplina denominada psicologia pastoral".⁴⁹

Em seguida surgiria a socialização da assistência à saúde numa sociedade pluralista, urbana, capitalista, secularizada e tecnicista. Em seguida, viriam as tendências neoliberais que pediam uma revisão do modelo de assistência da saúde com a supressão ou diminuição da presença estatal em favor de empresas privadas de saúde.⁵⁰

A medicina como ramo do comércio foi o elemento mais decisivo para que os médicos se afastassem da espiritualidade. As classes desfavorecidas financeiramente ficaram com a fé, enquanto os que possuíam maior poder aquisitivo podiam dispor de tratamentos e remédios.⁵¹

A nova presença da Igreja no mundo da saúde é completada nos campos institucionais (criação e direção de centros assistenciais próprios), ministerial (serviços religiosos em instituições hospitalares), eclesial básico (paróquia, domicílio etc) e profissional. Os leigos já são a maioria absoluta no campo da saúde. Surge um verdadeiro ministério assistencial pastoral cristão e leigo.⁵²

A defesa dos direitos dos enfermos, a saúde para todos, a luta pela vida, a atenção ao moribundo, a atuação em bioética e na humanização, a preocupação com os marginalizados e a aceitação do direito religioso do doente constituem o desafio atual de toda a Igreja.⁵³

1.1.5 A compreensão da capelania hospitalar em nossos dias

Observa-se que ultimamente muitas obras foram publicadas por teólogos que se dedicaram à teologia pastoral⁵⁴, ou a chamada teologia prática. Essa

⁴⁹ SILVA, 2007, p.26.

⁵⁰ BAUTISTA, 2000.p.26.

⁵¹ RODRIGUES, E; SECAF, V. **Religiosas enfermeiras e entidades de classe**: atuação na Associação Brasileira de Enfermagem. **Rev. Paulista de Enfermagem**, v.17,n.1/3,p.16,1998.

⁵² BAUTISTA, 2000.p.26.

⁵³ ALARCOS,2006,p.211.

⁵⁴ Apresentamos aqui algumas obras produzidas por teólogos que abordaram a questão da teologia pastoral: FLORISTÁN, C. Acción pastoral. In: FLORISTÁN, C. & Tamayo Acosta, J. J. (Org.). **Conceptos fundamentales de pastoral**. 2. ed. Madrid, Cristianidad,1983.p.21-36. ZABATIERO, Júlio. **Fundamentos da teologia prática**. São Paulo: Mundo Cristão, 2005.

definição aparece no contexto protestante com uma tripla articulação da ciência teológica e com a teologia filosófica, histórica e prática, proposta por filósofos como, por exemplo, Friedrich Schleiermacher (1768-1834), a qual é entendida como um saber orientado para a direção eclesial configurada como uma técnica. Esta proposta foi superada pelo pensamento de A. Graf (1841), o qual parte de uma visão de teologia como autoconsciência científica da Igreja que tem um passado, uma essência divina concreta e determinada que se edifica no futuro.⁵⁵

Trata-se de uma teologia bíblica e histórica, da teologia teorética e da “teologia prática”, isto é da ciência das atividades eclesiais divino-humanas, com a mediação de pessoas encarregadas na Igreja, preferencialmente do estado sacerdotal, para a edificação da Igreja.

A expressão “teologia pastoral” indica mais uma reflexão sobre a atividade pessoal do pastor e “teologia prática” designaria a reflexão crítica sobre a ação eclesial. No contexto da teologia prática, passaríamos todas aquelas disciplinas teológico-práticas que têm como tema uma função fundamental da Igreja (liturgia, ensino etc.).⁵⁶

Para Júlio Zabatiero,

Teologia (prática) é discurso crítico e construtivo sobre a ação cristã no mundo. Fundamenta-se no discernimento da ação de Deus e se constrói em diálogo – crítico e construtivo – com os discursos sobre a ação não cristã e sobre a ação anticristã. A racionalidade da teologia consiste de uma teoria crítico-discursiva da ação. Sua finalidade é construir para o aperfeiçoamento da ação cristã na contemporaneidade, em resposta crística – na energia do Espírito Santo – à ação de Deus no mundo.⁵⁷

“Teologia (prática) é discurso, ação comunicativa, atividade comunitária e não individual e isolada. Como tal, constrói-se a partir de reflexão, diálogo e confronto”.⁵⁸

Segundo Savioli,

O discurso é sempre a arena em que lutam pontos de vista em oposição. Um deles pode ser dominante, isto é, pode contar com a adesão de um número maior de pessoas. Isso, no entanto, não elimina o fato de que concepções contrárias se articulam sobre um mesmo assunto. Um discurso é sempre, pois, a materialização de uma maneira social de considerar uma questão.⁵⁹

⁵⁵ ALARCOS, 2000, p.198.

⁵⁶ ALARCOS, 2000, p.199.

⁵⁷ ZABATIERO, Júlio. *Fundamentos da teologia prática*. São Paulo: Mundo Cristão, 2005, p.26.

⁵⁸ ZABATIERO, Júlio. 2005, p.26.

⁵⁹ SAVIOLI, F. P. & FIORIN, J. L. *Lições de texto: leitura e redação*. São Paulo: Àtica, 1996.

Karl Rahner foi defensor da inserção da teologia pastoral no conjunto das disciplinas teológicas,⁶⁰ dando preferência a esta em detrimento de uma “teologia pastoral” tradicional, que sugere uma limitação de seu próprio objeto. Rahner define a “teologia prática” como aquela disciplina que se ocupa da própria atuação que a Igreja tem de realizar de fato na situação concreta.

Para Mihály Szenmártony,

[...] a teologia pastoral pode ser definida como reflexão teológica sobre o conjunto das atividades nas quais a Igreja se encarna, ao objeto de precisar como deveriam desenvolver-se essas atividades, tendo presente à natureza da Igreja e a situação atual desta no mundo.⁶¹

A capelania hospitalar se insere na chamada “teologia prática” como o serviço cristão da Igreja ao mundo dos doentes, nas casas, nos hospitais. Com o objetivo de ajudá-los a partir da fé, da esperança e da caridade, em sua luta pela recuperação de sua saúde ou pela cura integral da aceitação e da humanização dos últimos momentos da existência mediante o diálogo.⁶²

O serviço de capelania hospitalar consiste num ministério de apoio, fortalecimento, aconselhamento e consolação, desenvolvido junto aos enfermos e seus familiares, funcionários e médicos do hospital. É um serviço de dimensão holística, que considera o enfermo uma unidade pluridimensional. Consiste em levar conforto em horas de angústia, incerteza, aflição e desespero e compartilhar o amor de Deus por meio de atitudes concretas: presença, gestos, palavras, orações, textos bíblicos, música, silêncio. A capelania hospitalar é uma organização religiosa interdenominacional com a finalidade principal de prestar assistência espiritual em instituições hospitalares.⁶³

Segundo Cavalcanti,

[...] é uma entidade sem fins lucrativos, cuja missão principal é oferecer assistência espiritual nos hospitais. A atuação da capelania abrange o atendimento emocional social e educacional em instituições de saúde.⁶⁴

⁶⁰ RANER, K. *Teologia pastoral*. In: NEUHAUSLER, H. & GOSSMANN, E. *Qué es teología?* Salamanca, Sígueme, 1969.p.345-379.

⁶¹ SZENMÁRTONY, M. *Introducción a la teologia pastoral*. Estella, Verbo Divino, 1994, p.9.

⁶² ALARCOS, 2006, p.38.

⁶³ BAUTISTA, 2000, p.38.

⁶⁴ CAVALCANTI, Eleny Vassão de Paula. *No leito da enfermidade*. São Paulo: Presbiteriana, 1992,p.34.

A capelania colabora na formação integral do ser humano, oferecendo oportunidade de conhecimento, reflexão, desenvolvimento e aplicação dos valores e princípios éticos, na revelação de Deus para o exercício da cidadania. A capelania realiza também a assistência espiritual, social e emocional às famílias de enfermos, equipes de saúde dos hospitais e estudantes de medicina.

De acordo com Bautista, a capelania hospitalar tem como característica ser um serviço sanativo, porque pretende a apropriação da realidade pessoal até o último instante de vida. Esse serviço (diaconia) exige, em primeiro lugar, a colaboração dos cristãos próximos ao mundo do enfermo, especialmente os agentes mais idôneos, desde os pastores, diáconos e os leigos que vivem e conhecem o contexto hospitalar e podem ajudar nas atividades no hospital. Esse trabalho é baseado no conceito de “atendimento integral”, segundo o qual o paciente aceita melhor a hospitalização e tem mais chances de rápido restabelecimento por ter também contemplados os aspectos espirituais e emocionais.⁶⁵

Como toda ação pastoral, a capelania hospitalar se fundamenta na palavra e na práxis do Senhor, de que a cura dos doentes foi uma das ações fundamentais. Jesus cura as doenças, morais e biológicas, e perdoa as falhas para romper a nefasta dependência de pecado e doença e manifestar que oferece a salvação, o Reino de Deus.

O enfermo vive num mundo de pobreza, carências, necessidades, incertezas. O termo enfermo procede do vocábulo latino *in-firmus*, que significa não firme. Nesse momento em que ao enfermo falta firmeza, torna-se muito importante para ele poder contar com a guarida do amor de Deus, o aconchego e o calor de pessoas amigas, consoladoras e solidárias.

O profissional da saúde nem sempre está preparado para trazer relações saudáveis de ajuda. Depois de esgotadas todas as possibilidades técnicas e feito todo o possível do ponto de vista clínico, justamente, então, estaremos diante do momento de maior vulnerabilidade e de maior necessidade do enfermo. E quase

⁶⁵ BAUTISTA, Mateo. **San Camilo. Con los que sufren**. Buenos Aires:San Pablo,1994,p.147-9.

sempre, nessa situação, os profissionais da saúde deixam o doente sozinho, desamparado.⁶⁶

Infelizmente, por diversos fatores alheios à nossa vontade, não se leva a sério com a devida frequência, intensidade e consideração a máxima de que o doente deve ser protagonista da visita do médico, da enfermeira, do visitador. Deve, portanto, ser o centro do hospital e de todo o sistema de saúde. Por isso, precisamos fortalecer a redescoberta da capelania hospitalar, uma capelania da humanização e da vida para com os doentes, especialmente os marginalizados, esquecidos e abandonados.

1.1.6 Fundamentação evangélica da capelania hospitalar

A capelania hospitalar é lugar privilegiado de “diaconia” e os evangelhos são um relato para curar.⁶⁷ Na doença e na morte há um lugar importante no Evangelho porque o tem na vida. Na pastoral de Jesus se juntam cura e proclamação do Reino. Curar os enfermos é mandamento e é teofania. Quando Jesus anuncia a vinda do Reino, ao mesmo tempo afirma o seu poder sobre a carne como antecipação da glória pascal. Os discípulos de Jesus, de acordo com o mandamento de seu mestre (Mc 16,18), anunciam a boa-nova do reino (Jesus venceu a morte) e curam toda sorte de doenças e moléstias. As curas, todavia, não são mágicas, pressupõem a fé ou a aceitação de que Jesus cura com o mesmo poder de Deus. São manifestações da presença ativa do Senhor ressuscitado ou teofanias de Deus em seu reino. A capelania hospitalar é uma questão de maturidade cristã e amor; é um carisma a serviço do enfermo para ser sustentado na prova e para que não se enfraqueça a graça que Deus depositou em nós.⁶⁸

No Evangelho, pode-se ver de forma nítida a opção preferencial de Jesus por aqueles que estão vivenciando o sofrimento, uma vez que suas obras de cura aparecem como uma décima parte do texto dos quatro evangelhos.

⁶⁶ CAVALCANTI, 1992, p.34

⁶⁷ JODOROWSKI, A. *Los evangelios para sanar*. Vitoria La Llave, 1998,p.56.

⁶⁸ ALARCOS, 2006, p.231.

Quando João Batista buscou a informação se Jesus é o Messias (o enviado de Deus), recebeu a seguinte resposta: “cegos recuperam a visão, paráliticos andam, leprosos são curados, surdos ouvem, mortos ressuscitam e aos pobres se anuncia o evangelho”(Mt 11,2). A ação que cura é o que melhor especifica o Messias. A saúde que Jesus promove não é uma simples ação médica, mas uma amostra da grande salvação de Deus Pai: eu sou o senhor que te cura” (Ex.15,26). A cura se faz experiência salvífica. Portanto, o Evangelho de Jesus pode responder a perguntas como estas: “Por que a doença?”, “Por que o sofrimento?”, “Por que a morte?” para abrir o coração para uma atitude de esperança. O evangelho de Jesus traz cura, libertação, conversão, redenção, reconquista a esperança, recria o sentido vital e leva ao crescimento espiritual.⁶⁹ As curas realizadas por Jesus não são manifestações de um Deus que por seu capricho pode eliminar a doença e o sofrimento porque tem poder para isso.

As curas são mais do que uma prova apologética da missão divina de Jesus. São um elemento essencial da proclamação de sua mensagem. A misericórdia com a qual Jesus se dirige aos enfermos ajuda-os, cura-os, revela Deus como aquele que se interessa pelo ser humano em sua indigência e em sua necessidade de salvação. Nos enfermos que buscam a saúde, Jesus encontra a humanidade necessitada de salvação; a cura corporal é sinal e anúncio da salvação integral do ser humano.⁷⁰

No sermão das bem-aventuranças, Jesus deu preferência aos pobres que vivenciavam o sofrimento (Lc 6,20). A práxis de Jesus que cura não é a obra de um curandeiro, taumaturgo, terapeuta ou médico. Não é o opositor da ciência médica mas suscitador de novas experiências saudáveis e salvíficas. Jesus não faz nenhum discurso sobre a saúde, mas mantém uma atitude prática de ir de encontro àquilo que não a faz possível. Na sua vida, incluindo a sua dor, sofrimento e morte, é gerar saúde tanto na biologia (nível físico) como na biografia (nível emocional, social, intelectual e espiritual) de cada individuo e da convivência social.⁷¹

⁶⁹ ALARCOS, 2006, p.232.

⁷⁰ FEIMER, F. *Jesus y los enfermos*. In: FEINER, J. & LOHRER, M. **Mysterium salutis**. Madrid, Cristianidad, 1984.p.468.

⁷¹ BAUTISTA, M. **Jesús, sano, saludable, sanador**. Buenos Aires, san Pablo,1995.p.13.

1.2 O capelão hospitalar

No Brasil, o capelão pode ser sacerdote, ministro religioso, pastor selecionado entre militares, pertencente a qualquer religião que obedeça às leis e regulamentos da instituição e da constituição federal.

O capelão faz parte da equipe hospitalar, e está voltado para a pessoa que sofre, dando-lhe atenção, confortando-a, vivendo e testemunhando o amor de Deus. Ele fará o enfermo sentir-se amado por Deus e pelas pessoas e o ajudará a suportar melhor a dor, mesmo que não possa explicar as razões do sofrimento. Ele a ajudará a confiar no Deus soberano que tem um plano para a sua vida em meio ao sofrimento e através dele.⁷²

Segundo Ferreira e Ziti, outra definição para a palavra capelão é: “Sacerdote encarregado do serviço religioso em uma igreja não paroquial, uma capela de comunidade religiosa, um hospital, colégio, liceu, exército, prisão etc.”⁷³ O costume vem de tempos remotos, quando senhores feudais contratavam um pároco para rezar missas em suas capelas particulares. Esse pároco era chamado “capelão”, porque cuidava da capela. Era uma espécie de sacerdote particular para uma família ou para um grupo específico.

Hoje, mesmo que uma entidade de internação não possua uma capela para serviços religiosos, a capelania consiste no trabalho religioso devidamente qualificado para assistência espiritual aos internos de qualquer entidade, seja hospital, prisão, colégio, quartel e outros contextos fechados. É importante que o capelão tenha uma formação qualificada em Teologia (nível superior) e uma especialização em Capelania Hospitalar ou Clínica Pastoral. O amor à solidariedade e o perdão devem ser conversa principal entre capelão e paciente. O trabalho em harmonia com os médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde vem dar um suporte ao tratamento.⁷⁴

⁷² CAVALCANTI, 1992, p. 139.

⁷³ FERREIRA, Ziti, 2002, p. 38.

⁷⁴ MATEOS, Juan; CAMACHO, Fernando. *Jesus e a sociedade de seu tempo*. São Paulo: Paulus, 1992, p.23.

O capelão atende o paciente leito a leito, aos chamados especiais, pré e pós-operatórios, em atendimento de urgência, tratamento intensivo, aconselhamento, procedimentos dolorosos aos familiares no pós-morte.

1.2.1 O perfil do capelão hospitalar

O capelão hospitalar, com a ajuda de Deus, se propõe a ser um companheiro na luta do enfermo contra a doença, um companheiro de jugo, ou seja, aquele que se coloca ao lado para ajudar a carregar o jugo, o peso. O jugo é uma madeira pesada que se coloca sobre a cabeça dos bois e se prende aos chifres. Ele não é levado por apenas um boi, é colocado sobre a cabeça de dois bois de forma que possam compartilhar o peso e o esforço que têm que se fazer para transportá-lo.⁷⁵ Esta ilustração é bem apropriada para a tarefa do capelão hospitalar, porque o capelão se coloca ao lado do enfermo para ajudá-lo a levar o seu jugo com dignidade, pois o sofrimento é inevitável, mas é possível evitar que as pessoas sofram sozinhas. O capelão é então esse homem de fé que se propõe a se colocar junto ao enfermo nos momentos mais difíceis da vida. Ele cita um contexto que está muito longe do ideal entrevisto pela Organização Mundial da Saúde, que vê o hospital como um centro irradiador de saúde na sociedade desenvolvendo ações em nível de prevenção, defesa, recuperação, ensino e pesquisa.

Os hospitais brasileiros, em sua grande maioria, cuidam somente da dimensão física. Não é raro notícias de mortes devido ao excesso de pacientes internados, falta de vagas, infecções hospitalares entre outras deficiências do nosso sistema de saúde. Outrossim, sabe-se que os profissionais de saúde recebem uma formação numa perspectiva exclusivamente técnica.

⁷⁵ RUCKERT, Maria Luiza; WONDRAČEK, Karin Helen Kepler. **Capelania hospitalar e ética do cuidado**. 2008. p.74 Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ética e Subjetividade e Cidadania) - Escola Superior de Teologia Programa de Pós Graduação, São Leopoldo, 2008, p.59.

Num momento de profunda crise econômica, de desemprego, de miséria, dentro de uma situação onde o Estado não cumpre seu papel de proteger o cidadão no que diz respeito a sua saúde, é nesse contexto em que se trava a luta entre a vida e a morte, em que se agudizam as mazelas sociais dos adoecidos por causa da pobreza, que está inserido o capelão.

Frente a essa realidade, qual deve ser o perfil do capelão? Como um membro e representante da igreja, ele recebeu o mandato de ser continuador da obra misericordiosa de Jesus Cristo junto aos enfermos. Embora essa missão seja confiada a todos os cristãos, historicamente o capelão hospitalar assume esta responsabilidade em nome da comunidade da fé. Para tanto, o capelão hospitalar deverá possuir algumas características tais como:⁷⁶

1.2.1.1 Vocacionado

O capelão hospitalar, para exercer sua práxis no hospital, deve ter convicção de sua chamada, de sua vocação para esse ofício, o que exige fé de que foi chamado por Cristo para este trabalho junto aos enfermos. Ele deve sentir-se chamado por Deus a partir da realidade do sofrimento para produzir saúde e vida. Sendo assim, torna-se continuador da ação misericordiosa e libertadora do Cristo para com os doentes, a exemplo do Bom Samaritano (Lc 10,29-37). Sua ação vai muito além da simples caridade ou filantropia, transformando situações de indiferença em solidariedade, contextos de morte em vida, realidades manipuladoras em defesa da dignidade humana ferida. Portanto, transforma-se em agente de mudança e transformação.

1.2.1.2 Agente de transformação

Inconformado com a realidade social em que está inserido, ele alimenta uma indignação ética diante do descaso no tocante à vida humana. O capelão é um

⁷⁶ PESSINI, Léo; MILDNER, João Inácio. ***O perfil do capelão e a missão da capelania hospitalar.*** Revista Eclesiástica Brasileira. Ed. Junho, São Paulo, n.206, vol. 52, , 1992, p. 414-416

profeta. Denuncia o que contradiz a verdade do evangelho de Jesus Cristo e anuncia uma nova perspectiva sobre a realidade opressora. Apresenta-se como um ser ativo de presença crítica e questionante diante da realidade do hospital que não vá ao encontro das necessidades do enfermo.

Consequentemente é um militante de políticas de humanização que buscam colocar o enfermo como razão de ser e existir do hospital. Para que o capelão consiga desempenhar bem o seu papel, faz-se necessária uma formação específica e uma reciclagem (formação) continuada.

1.2.1.3. Profissional

Segundo Cavalcanti, o hospital funciona sem a presença de um capelão, mas não sem a presença de médicos e enfermeiros. Portanto, o capelão deverá conduzir-se frente a esses servidores da saúde com todo respeito e cortesia. Haverá sempre a prioridade médica ao atendimento do paciente: são raros os casos ao contrário.⁷⁷

Os médicos e enfermeiros estarão trabalhando em suas respectivas áreas, sejam doenças físicas ou psíquicas, enquanto o capelão direciona a atuação aos cuidados espirituais. O capelão não deve dar conselhos médicos, receitar remédios, divulgar diagnósticos ou outro assunto concernente à área médica.

O capelão apresenta-se normalmente à Chefia de Enfermagem quando em visitas a pacientes nas enfermarias. Devendo participar de treinamento junto aos demais profissionais para receber informações sobre como proceder em relação a veículos transmissores de infecção, priorizando o tratamento do paciente e protegendo-o de possíveis contaminações. Deverá, também, ser informado sobre diagnóstico de pacientes com doenças infecto-contagiosas. O capelão hospitalar pode, também, como forma de reconhecimento e conagração, promover comemorações no Dia do Médico e do Enfermeiro.

⁷⁷ CAVALCANTI, 1992, p. 129.

1.2.1.4. Educador e evangelizador

Para o bom desempenho do seu trabalho no hospital, o capelão deve desenvolver a competência de despertar novas lideranças para atuarem neste ministério que está no “coração de Deus”, na dimensão humana e ética. O capelão comunica e educa para uma visão holística em que a pessoa humana é respeitada integralmente nas suas dimensões sociais, físicas, psíquicas e espirituais.

No Hospital Evangélico de Vila Velha, no Estado do Espírito Santo, uma das atribuições do capelão é ministrar cursos aos agentes voluntários da Pastoral da Saúde de confissão católica, os quais recebem todo o preparo prático e teórico para atuarem no Hospital.

Atualmente a capelania deste Hospital conta com cerca de 120 voluntários de várias denominações religiosas, os quais recebem treinamento para atuarem lá. Diante disso, pode-se constatar a necessidade de uma formação sólida e específica do capelão. Por isso, verifica-se a necessidade de o capelão desenvolver a competência de liderança para desenvolver esse aspecto de sua função no hospital.

1.2.1.5. Espiritualidade salvífica

De acordo com a capelã e pastora do Hospital Evangélico de Vila Velha Maria Luiza Ruckert,

O serviço de capelania representa um espaço privilegiado para traduzir a Boa-Nova para a linguagem dos relacionamentos, uma linguagem que nos permite comunicar uma mensagem de cura, salvação e esperança às pessoas que se debatem em dor e desespero, incertezas e vazio (característica muito presente na nossa época).⁷⁸

Portanto, o capelão valoriza a vida humana cultivando uma espiritualidade salvífica, sendo agente gerador de vida e esperança em meio a dor, sofrimento e morte. Por isso, deve ser um homem de oração constante e de comunhão profunda com Deus. Um crente que ora com e pelo doente, um ser que vivencia uma vida orante a partir do sofrimento humano numa perspectiva de salvação e cura. A partir dessa espiritualidade, o capelão se torna um pedagogo da fé.

⁷⁸ RUCKERT,2008,p.60..

1.2.1.6. Líder

O capelão deverá saber delegar responsabilidades confiando nas capacidades das pessoas, com isso evitando centralizações. Ele estimula iniciativas voluntárias que se apresentam de forma gratuita e solidária movidas pelo amor ao próximo, como por exemplo, o voluntariado.

Como líder religioso carismático na comunidade hospitalar, procura sempre estar inovando, buscando novos métodos e iniciativas para alcançar as pessoas na sua totalidade. Nesse sentido, a criatividade o leva a sair da rotina e buscar sempre o novo. Sendo líder, é um conhecedor da realidade pluralista que o cerca e com a qual dialoga.

1.2.1.7. Ecumênico

A função ocupada pelo capelão exige um bom relacionamento com outros religiosos que atuam no hospital. Haverá certas ocasiões em que os capelães (católico, evangélico, rabino etc.) serão convidados pela Administração para participar de solenidades ou comemorações ecumênicas: cada convite deverá ser estudado para que não haja dúvida quanto à presença e à mensagem proferida pela capelania.

O capelão, nessa realidade, zela pelo atendimento das necessidades psico-espirituais dos enfermos segundo a sua tradição religiosa, o que não o impede de manter-se aberto ao diálogo com outras tradições religiosas.

Nesse sentido, deve ser capaz de realizar um diálogo inter-religioso, cooperando no objetivo comum de servir ao doente, preservando a própria identidade de fé, nesse contexto pluralista, onde se encontram diferentes opções religiosas.

1.2.2 Atribuições do capelão

O capelão é uma pessoa bem relacionada com todo o hospital: sua amizade estende-se desde a pessoa nos cargos mais simples até os mais elevados, sempre

pronto a ajudar, aconselhar e prestar seus serviços. Isso requer humildade, empatia, sinceridade e também versatilidade. É visto como sendo alguém espiritual, amoroso e testemunha de Cristo, por isso sua responsabilidade estende-se a todas as pessoas com as quais convive dentro do hospital. Partindo desse pressuposto, o capelão possui as seguintes atribuições:⁷⁹

- coordena o serviço da Capelania Evangélica, respondendo diretamente à Diretoria do Hospital através de relatórios periódicos e também de contatos pessoais;
- participa de treinamento junto aos enfermeiros para receber informações sobre como proceder em relação a veículos transmissores de infecção, priorizando o tratamento do paciente e protegendo-o de possíveis contaminações;
- atende os pacientes e funcionários; dirige e coordena cultos e funerais;
- organiza as atividades da capelania; aprova todo o material impresso a ser distribuído; estabelece orientações acerca de deveres e direitos dos pastores visitantes;
- assegura o cumprimento do regulamento interno do Hospital, e convívio com outros religiosos e pessoas da saúde;
- organiza as atividades evangélicas no hospital e os cursos de visitação dados a voluntários de várias denominações evangélicas ou não que se dispõem a participar deste ministério;
- escreve ou aprova artigos escritos para a publicação no boletim do hospital e para cartões e datas especiais; dirige culto fúnebre a pedido da família do paciente ou do hospital.

Portanto, o capelão é esse profissional que possui um bom relacionamento com a Administração do Hospital, não só pelo aspecto formal de sua função. Requer-se do capelão uma ética exemplar e uma postura irrepreensível.⁸⁰

⁷⁹ BAUTISTA, 2000, p.52.

⁸⁰ Alguns cursos de capelania ou de visitadores/as hospitalares adotam uma postura claramente proselitista e alienante. Para quem deseja fazer um curso de capelania qualificado pode procurar a UNICAMP na cidade de Campinas, SP, que oferece um curso de extensão. Pode-se consultar também o site www.extecamp.unicamp.br.

1.3 A Capelania Hospitalar: um gesto de amor

Um toque carinhoso pode ajudar a aliviar a dor, ajudar crianças em seu desenvolvimento e auxiliar em tratamentos para depressão, segundo uma pesquisa apresentada no Festival de Ciências da Associação Britânica para o Avanço da Ciência, em Liverpool. Segundo o neurologista Francis Mcglone, da Universidade de Liverpool, um sistema de fibras nervosas presentes na pele responde a toques carinhosos, do mesmo modo que os receptores de dor e, quando estimulado, pode inclusive diminuir a atividade nos nervos que transportam a sensação de dor.⁸¹

Os cientistas das universidades de Uppsala e Gotemburgo, na Suécia, explicam que há três tipos principais de fibras nervosas na camada exterior da pele. Elas são divididas de acordo com a velocidade com que conduzem como um fio as atividades bioelétricas para o cérebro. Dois desses tipos são chamados de fibras A, e são cobertos por uma camada de gordura (mielina) que atua como um isolamento em volta do fio e contribui para a alta velocidade de condução. Mas o terceiro tipo, chamado de fibras C, não tem a camada de mielina e tem velocidade mais lenta.⁸²

As fibras A são responsáveis pelo sinal quase instantâneo, que provoca uma reação por reflexo antes mesmo que o cérebro possa identificar o que houve. As fibras C, da chamada “segunda dor”, são as que levam a sensação da dor mais profunda e duradoura ao cérebro. Os cientistas descobriram que também há fibras do tipo C que respondem a estímulos de prazer e quando elas são estimuladas, a atividade nas fibras condutoras de dor diminui. Então, essas fibras levariam o sinal de prazer para a região do cérebro responsável por “recompensas”, e explicaria por que um abraço ou mesmo a mão no ombro podem ser mais eficientes, no alívio da dor, do que palavras.⁸³

Os cientistas provam que o toque com carinho alivia as dores daquele que sofre. Anne Sebba parece que já havia descoberto isso empiricamente há muito tempo. Conforme Boff, “a mão que toca, cura porque leva carícia, devolve confiança, oferece acolhida e manifesta cuidado.”⁸⁴

⁸¹ *CIENTISTAS PROVAM QUE TOQUE COM CARINHO ALIVIA AS DORES. A tribuna*, Vitória, 13 set. 2008. Caderno de ciência e tecnologia, p.14

⁸² *CIENTISTAS PROVAM QUE TOQUE COM CARINHO ALIVIA AS DORES*, 2008, p.14.

⁸³ *CIENTISTAS PROVAM QUE TOQUE COM CARINHO ALIVIA AS DORES*, 2008, p.14.

⁸⁴BOFF,Leonardo. **Saber Cuidar**. Ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis:ed. Vozes,1999,p.171.

Na parábola do Bom Samaritano (Lc10, 30-37) verifica-se que curar é uma forma de amar. “Para Jesus, materializar um processo de ajuda ao caído à beira do caminho consiste em enxergá-lo em sua dignidade humana ferida”.⁸⁵ Isto significa que mesmo caído à beira do caminho esse indivíduo continua a ser imagem e semelhança de Deus, de acordo com o relato bíblico de Gênesis (Gn1, 20), ou seja, socorrer o sujeito que está caído à beira do caminho significa socorrer o próprio Deus (Mt 25,40). Portanto, isso significa que estamos sempre grávidos do divino, pois o mesmo permanece em nós.

Deus que se revela em Jesus Cristo oferece amor ao ser humano sem distinção de classe social, etnia, conduta ou religião. Deus ama o homem não porque ele seja bom, mas porque ele mesmo é bom (Mt 5, 45). “Foi justamente a aceitação por Jesus dos pecadores ou descrentes e das pessoas de má fama que provocou o escândalo em sua sociedade (Mc2, 15-18)”.⁸⁶

Aplicando essa reflexão teológica dentro da sociedade de exclusão social, cultural, econômica, na qual estamos inseridos, ou melhor, onde a maioria da população luta pela sobrevivência, enfim, nessa sociedade neoliberal, percebe-se que o sistema de saúde no Brasil está intrinsecamente ligado à estrutura econômica e política da sociedade, atribuindo historicidade que se perpetua no cotidiano das pessoas que precisam de serviço público de baixa qualidade.

Portanto, há uma subordinação do setor saúde às relações sociais de produção e a divisão de classes, porque na sociedade capitalista os meios de produção tornam-se propriedade privada, de tal forma que o trabalhador que depende do serviço público de saúde padece em longas filas nos hospitais.

Afinal, quem buscaria um plano de saúde particular ou privado se o Estado oferecesse um serviço de qualidade no qual as pessoas não ficassem deitadas nos corredores ou tivessem que esperar por longos dias para serem atendidas? Na atual conjuntura o Estado acaba por oferecer um serviço de baixa qualidade para que a iniciativa privada ganhe e o trabalhador perca saúde, dignidade, esperança e a própria vida.

⁸⁵ VEDOATO, Giovanni Marinot. *Breve tratado de Cristologia*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002, p.27.

⁸⁶ VEDOATO, 2002, p28.

A parábola do Bom Samaritano nos ensina que socorrer o caído à beira do caminho significa, do ponto de vista da fé, muito mais do que um simples ato de ajuda, significa entendê-lo como ato de não deixar ferir a imagem e semelhança de Deus que é o ser humano. "A diaconia/capelania, enquanto fé e serviço num mundo que sofre"⁸⁷, deve necessariamente lutar pelos direitos desse trabalhador, pelo resgate de sua dignidade a um sistema de saúde eficiente e gratuito para todos.

O pensador alemão e filósofo Bruno Bauer (1809-1882) afirmava em sua filosofia que o cristão é um grande egoísta, pois o crente só se preocupa com a sua alma e deixa de lado o Estado, a história, a sociedade e a humanidade.⁸⁸ Ao contrário desta afirmativa, o serviço cristão (diaconia) é para aquele que tem coragem de correr riscos, de sair do seu casulo, de pensar a história pelo reverso da lógica imperante. Isso implica em inserção no mundo, inculturação na realidade humana, encarnação como ação transformadora dessa história em prol do projeto vida plena para todos (Jo 10,10).

"Portanto as igrejas, onde nascem as iniciativas de serviço (diaconia) no sentido mais amplo do termo, ou seja, no sentido da definição do Rodolfo Gaede, "diaconia é ação salvífica de Deus que motiva, a partir da fé, uma ação da igreja em favor de pessoas que se encontram em situação de sofrimento, pobreza e injustiça, ação esta que se dá através da intervenção consciente, da ação social e política".⁸⁹ Portanto, a capelania não é uma atividade somente teórica, mas pressupõe uma práxis em favor da vida e, portanto, revolucionária, porque anda na contramão do sistema neoliberal vigente.

Para a realização da diaconia hospitalar, o cristão se torna quase sempre um voluntário. Essas pessoas recebem treinamento geralmente do capelão para a realização desse trabalho sem fins lucrativos.

⁸⁷ VEDOATO, 2002, p29.

⁸⁸ REALE, Giovanni; ANTISERI, Dario. *História da filosofia*: patrística e escolástica, v.2. São Paulo: Paulus, 2003,p.231.

⁸⁹ GAEDE, Rodolfo. *A diaconia de Jesus: uma contribuição para a fundamentação teológica da diaconia na América latina*. São Leopoldo: Sinodal: Centro de Estudos Bíblicos: São Paulo: Paulus, 2001, p.134.

1.4 A contribuição do voluntário para a capelania hospitalar

A contribuição do trabalho voluntário, além de ser reconhecido pela Lei nº 9.608 de 18 de fevereiro de 1998, é também legitimado pelos Hospitais à medida que contam com esse trabalho. Para facilitar o trânsito desse voluntário, os hospitais fornecem uma identificação para ele. Essa atividade não remunerada é prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou instituição privada de fins lucrativos, que tenha objetivos físicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

O serviço voluntário não gera vínculo empregatício nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim. É exercido mediante a produção de um termo de adesão entre a entidade pública ou privada e o prestador de serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições de seu exercício. Caso haja despesas que comprovadamente o prestador de serviço voluntário realizar no desempenho das atividades, poderão as mesmas ser ressarcidas.⁹⁰ Ao contrário do que se pensa, não é necessário ser especialista para ser voluntário. Todas as pessoas possuem capacidades, habilidades e dons, que apenas necessitam ser trabalhados e direcionados. Essa relação pessoal oportunamente nos traz grandes amizades, em que podemos viver novas experiências e conhecer outras realidades.⁹¹ Nessa via de mão dupla, onde se doam energia e criatividade e se ganham contato humano e convivência com pessoas diferentes, há imensa oportunidade de se aprender e de ter a satisfação de ser útil. Sentir vontade ou necessidade de viver essa troca é simples: basta dar o primeiro passo e transformar desejos e vontades em ação.

Existem algumas exigências a serem cumpridas, mas não existe um modelo comportamental: entende-se que a singularidade de cada um trará benefícios a outra pessoa, que em meio às adversidades da vida se identificará com o jeito, com a fala, com o carinho do voluntário e, juntos, construirão uma relação agradável.

Os voluntários que atuam como visitantes, antes de começarem

⁹⁰ CAVALCANTI, 1992, p.42.

⁹¹ CAVALCANTI, 1992, p.43.

suas atividades, devem passar por treinamento básico, receber informações sobre apresentação pessoal e informações psicológicas, teológicas e pastorais: o treinamento é permanente. Deverá ser realizada constantemente a avaliação sobre ações desenvolvidas, troca de experiências, discussão dos problemas encontrados durante as visitas. É necessária a observância das seguintes formalidades: frequência assídua no treinamento obrigatório oferecido pelo serviço de capelania; carta de apresentação da igreja ou associação de fé, caso o voluntário faça parte de alguma delas; assinatura do termo de adesão baseado na Lei do Voluntariado; uniforme e crachá, com logomarca do hospital.⁹²

Para que a ação do visitador seja eficaz como instrumento consolador e humanizador do mundo da saúde, é necessário que haja uma preparação especializada. Busca-se pelo desenvolvimento da competência relacional dos visitantes, levando em conta os diversos elementos que a compõem: um conjunto de conhecimentos (o saber); a capacidade de utilizá-los na prática (o saber fazer); um conjunto de atitudes que permitam estabelecer boas relações humanas com o paciente e o seu familiar (o saber ser).⁹³

O voluntariado e a sua contribuição ímpar com o compromisso de humanização do atendimento ao paciente concretiza-se por meio de toda a equipe que atua no setor de capelania. Entre as expressões usadas para representar a relação de ajuda e a solidariedade, uma das mais eloquentes é esta: “caminhar juntos”. A proposta de caminhar junto com o paciente se concretiza por meio de toda a equipe que atua na capelania.⁹⁴

A capelania hospitalar empenha-se em concretizar um estilo particular de acompanhamento pastoral aos enfermos, a partir de critérios evangélicos. Procura-se promover no doente uma melhor adaptação à situação que está vivendo. A equipe da capelania propõe-se a ajudar o paciente a entender, por meio das dificuldades, o verdadeiro sentido da vida. Procura vivenciar com o paciente uma relação que seja marcada pela aceitação incondicional, respeito e empatia, que permita que o enfermo entre em contato com os próprios sentimentos, possa

⁹² BALDESSIN, Anísio. *Pastoral da saúde*: orientações práticas. São Paulo: Loyola, 2005.

⁹³ BALDESSIN, 2005, p.39.

⁹⁴ CAVALCANTI, 1992, p.45.

exprimi-los, ganhe confiança em si mesmo e tome decisões a respeito da própria vida. Ajuda-se o enfermo a empregar os próprios recursos para enfrentar os seus problemas, sem paternalismo nem autoritarismo.⁹⁵

A capelania hospitalar trabalha em consonância com o discurso médico e com os demais profissionais da saúde. Nunca deverá encorajar ou aconselhar o paciente deixar de tomar medicamento receitado pelo médico por acreditar que foi curado pela fé.

Observa-se que muitos religiosos despreparados, ao abordarem os pacientes no hospital, não respeitam a religião do outro, ou seja, não respeitam a fé do paciente e o seu direito de ter a sua religião. Daí a necessidade de ter um acompanhamento contínuo e uma formação continuada direcionada para os voluntários que são inseridos na capelania/diaconia hospitalar. Para Márcia Paixão, o trabalho do voluntário realizado na capelania deve ter “uma formação bíblica e assessoria técnica em áreas específicas; saber perder e saber ganhar; aprender a contemplar a fragilidade em toda a sua ternura e beleza”.⁹⁶ “O exercício do trabalho voluntário, que se baseia no amor de Deus, terá uma atuação na sociedade pautada na ética cristã”.⁹⁷

Trata-se, portanto, de uma ética do amor, de respeito, voltada ao próximo, ao necessitado sem preconceitos em relação à religião, à etnia ou à classe social do outro. É de fato uma questão ética e moral ensinar um comportamento de interação, sem negar sua própria religião. Quando pensamos em promover o ser humano colocando-o frente a tudo que é portador de vida, tudo fica mais fácil, porque a fé é pessoal, o objeto da fé também, mas o fato de crer diferente não significa estar excluído de receber benefícios que vão melhorar sua qualidade de vida.

⁹⁵ BAUTISTA, 2000, p.52.

⁹⁶ GAEDE, Rodolfo; PLETSCH Rosane; WEGNER, Uwe (Org) **Práticas diaconais**: subsídios bíblicos. São Leopoldo: Sinodal, CEBI, 2004, p.156.

⁹⁷ GAEDE, 2004, p.153.

2 CIÊNCIA E TEOLOGIA: UM ENCONTRO ARRISCADO

Geralmente o encontro entre ciências e teologia tem sido representado em termos de conflito. A história antiga e recente está cheia de conflitos implícitos e explícitos entre homens de ciência e homens de fé (como o triste caso de Galileu e na crise do evolucionismo). Esses conflitos, na medida em que respeitam o direito das pessoas e continuam a ser combates da razão por maior inteligibilidade da fé e do cosmos, não devem nos afligir. Estes conflitos de certa forma são essenciais, pois os mesmos se realizam com enriquecimento da teologia. Percebe-se que se não existisse o momento de conflito, poder-se-ia crer que a teologia não diria respeito a nada, a nossa realidade concreta.

Para Dominique Lambert, não aceitar o conflito entre as ciências e teologia por uma espécie de quietismo ou por excesso de prudência, confrontar a visão teológica com a das ciências contemporâneas, seria simplesmente medo da verdade, falta de confiança na razão, desvalorização pura e simples de um meio excepcional que nos permite avaliar a profundidade e a complexa beleza da criação.⁹⁸

As Ciências dão ao teólogo os instrumentos que lhe permitem recusar, sobre bases racionais, toda forma de absolutização do criado, toda idolatria e toda superstição, como a numerologia e a astrologia, que continuam a manter tantos dos nossos contemporâneos, ainda que tenham, às vezes, formação científica, em uma espécie de escravidão. A abertura às ciências é, no caso, não um obstáculo à fé, mas justamente uma ocasião de separá-la de toda superstição.⁹⁹

“A tentativa de abertura do diálogo com as ciências é acompanhada de uma vontade de se recusar a “torcer” seus conteúdos para fins puramente apologéticos. As justificações pseudo-científicas das verdades da fé”¹⁰⁰ e os argumentos pseudo-teológicos utilizados para refutar teses científicas bem estabelecidas,¹⁰¹ arriscam-se a voltar-se contra a própria credibilidade da fé. Conforme o conselho judicioso

⁹⁸ LAMBERT, Dominique. *Ciências e teologia*: figuras de um diálogo. São Paulo: Loyola, 2002, p.10.

⁹⁹ LAMBERT, 2002 p.10.

¹⁰⁰ Por exemplo: “Big Bang prova que Deus criou o Universo.

¹⁰¹ Um exemplo: “A transcendência teológica do homem impede a compreensão evolucionista do aparecimento do homem em um plano biológico”.

de Tomás de Aquino:¹⁰² [...] “pretender demonstrar as coisas da fé por meio de provas não muito concludentes, fica-se exposto à irrisão dos incrédulos (pois os fazemos) pensar que aderimos por essas razões aos ensinamentos da fé”.

De acordo com Lambert, o respeito pelas ciências não se faz acompanhar de uma espécie de abdicação no plano da fé. A abertura não significa, de modo algum, a renúncia no plano da fé.¹⁰³

Esse modelo se baseia na esperança de que um diálogo possa não mutilar nem a verdade científica, nem a verdade teológica. O cientista que tem fé, não a tem, pois quer abandonar a própria fé, quando se serve do seu pensamento. Para o cientista será melhor, no interesse da verdade, afastar-se das atitudes que, para evitar os debates ou por preocupação demagógica, tentam embotar pontos essenciais da fé para fazer “bela figura” diante dos cientistas ateus e agnósticos.¹⁰⁴

Portanto, é preferível pôr as cartas na mesa e, em espírito de tolerância e de escuta, dar testemunho e razão da sua fé, com o risco de ter de sofrer as críticas, pertinentes ou não, de seus pares, que não compartilham das mesmas convicções.

De acordo com Lambert, a ausência de uma explicação sólida de mediação entre as ciências e a teologia faz supor que existam apenas duas posições possíveis:¹⁰⁵ de um lado, o comodismo, que confunde e mistura indevidamente ciência e teologia,¹⁰⁶ de outro o discordismo, que as coloca uma diante da outra¹⁰⁷, em um cara a cara estéril, que prepara a regressão intelectual da teologia ou o desenvolvimento de um novo cientismo.

¹⁰² Suma teológica, I, quest.46,art. 2, respondeo, apud Lambert, 2002,p.10.

¹⁰³ LAMBERT, 2002,p.10.

¹⁰⁴ LAMBERT, 2002,p.11.

¹⁰⁵ LAMBERT, 2002, p.11.

¹⁰⁶ Situamos a abordagem a partir de uma análise da explicação racional do conteúdo da fé em um discurso (teológico).

¹⁰⁷ Um exemplo desse face a face, que reduz a fé a uma opção puramente subjetiva, privando-a de todo diálogo sério com as ciências, é o livro, com título significativo, de Cl. Allégre, Dieu face à la science, Paris, Fayard, 1997. Dele citamos um pequeno trecho: “Crer ou não crer. Eis a questão. Como diz François Jacob, é uma questão de gosto’, de escolha individual. Crer, ou não crer em Deus é e continua a ser uma preferência individual que deve ser respeitável e respeitada. É um fundamento essencial da liberdade”(p.248). Na realidade o livro mostra que o respeito tem limites porque, visivelmente, o autor não se dá ao trabalho de compreender o fenômeno religioso interior, e o respeito pela verdade, detém-se quando ele declara: “A ciência conquistadora que enfraquece as religiões [...]”(p.246), ou “quanto a ciência, percebe-se quanto ao método científico a intervenção de Deus só pode ser ‘residual’, só pode ser’ o que não se explica”,(p.247): essa frase é contrária ao respeito pelo método científico, com os racionalistas e respeitadores da verdade.

Este capítulo visa elucidar, de acordo com a filosofia, a pertinência dos modelos racionais do diálogo ciência e teologia. Para isso, se faz necessário utilizar conceitos como metafísica e ética. Não se pretende em nenhum momento o exame completo dessas questões, nem mesmo tê-las abordado de maneira inteiramente satisfatória, nem pela filosofia nem pela teologia. Essas questões são tratadas para suscitar o debate e mostrar, que é possível uma articulação entre ciências e teologia.

2.1 As três formas de interação das ciências com a teologia em Lambert

Depois de considerar o encontro possível da teologia com as ciências, agora vamos analisar a maneira pela qual as ciências podem defrontar-se com o discurso teológico.

Conforme Dominique Lambert, partindo da observação de vários trabalhos e de reflexões relativas aos vínculos mantidos pelas ciências e teologia, há três formas principais de interações. Há, em primeiro lugar, a forma concordista: “esta caracteriza uma posição que, explícita ou implicitamente, coloca a ciência e a teologia no mesmo plano, apagando ou atenuando suas diferenças específicas”.¹⁰⁸ Em seguida destaca-se a forma discordista, “que ergue uma barreira hermética entre as duas abordagens, impedindo, em princípio, qualquer contribuição de uma para a outra.”¹⁰⁹ Por fim, há a forma de articulação. Esta última tem como princípio fundamental o respeito pelas diferenças entre as abordagens, para não confundi-las. “Não obstante, não leva esse respeito ao ponto de impedir todo diálogo entre as ciências e a teologia. Ela estabelece mediações que permitem um diálogo recíproco”.¹¹⁰

Cada uma das formas apresentadas acima será relacionada de acordo com o nível ontológico. Com isso será possível o aperfeiçoamento e o aprofundamento do estudo das interações entre ciências e teologia, evidentemente sem pretender descrevê-lo de maneira exaustiva.

¹⁰⁸ LAMBERT, 2002, p.67.

¹⁰⁹ LAMBERT, 2002, p.67.

¹¹⁰ LAMBERT, 2002, p.67.

2.1.1 Quem é Dominique Lambert

Dominique LAMBERT nasceu em 1960. Formado em Física, Matemática e Filosofia da Ciência, em Louvain-la-Neuve (Université Catholique de Louvain), é professor na Universidade de Namur (Facultés Universitaires N.-D. de la Paix), onde é co-diretor de uma equipe de investigação em Cosmologia (Groupe d'Applications aux Sciences Mathématiques du Cosmos, GAMASCO). Lambert também é ¹¹¹ Diretor do Departamento de Filosofia da Ciência ("Ciências filosofias-Sociétés"). Professor visitante de Filosofia e História da Ciência na Universidade do Luxemburgo, atualmente está participando de um curso interuniversity sobre "Ciência e Fé Cristã" (Académie Louvain). Tornou-se um especialista em Física, Matemática e Filosofia da Ciência, publicou 8 livros e cerca de 130 trabalhos sobre Física Matemática, Filosofia da Física e Biologia, História da Cosmologia e sobre as relações entre ciência e teologia. Em particular, ele escreveu (com Jacques Demaret), um livro sobre o Princípio Cosmológico Antrópico e a primeira biografia científica e religiosa de Dom Georges Lemaître. Em 1999, ele recebeu o Prêmio do "Mgr Georges Lemaître Foundation" e, em 2000, o Prêmio da Sociedade Européia para o Estudo das Ciências e Teologia (ESSSAT).

2.1.2 O concordismo

Segundo Lambert, o concordismo historicamente é uma posição exegética que procura uma correspondência direta, sem mediação, entre uma passagem das Escrituras e o conhecimento científico. ¹¹²

¹¹¹ Disponível em. http://www.fundp.ac.be/universite/personnes/page_view/01001721/. Acesso em Dez. 2009.

¹¹² LAMBERT, 2002, p.67.

Um exemplo típico é o da identificação entre os dias bíblicos da criação e os grandes períodos geológicos ou entre o Fiat lux e o aparecimento da radiação eletromagnética. Esse gênero de concordismo, associado a uma leitura “literalista” ou fundamentalista” da bíblia, é rejeitado explicitamente pela igreja católica, pois nega o caráter histórico da revelação bíblica e despreza, ao mesmo tempo, a verdade das ciências da natureza e das ciências filosóficas e hermenêuticas.¹¹³

Atualmente, o termo concordismo se relaciona a toda perspectiva que ligue “imediatamente” um resultado científico a um dado teológico (bíblico, dogmático, ético, espiritual...),¹¹⁴ ou seja, procura “uma correspondência direta, sem mediação, entre uma passagem bíblica e um conhecimento científico”.¹¹⁵

2.1.2.1 O concordismo ontológico

O concordismo ontológico é a posição que identifica a realidade apontada pelas ciências àquela que a teologia quer encontrar. Deus, a partir dessa corrente teórica, torna-se uma realidade que entra diretamente no campo das ciências.¹¹⁶ “Segundo o concordismo ontológico, ao seguir o caminho que conduz as ciências à realidade natural, somos conduzidos à realidade divina”.¹¹⁷

O concordismo ontológico provoca algumas objeções. Em primeiro lugar, não há evidência em identificar toda a realidade com a que os físicos e biólogos alcançam. Sendo que esta última só é percebida por meio de um certo tipo de olhar reducionista. Portanto, só pode ser o caso de um olhar autêntico na sua eficácia, com certeza, mas que não esgota necessariamente toda plenitude do real. Por outro lado, é claro que o concordismo ontológico leva, afinal, seja ao panteísmo, seja à negação de Deus. Se transformarmos Deus em uma realidade diretamente acessível à ciência, nós o transformamos em uma “coisa” ou em uma “causa natural” e, como conseqüência, não se sabe por que ele deveria receber um estatuto diferente dos outros “objetos” do mundo natural. Tendo perdido sua transcendência, Deus não tem mais razão de ser.¹¹⁸

Com isso, Deus se torna apenas uma palavra, uma etiqueta que se coloca sobre uma realidade do mundo, ou um sinônimo do mundo material tornado em

¹¹³ LAMBERT, 2002, p.68.

¹¹⁴ LAMBERT, 2002, p.68.

¹¹⁵ LAMBERT, 2002, p.68.

¹¹⁶ LAMBERT, 2002, p.69.

¹¹⁷ LAMBERT, 2002, p.69.

¹¹⁸ LAMBERT, 2002, p.69.

totalidade. “Esse sentido é que Einstein atribuía a Deus, reportando-se, aliás, a Spinoza. Mas o concordismo ontológico leva também, naturalmente, ao ateísmo. Se todo o real se esgota na visão científica, não se necessita mais senão do Universo natural”.¹¹⁹

Uma forma particular esclarecedora de concordismo ontológico é ilustrada pelo que os anglo-saxões chamam de *God of the gaps*, o que se poderia traduzir por “Deus tapa-buraco”. Trata-se de uma concepção que recorre à presença ou ao ser de Deus, quando a ciência não pode explicar certos fenômenos. Assim, por exemplo, menciona-se o “dedo de Deus”, que inicia a evolução do Universo no Big Bang, uma vez que não há uma “boa” teoria quântica da gravitação, suscetível de nos informar o que se passa efetivamente na singularidade inicial. Do mesmo modo, alguns apelam para Deus para suprir as insuficiências dos dados paleontológicos humanos ou das teorias neurofisiológicas das capacidades mentais...O que caracteriza essa posição é o fato de utilizar Deus como substituto de uma realidade material. Essa posição não tem nada de muito novo, visto como *sensorum Dei*, para assegurar as estabilidades das órbitas planetárias.¹²⁰

“O concordismo do tipo “Deus tapa-buraco” não respeita, em caso algum, a transcendência de Deus, nem a liberdade da atividade científica. Ela pretende disfarçar as dificuldades de uma ciência fornecendo explicações prontas”.¹²¹

Se colocarmos Deus nos limites da experiência científica, deve-se admitir que ele seja condenado a desaparecer em função dos avanços das explicações científicas. Essa postura é, pois, extremamente arriscada para o teólogo.¹²²

Portanto, renunciar a um concordismo ontológico não significa a recusa a compreender a presença efetiva de Deus no mundo. O que está subentendido é simplesmente que não se admite reduzir Deus a uma pequena fração do mundo.

2.1.2.2 O concordismo epistemológico

O concordismo epistemológico identifica total ou parcialmente os métodos e níveis de conhecimentos, na ciência da natureza e na teologia. Pode-se, com isso, perceber uma distinção entre a realidade do cosmos e a de Deus, afirmando que

¹¹⁹ LAMBERT, 2002, p.69.

¹²⁰ LAMBERT, 2002, p.70.

¹²¹ LAMBERT, 2002, p.70.

¹²² LAMBERT, 2002, p.70.

existe apenas uma modalidade de discurso suscetível de fornecer conhecimentos válidos e verdadeiros: o das ciências da natureza.¹²³ Essa proposição acompanha a desvalorização contemporânea do discurso metafísico¹²⁴ e uma supervalorização do método empírico.

De acordo com Lambert,

O concordismo epistemológico efetua uma confusão parcial ou uma identificação total entre os níveis de linguagem. Portanto, ele não pode ser conveniente para abordar serenamente os problemas das relações entre ciências e teologia. de fato, levando ao máximo essa posição, só se pode chegar, seja à negação da autonomia legítima das ciências naturais, seja à negação pura e simples da pertinência da linguagem teológica.¹²⁵

No primeiro caso, trata-se de uma afloração contemporânea de posições animistas e vitalistas, que dotam a matéria de características não materiais.¹²⁶ O segundo caso seria simplesmente o de outra faceta do neopositivismo.¹²⁷

2.1.2.3 Concordismo ético

“A ética é a ciência que nos esclarece em nossas escolhas, em nossas decisões, indicando-nos o que devemos fazer. A esse título, ela interpela, ao mesmo tempo, as ciências da natureza, mas também a teologia”.¹²⁸ O concordismo ético apresenta duas facetas. Uma é a que se desenvolve a partir do lugar científico; outra se enraíza em uma visão teológica do agir moral.

Segundo Lambert,

A primeira faceta do concordismo ético é fundamentada na afirmação de que o discurso moral confunde-se com um discurso científico. Toda abordagem da ética deve apoiar-se na metodologia empírico-formal, e as ciências da natureza constituem, pois, a única instância normativa sólida para o agir humano. Essa posição é, de modo geral, a da “sociologia”, que pretendia derivar as normas éticas da observação de comportamentos animais.¹²⁹

¹²³ LAMBERT, 2002, p.71.

¹²⁴ Negar a pertinência de uma metafísica é privar-se de um lugar racional de mediação entre o discurso empírico-formal e o discurso teológico.

¹²⁵ LAMBERT, 2002, p.75.

¹²⁶ O vitalismo, por exemplo, pretende explicar a vida, não apenas por meio da físico-química, mas pela existência de uma “força vital”, sem a qual não se poderia compreender como os elementos materiais se organizam e se complexificam para dar os seres vivos. Essa força vital age sobre a matéria, mas sem se reduzir a ela.

¹²⁷ LAMBERT, 2002, p.75.

¹²⁸ LAMBERT, 2002, p.76.

¹²⁹ LAMBERT, 2002, p.76.

Lambert diz: que o “concordismo ético pode basear-se na seleção individual dos comportamentos fundados unicamente em processos de ativação e de inibição bioquímica”.¹³⁰ Em outras palavras a escolha ética seria apenas uma seleção de representações mentais (neurais) de uma ação possível.

Essa seleção pode ser apresentada segundo a teoria das emoções de Panksepp. A esse respeito Jean Pierre Changeux¹³¹, inspirando-se principalmente em trabalhos realizados em animais (macacos e ratos), descreve que as emoções nascem da atividade dos circuitos cerebrais inatos, que desempenham uma função organizadora sobre o comportamento, ativando ou inibindo certas categorias de ações, de maneira durável. Esses circuitos, que estão na base do desejo e da motivação, do medo, do pânico e da angústia e da cólera, estão ligados a moléculas e a substratos biológicos particulares; eles determinam uma dinâmica de inibições mútuas, levando à constituição da escola ética.

De acordo com Lambert, “no entanto, o conhecimento das condições físico-químicas de possibilidade das escolhas e dos comportamentos não significa que se tenha atingido o fundamento da regra moral e de seu sentido.”¹³² Uma ética baseada, com exclusividade, na biologia, causa, logo de início, uma questão de pertinência. Para Lambert, “nada, na ciência, pode justificar a pretensão desta de governar completamente a ética.”¹³³ Portanto, se um cientista recusar qualquer outro fundamento que não seja o que lhe é oferecido pela experiência, será em nome de um pressuposto em nada justificável pela própria ciência. Trata-se uma hipótese “meta-física”, no sentido etimológico do termo.¹³⁴

De acordo com Lambert,

A biologia pode dizer que, se eu beber determinada quantidade de álcool, vou ter tal comportamento; mas não me dirá nunca se posso, ou não, beber tanto álcool. E ainda, esse concordismo esquece que a ciência, que pretende eliminar a questão do sentido ou fundá-la em um conjunto de conceitos científicos, precisa do sentido para tornar possível o desenvolvimento dos seus projetos.¹³⁵

¹³⁰ LAMBERT, 2002, p.76.

¹³¹ CHANGEUX, J.P. *La nature et la règle*. Paris: Odile Jacob, 1998, p.248, apud Lambert, 2002, p.76.

¹³² LAMBERT, 2002, p.77.

¹³³ LAMBERT, 2002, p.78.

¹³⁴ LAMBERT, 2002, p.78.

¹³⁵ LAMBERT, 2002, p.79.

Portanto, o concordismo ético impede todo diálogo entre as ciências e a teologia moral, uma vez que nega a própria pertinência desta. Todavia, tem a vantagem de mostrar que existe uma encarnação biológica profunda de nossa liberdade, de nossa decisão.

2.1.3 O discordismo

Para desviar-se dos problemas ligados ao concordismo tais como: panteísmo, ateísmo, confusão de níveis de conhecimento e naturalização da ética, que chegam à negação do papel específico da teologia ou a considerar as ciências da natureza como o que elas não são, pode-se adotar uma posição simetricamente oposta: o discordismo. Este parte do pressuposto de que a ciência e a teologia abordam duas ordens de realidade completamente distintas (ponto de vista ontológico), ou são discursos hermeticamente separados (ponto de vista epistemológico) e, ainda, não têm vínculo no que diz respeito às escolhas fundamentais dos seres humanos (ponto de vista ético). “Essa postura permite a resolução de conflitos entre as ciências e a teologia, evitando qualquer encontro entre esses dois campos do saber.”¹³⁶

O discordismo é adotado, às vezes, de maneira tática, pelos cientistas cristãos que querem evitar as críticas de seus homólogos descrentes. Entretanto, essa estratégia, com frequência, vai acabar em uma espécie de “positivismo cristão”, que anula a unidade do pensamento e da vida do cientista que crê, colocando ao mesmo tempo fora de jogo a instância teológica, no debate intelectual e social.¹³⁷

2.1.3.1 O discordismo ontológico

Para Lambert, o “discordismo ontológico é uma das facetas do dualismo. Ao

¹³⁶ LAMBERT, 2002, p.81.

¹³⁷ LAMBERT, 2002, p.81.

lado de uma ordem de realidades naturais, supõe-se a existência de uma ordem de realidades teológicas completamente separadas da primeira.”¹³⁸ A ciência nesse ponto de vista descreve o primeiro “momento” e a teologia, o segundo. É complicado manter essa posição sem cair no agnosticismo ou no ateísmo, ou no teísmo abstrato.¹³⁹

O discordismo ontológico quer respeitar ao mesmo tempo a transcendência de Deus e a autonomia do mundo natural. Essa aspiração é perfeitamente legítima; não obstante, cria problemas importantes, se separar radicalmente a imanência da transcendência, a ordem da natureza da ordem da graça.¹⁴⁰

As ciências analisam tudo o que devem analisar em sua ordem, e segundo seus métodos próprios, mas isso não significa de modo nenhum que neste processo analítico elas consigam apreender todo o real. O discordismo ontológico baseia-se na hipótese de que o real da ciência é separado de toda realidade teológica.¹⁴¹

Portanto, de acordo com Dominique Lambert,

[...]o discordismo ontológico se apóia no pressuposto implícita ou explicitamente cientista de positivista¹⁴², de que a ciência, sozinha, basta para abranger todas as dimensões do Universo. Portanto, dessa visão estreita do real, ele tira incompatibilidades ontológicas com o que a teologia proclama. Isso leva, então, a distinguir duas ordens de realidades separadas.¹⁴³

2.1.3.2 O discordismo epistemológico

O discordismo epistemológico representa bem a posição de alguns cientistas católicos, profundamente ligados a suas convicções teológicas, no entanto extremamente preocupados em evitar qualquer choque com seus pares que não creem.¹⁴⁴

Conforme Pierre Duhem, físico-químico e historiador das ciências,

¹³⁸ LAMBERT, 2002, p.81.

¹³⁹ Como o “ateísmo” de Aristóteles, no qual Deus é reduzido a um “motor imóvel” impessoal.

¹⁴⁰ LAMBERT, 2002, p.82.

¹⁴¹ LAMBERT, 2002, p.83.

¹⁴² LAMBERT, 2002, p.83.

¹⁴³ Doutrina de Augusto Comte, caracterizada, sobretudo, pela orientação antifetafísica e antiteológica que pretendia imprimir à filosofia, e por preconizar como válida unicamente a admissão de conhecimentos baseados em fatos e dados da experiência.

¹⁴⁴ LAMBERT, 2002, p.84.

em 1893, teve de explicar sua posição epistemológica e justificar a pertinência de suas análises históricas opostas aos positivistas, que o censuraram por procurar construir uma “filosofia científica de quem crê.”¹⁴⁵ O argumento de Duhem é claramente um discordismo epistemológico:

Entre a metafísica e a física há, pois, uma distinção de natureza. No entanto, é importante não se equivocar sobre a origem dessa distinção: ela não decorre da natureza das coisas estudadas, mas apenas da natureza de nossa inteligência. Uma inteligência que tivesse uma visão direta, intuitiva, da essência das coisas – como, segundo o ensinamento dos teólogos, uma inteligência angélica – não faria distinção entre a física e a metafísica.¹⁴⁶

Nesse sentido, a metafísica tem real valor enquanto pesquisa da natureza e das coisas profundas das realidades. Duhem não é, pois, nem cético, nem positivista disfarçado em religioso. Entretanto, na sua visão, a metafísica é completamente independente das ciências da natureza e da física.¹⁴⁷

Para Duhem, “a ciência, em virtude de sua natureza, não atinge uma inteligência verdadeira do real e por isso não tem contato com a metafísica e com a teologia”.¹⁴⁸ Para Lemaître, trata-se de outro tipo de discordismo: a ciência atinge uma inteligibilidade efetiva, mas esta não chega à esfera da inteligibilidade aberta para a teologia. Contrariamente, a teologia nada tem para dizer a respeito da esfera de conhecimentos apreendida pelas ciências. Pode-se, pois, considerar que a epistemologia de Lemaître é totalmente adaptada às ciências. No entanto, sua concepção de teologia é por demais restritiva.¹⁴⁹

Portanto, o discordismo epistemológico chama a atenção para o imperativo de conservar uma distinção entre os níveis de discursos, o científico e o teológico. Ele permite evitar o concordismo, respeitando a transcendência de Deus. Mas a desvantagem dessa posição é encontrar, a priori, uma reflexão sobre o sentido teológico do real. Como consequência, o discordismo epistemológico induz, rapidamente, o fidelismo, separado de uma racionalidade estimulada pelas ciências e sustentado pela experiência empírica. Desse modo, a teologia se reduz a um discurso sobre a vida interior, e a fé, a um sentimento sem apoio racional.

¹⁴⁵ LAMBERT, 2002, p.84.

¹⁴⁶ P.DUHEM. *Physique et métaphysique*: Revue des questions scientifiques. N 34, 1893. p.55-83, apud Lambert,2002,p.84.

¹⁴⁷ LAMBERT, 2002, p.84.

¹⁴⁸ LAMBERT, 2002, p.88.

¹⁴⁹ LAMBERT, 2002, p.88.

2.1.3.3 O discordismo ético

Lambert afirma que no "discordismo ético as ciências em si mesmas, sem considerar suas aplicações, escapam totalmente e como por definição a toda avaliação ética. Esse fato tem importantes consequências individuais e sociais."¹⁵⁰ Essa posição admite o funcionamento da "máquina científica" sem outro controle além do feito pelos especialistas. Ultimamente, toda instalação de um dispositivo capaz de excelente realização em pesquisa, mesmo que seja concebido, antes de tudo e em primeiro lugar, para fazer pesquisa fundamental, implica decisões sociais, decisões financeiras, decisões simplesmente humanas, que não podem ser isoladas da questão ética.¹⁵¹

Qualquer pessoa que tenha se inserido no meio científico, pode confirmar dificuldades suscitadas por essa lógica de fechamento, característica da vida intelectual mais abstrata. Dirão alguns que é necessário sacrificar certos aspectos humanos, por esse "valor superior" que é a pesquisa.¹⁵²

"Nossa crítica do discordismo ético não provém da anticiência. Ela não quer, em nenhum caso, condenar uma ciência fundamental e reduzir a ciência a uma função utilitária."¹⁵³

Nossa crítica quer simplesmente chamar a atenção para o fato de que a lógica e o enfoque que determinam a ciência em profundidade, e sem os quais, absolutamente não haveria ciência, levam em si uma carga moral que convém administrar, sob pena de vê-los transformados em senhores tirânicos. Seria um erro teológico, segundo me parece, conferir à atividade científica e a suas abordagens da realidade, uma condição tal, que escaparia ao ser humano, à sua grandeza, mas também a seus limites e a suas feridas. Um pensamento das relações ciências-fé, deve manter-se a igual distância de uma posição que negue à ciência toda capacidade para atingir a verdade e o bem, e de uma posição que retire dela toda carga ética ou a identifique imediatamente ao bem.¹⁵⁴

¹⁵⁰ LAMBERT, 2002, p.93.

¹⁵¹ LAMBERT, 2002, p.93.

¹⁵² LAMBERT, 2002, p.94.

¹⁵³ LAMBERT, 2002, p.94.

¹⁵⁴ LAMBERT, 2002, p.94.

2.2.4 A articulação

Para evitar as dificuldades do concordismo e do discordismo, conservando ao mesmo tempo os aspectos mais fecundos para um diálogo entre as ciências da natureza e a teologia, há uma necessidade de encontrar uma posição mediadora que, ligando as duas ordens, da realidade e do discurso às quais estão atreladas, garanta-lhes autonomia própria. "Essa posição não se contenta em estabelecer o diálogo entre as duas vertentes; ela visa à aquisição de um ponto de vista coerente que chegue a um consenso de tal maneira que uma possa realmente fertilizar a outra."¹⁵⁵ Esse ponto de vista é o da articulação.¹⁵⁶ Nos três níveis: ontológico, epistemológico e ético. No primeiro nível, apresenta-se a questão da relação entre Deus e o Universo; no segundo momento, a da mediação entre a teologia e as ciências, realizada pela filosofia; e no terceiro, a do vínculo entre a teologia moral e a atividade científica. Para cada um dos níveis, apresentam-se duas pistas de reflexão: uma centralizada nos fundamentos (aspecto "arqueológico") e outra dirigida ao sentido e à finalidade (aspecto "teleológico").

2.2.4.1 A articulação ontológica: o ser e a finalidade

Considerar a articulação no nível ontológico vem a ser considerar a relação entre Deus e o Universo, mantendo a transcendência do primeiro e respeitando a autonomia do segundo. A articulação é coisa delicada, visto que se trata de um equilíbrio difícil de manter e que o menor desvio desse equilíbrio nos reconduz, quer ao concordismo, quer ao discordismo.

[...] pode-se inserir uma articulação preciosa com o que nos propõe a teologia da criação. A criação é justamente uma relação "metafísica" pela qual Deus coloca o Universo em seu ser. Essa relação implica, da parte de Deus, a posição de um ato, o ato de ser que, ao mesmo tempo, faz existir e institui uma diferença fundamental que impede a confusão entre Deus e o Mundo. A articulação entre Deus e o Universo é, pois, autenticamente metafísica. No entanto, observemos bem que a questão metafísica não se superpõe de maneira extrínseca aos questionamentos dos físicos. Ela se une a eles, dando-lhes acesso a uma resposta que não podiam encontrar só pela força de seus métodos.¹⁵⁷

¹⁵⁵ LAMBERT, 2002, p.95.

¹⁵⁶ LAMBERT, 2002, p.95.

¹⁵⁷ LAMBERT, 2002, p.96.

De acordo com Lambert a posição no ser não basta para caracterizar uma articulação correta, filosoficamente, esse ato metafísico poderia colocar no real um mundo não autônomo; um Mundo que não fosse mais do que uma espécie de emanção de Deus, conforme o neoplatonismo; ou de seu autodesdobramento, como no idealismo hegeliano. A articulação só é legitimamente realizada se forem afirmadas, ao mesmo tempo, a autonomia do Universo e a transcendência de Deus.¹⁵⁸

Ao contrário, uma pura posição no ser, que deixasse o mundo permanecer em sua "solidão", não realizaria uma articulação, mas uma nova forma do discordismo metafísico. É neste ponto que a ideia de relação deve ser explorada em toda a sua significação. Só há articulação verdadeira se a mediação ontológica for uma *relação*, um vínculo que una tudo, mantendo uma diferença. Mas como cogitar de união, sem confundir as coisas? Filosoficamente, a categoria finalidade parece adequada a cogitar assim.

A finalidade pode ser compreendida no mínimo como a coerência e no máximo sobre o modelo de uma intenção, de um fim. Um sistema físico é coerente quando possui certas regularidades, certas leis que organizam seus subcomponentes em uma totalidade. Esses subcomponentes comportam-se, então, em suas interações, como se seu fim fosse seguir as regularidades ou as leis do sistema. Assim, pode-se falar de uma espécie de finalidade, mas em um sentido que não é o da intenção considerada antropomorficamente.¹⁵⁹

“A relação de Deus com o mundo pode ser justamente considerada à maneira de uma posição e de uma pro-posição. Posição do mundo em seu ser e pro-posição de finalidades. A relação não se limita, pois, à pura presença na existência.”¹⁶⁰

A relação é comunicação; Deus está, sim, presente no mundo, mas não como uma causa secundária, física. Sua presença é ao modo de uma "causa das causas". Aquela que "pro-põe" as regularidades do Universo, tornando-o coerente. A que "pro-põe" um fim para a história do Mundo e dos homens e o convida a se autorrealizar. A que propõe um fim sobrenatural para cada vida humana, chamando-a a tornar-se autônoma e responsável. O modo da presença de Deus no mundo é, pois, aqui, o do convite a um futuro, o do chamado a um desenvolvimento.¹⁶¹

Conforme Lambert: “nessa perspectiva da finalidade, não há nenhum conflito entre Deus e o Universo; entre o modo de agir de Deus e o de uma causalidade de outro nível, que não é a das causas físicas.”¹⁶² Logo, entende-se que Deus pode estar presente efetivamente no mundo, mas em níveis variados.

¹⁵⁸ LAMBERT, 2002, p.96.

¹⁵⁹ LAMBERT, 2002, p.97.

¹⁶⁰ LAMBERT, 2002, p.98.

¹⁶¹ LAMBERT, 2002, p.98.

¹⁶² LAMBERT, 2002, p.98.

“De um ponto de vista filosófico, pode-se, assim, considerar corretamente os vínculos entre Deus e o mundo que as ciências descrevem, sem precisar negar nem a transcendência de Deus nem a autonomia do mundo.”¹⁶³ Para isso, é preciso encarar esses laços como uma relação que coloque o mundo em seu ser.

A noção de relação exige o intercâmbio e a presença de Deus no mundo. Isso não será possível se transformarmos Deus em causa segunda, em causa física — o que nos remeteria ao concordismo. Em contrapartida, isso se tornará possível se considerarmos a presença ativa de Deus como a *causa causarum* que "pro-põe" o desenvolvimento das causalidades do mundo; que incita a seu futuro autônomo. Na realidade, no contexto de uma articulação, essa posição e essa "pro-posição" não são mais do que duas maneiras de caracterizar a mesma ideia: pôr no ser, sem "pro-pôr" na autonomia é tomar a cair no concordismo e por esse motivo destruir a articulação que procurávamos. Do mesmo modo, dissociar a posição do que é "pro-posto" é orientar-se para um discordismo que nega a articulação.¹⁶⁴

Portanto, encontramos a representação de um modo de interação entre Deus e o Universo que respeita sua transcendência e seu "direito de visita" em nosso mundo.

2.1.4.2 A articulação epistemológica: fundamentos e significações

Situamo-nos agora no nível dos discursos. Como poderíamos colocar em relação proposições teológicas e resultados científicos, sem reproduzir o concordismo epistemológico? Duas possibilidades se abrem diante de nós.

Uma primeira possibilidade consiste em interrogar os fundamentos das ciências, isto é, as condições necessárias de sua possibilidade. As ciências não nascem a partir de nada; elas implicam, por exemplo, toda uma série de pressupostos: a existência de um mundo, uma intuição mínima de verdade, a existência de linguagem e princípios lógicos. Esses pressupostos não pertencem ao quadro da ciência como tal, mas constituem sua base, seus fundamentos indispensáveis.¹⁶⁵

A compreensão do discurso científico remete, pois, em última instância, a pressupostos "meta-físicos". Se o discurso propriamente científico, que faz cálculos,

¹⁶³ LAMBERT, 2002, p.100.

¹⁶⁴ LAMBERT, 2002, p.100.

¹⁶⁵ LAMBERT, 2002, p.101.

descrições e formula resultados de experiências, não possibilita contato legítimo com a teologia, como já foi dito, o discurso metafísico é, logo de início, um lugar de diálogo possível com a teologia. Porque quando se fala da realidade, da verdade, etc. não se pode eludir a questão de sua origem, de seu fundamento último. A teologia diz, efetivamente, certo número de coisas sobre esse assunto. Assim, é possível estabelecer-se um diálogo fecundo entre os discursos científicos e o teológico, sob a condição de que sejam mediatizados pela metafísica.¹⁶⁶

Para Lambert “as ciências não apresentam, em nenhum caso, as questões de sentido. Ou reduzem o sentido de um conteúdo científico à rede de relações que elas mantêm com outros conteúdos, conceitos e teorias.”¹⁶⁷

No entanto, se as ciências não podem captar o sentido, elas não podem impedir-se de sugerir questões de significação, de interpretação. Qual é o sentido dessa unidade que a biologia toma manifesta no ser vivo e que a teoria das partículas elementares, ligada à cosmologia, exhibe a partir do mundo material? Como devemos interpretar a singularidade inicial, o Big Bang? Que interpretação devemos fazer da mecânica quântica? Que significação tem a vida? Que interpretação se pode fazer da complexidade crescente no phylum humano? Aí estão tantas perguntas, como que subentendidas pelas próprias ciências, sem que estas possam, sozinhas, dar respostas inteiramente satisfatórias. Há, portanto, em ciência, uma espécie de tensão hermenêutica, provocada por uma busca de significação que permanece insatisfeita. A resolução dessa tensão poderia se realizar por meio de uma cosmologia filosófica, uma filosofia da natureza, ou melhor, uma hermenêutica da natureza.¹⁶⁸

Lambert afirma que essa hermenêutica não é uma teologia da natureza, pois a Revelação não intervém nela diretamente. O que ela faz é prolongar o movimento de busca de sentido que começa no centro do caminhar epistêmico, mas que não termina nele. A partir dessa interpretação dos conteúdos científicos, poderiam, então, ser formuladas questões homogêneas ao discurso teológico¹⁶⁹.

Partindo deste pressuposto Lambert diz:

Há, pois, um caminho racional das ciências para a teologia, mas esse caminho exige a passagem pela mediação hermenêutica que assegura, por sua consistência própria, a distinção dos dois níveis de linguagem, evitando todo concordismo epistemológico.

Todos esses dados são interessantes, mas não são, de início, transferíveis para um discurso teológico. Seria ilegítimo dizer, desde logo, que isso “prova” que o Universo é atravessado por uma intenção divina: fazer aparecer o homem. Na verdade, essa interpretação não é direta; ela precisa ser elucidada filosoficamente. De fato, a partir desses dados, poder-se-ia dar a interpretação seguinte: as leis fundamentais da física e da química são tais.¹⁷⁰

¹⁶⁶ LAMBERT, 2002, p.102.

¹⁶⁷ LAMBERT, 2002, p.103.

¹⁶⁸ LAMBERT, 2002, p.103.

¹⁶⁹ LAMBERT, 2002, p.104.

¹⁷⁰ LAMBERT, 2002, p.104.

Portanto, a articulação epistemológica é possível, entretanto persiste em ser um empreendimento delicado, porque, para constituir uma hermenêutica da natureza, para alcançar um sentido a partir de conteúdos científicos, é preciso ter certeza de que os observamos de maneira correta e ter consciência de que eles são revisáveis.¹⁷¹

De acordo com Lambert,

Empreender a hermenêutica da natureza e a reflexão sobre os fundamentos metafísicos das ciências constitui, pois, uma forma de articulação entre as ciências e a teologia, que as respeita de maneira plena. Essas duas mediações, autenticamente filosóficas, são de importância capital para estabelecer o "fundamento natural do sentido do Universo e do homem. Sem essa pesquisa, a Palavra teológica permanece como um ideal abstrato, arbitrário. Mostrar que a hermenêutica da natureza é possível e compatível com as verdades empíricas é uma tarefa essencial, que manifesta a credibilidade e a atualidade da Revelação. O con-cordismo e o discordismo, sob todas as suas formas, são posições fáceis intelectualmente, mas que nos afastam dessa busca do fundamento correto do sentido teológico.¹⁷²

2.1.4.3 A articulação ética: natureza e graça

A articulação entre as ciências e a teologia pode localizar-se no nível da interrogação ética, ao desempenhar uma função crucial para a humanidade. Igualmente como há, em ciência, uma tensão hermenêutica, que não pode ser resolvida inteiramente nela mesma, existe também, em ciência, uma tensão ética.¹⁷³

A lógica interna das ciências leva os cientistas a fazer certas escolhas, a se comprometer com este ou com aquele empreendimento; no entanto, a ciência como tal, conforme vimos acima, não pode bastar-se a si mesma, para esclarecer, na totalidade, o valor de suas escolhas. Ela exige, pois, uma reflexão mais ampla, que é propriamente filosófica, e que incide sobre a avaliação dos atos e das produções científicas.¹⁷⁴

Para Lambert, uma reflexão sobre a forma de conduzir o enfoque objetivante e metodologicamente redutor exige, uma avaliação filosófica que a ciência não pode realizar sozinha, porque essa avaliação pede justamente um ponto de vista que, por princípio, não pode ser redutor. Essa reflexão situa-se em um plano filosófico, e

¹⁷¹ LAMBERT, 2002, p.105.

¹⁷² LAMBERT, 2002, p.107.

¹⁷³ LAMBERT, 2002, p.107.

¹⁷⁴ LAMBERT, 2002, p.107.

este é um lugar em que se podem encontrar as interrogações propriamente teológicas. De fato, esse enfoque científico tem em si não apenas uma abertura para uma verdade, mas também uma aptidão para objetivar e reconduzir a realidade total a seu ponto de vista único.¹⁷⁵

A mediação filosófica evita o concordismo ético. A filosofia moral interpreta os dados biológicos em termos do que deve ser respeitado em determinada concepção da felicidade e do bem, o que a biologia, sozinha, seria incapaz de conseguir. Mas ela também manifesta sua indignação sem esse momento biológico. Tal indignação revela, à sua maneira, que existe um modo legítimo de dar sentido (parcial e relativo) a um fundamento especificamente *natural* à lei moral. Essa interpretação filosófica torna possível um diálogo verdadeiro com a teologia moral que vai qualificar, segundo seu modo próprio, o bem e a felicidade.¹⁷⁶

Desse modo, ela pode se perguntar sobre a mudança de concepção da atividade científica. Se as tecnociências dependem de financiamentos externos, elas são, dependentes de projetos industriais, políticos e militares, muitas vezes, a médio e curto prazo.

Conforme Lambert,

Pode-se falar de uma espécie de "sujeição" progressiva da tecnociência contemporânea, universitária ou outra, a lógicas, em primeiro lugar e antes de tudo, económicas, financeiras, industriais... Essa sujeição, portanto, faz com que saiam do campo universitário, sem que se perceba, por exemplo, pesquisas "inúteis" isto é, não lucrativas diretamente do ponto de vista económico. Isso provoca uma questão que nos faz entrar no campo da ética social. Ora, a transformação progressiva dos laboratórios de bioquímica e de física em pequenas empresas, sujeitas aos desejos das multinacionais e às cotações da bolsa, tem uma significação ética que não convém subestimar. O engajamento do cientista no mundo económico e financeiro leva o filósofo a se propor questões relacionadas com a ética dos negócios, com a responsabilidade social. Essas questões não são anexas. Talvez não façam diretamente parte das ciências, mas são articuladas a estas de forma direta, a partir do momento em que as ciências já não podem viver sem um estreito enraizamento no húmus socioeconómico.¹⁷⁷

Portanto, "uma reflexão ética é naturalmente articulada à prática científica do nosso tempo. A articulação da teologia moral às ciências se realiza, não mediatamente, mas graças à mediação de um lugar de questionamento filosófico,"¹⁷⁸ que permite, em um sentido (da ética para as ciências), precisar o fundamento natural da ética e, em outro sentido (das ciências para a ética), pôr em evidência, acima, uma carga ética do exame científico e, abaixo, as questões de responsabilidade social, política e económica que todo desenvolvimento de tecnociências provoca hoje.¹⁷⁹

¹⁷⁵ LAMBERT, 2002, p.107.

¹⁷⁶ LAMBERT, 2002, p.108.

¹⁷⁷ LAMBERT, 2002, p.109.

¹⁷⁸ LAMBERT, 2002, p.110.

¹⁷⁹ LAMBERT, 2002, p.110.

Consequentemente afirma Lambert,

A teologia moral pode, então, intervir, não para moralizar, do exterior e artificialmente, a prática científica, mas para participar de um debate que já começou e já tem seu sentido na cena secular, para iluminá-la com uma nova maneira de ver. Constituir um lugar de articulação filosófica, que integre todas as dimensões individuais e sociais do questionamento ético, é uma tarefa capital para que a pertinência específica do ensinamento moral da Igreja seja reconhecida.¹⁸⁰

“Do ponto de vista ético, nota-se, portanto, que colocar uma articulação entre a teologia e as ciências, com base em uma ética filosófica, é um modo de dar sentido ao pensamento tomista”¹⁸¹ de que a graça não elimina a natureza, ao contrário, leva-a a sua plena consistência, a sua autêntica finalidade.¹⁸²

2.2. Saúde integral

O conceito de saúde integral nos faz rever antigas concepções de saúde como apenas ausência de doença.¹⁸³ Ciná, Locci e Roncheta afirmam que houve um avanço do conceito para os dias atuais:

A lógica do passado concebia a saúde como resultado de uma intervenção médica como remédio de estado psicológico. Hoje a saúde é considerada sempre mais á luz do projeto de recuperação ou manutenção do bem-estar físico, psíquico e social da pessoa.¹⁸⁴

Nota-se que ao longo dos anos o enfoque do binômio saúde-doença foi se modificando, passando da perspectiva curativa para a preventiva, fazendo com que a saúde passasse a ser um projeto de vida.¹⁸⁵ Assim sendo, para alguém ser saudável, diversos elementos deveriam estar envolvidos. Para combater a doença, era necessário levar em consideração as várias dimensões da vida humana, proporcionando melhores condições de vida. Segundo Ciná, Locci e Roncheta as consequências da Segunda Guerra Mundial permitiram a elaboração de um novo conceito de saúde.¹⁸⁶

¹⁸⁰ LAMBERT, 2002, p.110.

¹⁸¹ LAMBERT, 2002, p.112.

¹⁸² LAMBERT, 2002, p.112.

¹⁸³ CINÁ, Giuseppe, LOCCI, Efísio e RONCHETTA, Carlo. (Org.) **Dicionário Interdisciplinar da pastoral da saúde**. Trad. Calisto Vendrame, Leocir Pessini e equipe. São Paulo: Paulus, 1999, p.1188.

¹⁸⁴ CINÁ; LOCCI; RONCHETTA, 1999, p.1188.

¹⁸⁵ CINÁ; LOCCI; RONCHETTA, 1999, p.1188.

¹⁸⁶ CINÁ; LOCCI; RONCHETTA, 1999, p.1188.

A partir da Segunda Guerra Mundial formou-se a convicção de que a luta contra a doença só teria sentido e razão de ser, se enquadrada no contexto de promoção geral do bem-estar da sociedade, e enquanto portadora de melhores condições de vida a toda a comunidade nacional e internacional em todos os níveis e setores.¹⁸⁷

Logo após a Segunda Guerra, em dez de dezembro de 1948, foi escrita a Declaração Universal dos Direitos Humanos das Organizações das Nações Unidas (ONU). No artigo 25, afirma-se o direito à saúde para todo cidadão: “Todo indivíduo tem direito a uma qualidade de vida capaz de assegurar a saúde e o bem-estar a si mesmo e a sua família.”¹⁸⁸

A Organização Mundial da Saúde (OMS), fundada em 1946, afirma a responsabilidade dos governos na garantia dos direitos à saúde e ao bem-estar social a todas as pessoas. No Brasil, a Constituição Federal de 1988, no artigo 196, seguiu o mesmo paradigma, assegurando o direito do cidadão à saúde:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.¹⁸⁹

São direitos basilares para que haja a promoção de um bem-estar que leve a uma saúde integral. Conseqüentemente a saúde do cidadão tornou-se um bem estar social e trouxe a afirmação do dever do Estado de tutelá-la e promovê-la. Esse direito que a constituição garantiu vem mostrar que ao atentar-se para a saúde do seu cidadão, garantindo-lhe acesso aos bens que proporcionem seu bem-estar, contribui também para o desenvolvimento na nação. Conforme Ciná, Locci e Roncheta: “Isto implica não apenas a luta pela eliminação da doença, mas especialmente defender a saúde em seu contexto social e econômico mais amplo, à luz do contributo que ela pode proporcionar ao desenvolvimento do país.”¹⁹⁰

Para Marcos Nunes da Silva, a conceituação de saúde integral parte do princípio fundamental de que a saúde significa mais do que ter boa saúde física, mais do que simplesmente não estar com uma enfermidade.¹⁹¹

¹⁸⁷ CINÁ; LOCCI; RONCHETTA, 1999, p.1188.

¹⁸⁹ CINÁ; LOCCI; RONCHETTA, 1999, p.1189.

¹⁸⁹ BRASIL. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Saraiva 2002.

¹⁹⁰ CINÁ; LOCCI; RONCHETTA, 1999, p.1189.

¹⁹¹ DA SILVA, Marcos Nunes. **Capelania Hospitalar como práxis libertadora junto às pessoas com HIV/AIDS**. 2007, 123f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) Universidade Metodista de São Paulo- Faculdade de Filosofia e Ciências da Religião-Programa de Pós- Graduação em Ciências da Religião. São Bernardo do Campo, 2007, p.34.

Saúde integral refere-se aos vários aspectos ou fatores que envolvem a vida de uma pessoa. Saúde integral é muito mais que apenas elementos médicos e hospitalares, mas envolve todas as facetas do desenvolvimento humano. A pessoa deve ser vista como um ser integral onde todas as dimensões da vida estão presentes e para que essa pessoa seja sadia é necessário que essas dimensões, biofísica, psíquica, social, mental e transcendental estejam em harmonia. A deficiência em qualquer uma delas impede a presença da saúde em seu estado pleno.¹⁹²

A saúde integral demanda estar bem consigo, com o próximo e com o sagrado, numa relação direta com qualidade satisfatória de vida.¹⁹³ Para Remem “a saúde não é a qualidade de uma pessoa e sim de uma vida.”¹⁹⁴ Portanto, saúde integral tem a ver com qualidade de vida e não com a ausência simplesmente de doença. Segundo Mezzomo, “a ausência de doença é um requisito essencial, mas não passa de um negativo, uma base sobre a qual deve existir algo que torne a vida eficaz, produtiva e prazerosa.”¹⁹⁵ Desse modo, “a saúde é um valor e um bem tão extraordinário, que seu conceito se torna complexo, porque sua abrangência parece não ter limites e, no entanto, é um direito e um dever de cada um.”¹⁹⁶

A OMS definiu que “a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença e de enfermidade.”¹⁹⁷ Contudo o conceito apresentado pela OMS não contempla a dimensão religiosa ou espiritual do ser humano.

Atualmente os profissionais de saúde, ainda que nem todos, têm se preocupado em tratar o ser humano de forma integral. Não se pode olhar para o ser humano apenas como um ser bio-psíquico-social, mas também como um ser em que a sua dimensão espiritual influi ou interfere no seu bem-estar. Sendo assim, não se pode mais tratá-lo sem levar em consideração os vários fatores que estão presentes na pessoa.¹⁹⁸

Desse modo, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) dá um salto à frente no sentido de que inclui a dimensão espiritual na sua conceituação de saúde: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual.”¹⁹⁹ Heckert nos traz a definição da Comissão Médica Cristã a qual amplia ainda mais o conceito de saúde integral: “A saúde integral é um estado dinâmico de

¹⁹² DA SILVA, 2007, p.34

¹⁹³ DA SILVA, 2007, p.34.

¹⁹⁴ REMEM, Rachel Naomi. *Paciente Como Ser Humano*. São Paulo: Summus, 1993, p.8.

¹⁹⁵ MEZZOMO, Augusto Antonio, et al. *Fundamentos da Humanização Hospitalar*. Uma versão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003, p.23.

¹⁹⁶ MEZZOMO, et al. 2003, p.34

¹⁹⁷ CINÁ; LOCCI; RONCHETTA, 1999, p.1190.

¹⁹⁸ DA SILVA, 2007, p.35.

¹⁹⁹ MEZZOMO, 2003, p.21.

bem-estar do indivíduo e da sociedade; um bem-estar físico, mental, espiritual, econômico, político e social; em harmonia com os outros, com o meio ambiente e com Deus.”²⁰⁰

Ciná, Locci e Ronchetta nos apresentam quatro dimensões que envolvem a saúde integral:²⁰¹

a) dimensão orgânica: preocupação com o eficiente funcionamento biológico do ser humano. Essa dimensão cria uma passividade no paciente que somente espera que o profissional de saúde o cure, não assumindo nenhuma participação no processo;

b) dimensão psicológica: com o desenvolvimento da psicologia, vem também o reconhecimento da influência mútua entre “psique e corpo”. E também o crescimento da medicina psicossomática. A propósito disso, os autores afirmam que “a experiência emocional do sujeito tornou-se fator primordial na avaliação do seu estado de saúde; sem a participação do sujeito torna-se mais difícil atingir o ideal de qualidade de vida”. Nessa dimensão, o ser humano torna-se participante do processo de cura de si mesmo;

c) dimensão sócio-ambiental: a saúde como bem-estar em relação com o ambiente em que vive a pessoa. “As condições de trabalho, a alimentação, a capacidade relacional do indivíduo e o ambiente familiar são elementos determinantes que asseguram vida sadia para a pessoa;”²⁰²

d) dimensão ético-espiritual: parte do princípio da “responsabilidade”. Destacam-se os valores que norteiam a vida de cada um como fatores determinantes para uma prevenção eficaz. A maneira de se vivenciarem as situações físicas, psicológicas ou ambientais negativas vai depender desses valores que servem de apoio à própria vida, ajudando-a a não cair numa crise total “que é a verdadeira doença da pessoa humana.”²⁰³

Portanto, conceber o ser humano como um ser integral é considerar todas essas dimensões inerentes do ser humano. Por conseguinte, a inserção do serviço

²⁰⁰ HECKERT, Uriel. **A busca da Integridade**. In, LISBOA, Ageu Heringer (orgs.). *Saúde Pastoral e Comunitária*. São Paulo: CPPC, 1985, p.13.

²⁰¹ CINÁ;, LOCCI; RONCHETTA,1999, p.1191.

²⁰² CINÁ , LOCCI; RONCHETTA,1999, p.1191.

²⁰³ CINÁ; LOCCI; RONCHETTA, 1999, p.1191.

de capelania hospitalar indica que os hospitais estão se abrindo cada vez mais para este serviço, onde capelão ou capelã participam ativamente do processo de tratamento do doente.

2.2.1 Saúde como “graça”

As culturas primitivas geralmente interpretavam a enfermidade como uma verdadeira “des-graça” e a saúde como “graça”. Pode-se perceber isto nos relatos etiológicos das grandes religiões mediterrâneas, principalmente a israelita, que costumam atribuir o motivo da dor ao pecado.²⁰⁴

Segundo Paul Ricoeur²⁰⁵, o escritor do livro do Gênesis mostra duas situações na vida do homem, “o estado de graça”, como o de Adão e Eva no paraíso terrestre, e o “estado de desgraça”. O primeiro vai acompanhado de saúde, imortalidade, beleza, prosperidade, enquanto o segundo se caracteriza pelo inverso: dor, doença, morte e pobreza. A experiência religiosa primeira é sempre a do gratuito, que é definido como imerecido.

Verifica-se com essa premissa que a diferença fundamental entre a experiência religiosa e a moral é exatamente a experiência do mérito. O gratuito é imerecido. “O que se merece não é gratuito, mas é um dom imerecido o que se pode merecer. [...] pensamento religioso, a dimensão religiosa é sempre mais profunda do que a moral e seu fundamento.”²⁰⁶

Portanto, o sentido do termo “pecado” é o de resposta moral negativa ao dom recebido. Conforme o pensamento dos povos primitivos, essa seria a raiz de todas as “desgraças”, referente aos males físicos, doença, dor, morte. Nesse ponto de vista, uma característica física negativa, como a doença, é considerada devido a uma falha moral, o pecado.²⁰⁷

²⁰⁴ ALARCOS, 2006, p.180.

²⁰⁵ RICOEUR, P. *Finitud y culpabilidad*. Madrid, Taurus, 1982, p.23.

²⁰⁶ ALARCOS, 2006, p.180.

²⁰⁷ ALARCOS, 2006, p.180.

2.2.2 Saúde como "ordem"

Observa-se que a saúde pode ser vista em um segundo momento como esquema "graça"- "desgraça", mas com o esquema "natural" – "antinatural". Por conseguinte, a saúde já não é observada de forma imediata como nas outras culturas mediterrâneas, como "dom" ou "graça", mas como algo "natural"; e a doença e a dor também já não são observadas como "dívida", "desgraça" ou "pecado", mas como realidades "antinaturais". Tais conceitos fundamentais, estabelecidos pelos pensadores pré-socráticos, propiciaram o nascimento da medicina ocidental na Grécia. A natureza é "ordem" (kosmos) e a doença e a dor, "desordem" (khaos).²⁰⁸

Para Alcmeon de Crotona, no seu texto fundacional da medicina científica, que diz:

A manutenção da saúde se deve ao "equilíbrio" (isonomia) das forças: o úmido, o seco, o frio, o quente, o amargo, o doce etc.; e em contrapartida, o "predomínio" (monarkhia) de uma só produz a enfermidade.²⁰⁹

A saúde possui outra dimensão: a felicidade que consiste na ordem natural, e a doença e a dor, na desordem antinatural.

2.2.3 Saúde como "felicidade"

Num terceiro momento, a cultura moderna entenderá a saúde como "felicidade" e a doença como "in-felicidade". O ser humano moderno, sobretudo a partir do século XVII, começou a ter consciência de que a dor e a doença não podiam ser interpretadas em termos de "des-ordem". Começa-se a pensar que a dor é tão natural como a felicidade.²¹⁰

²⁰⁸ ALARCOS, 2006, p.180.

²⁰⁹ CROTONA, Alcmeon de, apud, ALARCOS, 2006, p.181.

²¹⁰ ALARCOS, 2006, p.182

De acordo com Francisco José Alarcos,

[...] a partir de agora, a dor e a enfermidade poderão ser vistas como algo "natural". A dor também não pode ser interpretada como uma "des-graça", mas como algo distinto, uma "in-felicidade". Não há dúvida de que a dor é algo negativo na existência humana, mas essa negatividade não consiste primariamente na desgraça nem na desordem, mas na infelicidade. O que a dor faz é comprometer o bem-estar e a felicidade do homem sobre a terra. No horizonte da "des-ordem", a enfermidade é conceituada como um "fato."²¹¹

O século XVIII trouxe o desenvolvimento industrial e com ele o pragmatismo,²¹² o qual insere no contexto moderno uma nova mentalidade. O conceito de utilidade é observado em todos os setores da sociedade. Um indivíduo é útil quando produz. Com esta premissa, será considerado, dentro de uma categoria de valores, o cidadão útil ou prejudicial, quando traz prejuízos ou lucro, ou seja, gastos ou ganhos para a sociedade.

No século XX, surgem os primeiros planos de saúde. A medicina deixa de ser domiciliar e torna-se hospitalar. O hospital se transforma num centro do sistema de saúde. A medicina enquanto saber se hospitaliza e com isso todo procedimento médico deverá ser realizado no hospital. Com a revolução tecnológica o médico deverá ser um especialista, deixando aquele velho papel de clínico geral (médico de cabeceira).²¹³

Simultaneamente, modifica-se o paciente. Na nova concepção a medicina hospitalar não será destinada aos pobres, mas aos consumidores dos bens de produção, que são o centro da atividade econômica. Observa-se que o sistema de saúde no Brasil está intrinsecamente ligado à estrutura econômica e política na sociedade, atribuindo historicidade que se perpetua no cotidiano das pessoas que precisam de serviço público. Portanto, há uma subordinação do setor da saúde às relações sociais de produção e a divisão de classes, porque na sociedade capitalista os meios de produção tornaram-se propriedade privada, fazendo com que o trabalhador dependa do serviço público de saúde e padeça em longas filas nos hospitais.

²¹¹ ALARCOS, 2006, p.182.

²¹² O pragmatismo é uma corrente filosófica que valoriza a prática mais do que a teoria e considera que devemos dar mais importância às consequências e efeitos da ação do que a seus princípios e pressupostos. A teoria pragmática da verdade mantém que o critério de verdade deve ser encontrado nos efeitos e consequências de uma idéia, em sua eficácia, em seu sucesso. A validade de uma ideia está na concretização dos resultados que se propõe obter.

²¹³ ALARCOS, 2006, p.183.

Da caridade do Estado passa-se para a justa distribuição dos impostos dos cidadãos destinados à saúde. Também o cidadão gastará cada vez mais de suas economias em saúde (planos de saúde) particulares.²¹⁴

O hospital deixa de ser um lugar destinado aos marginalizados para ser um dos mais importantes centros da vida social. Onde se nasce e se morre. Torna-se um lugar de exigências, reativando a economia.²¹⁵

Conforme Francisco José Alarcos,

A atitude que absolutiza o conceito de felicidade faz consistir a felicidade na consecução do máximo "bem-estar" e na consecução da total ausência de dor. Essa é a concepção que sustenta a "sociedade de bem-estar" (Welfare State) e a cultura, na qual é preciso continuar estimulando o consumo de saúde, entendida como felicidade. A saúde converteu-se, assim, no critério moral último e único: bom é o que produz saúde e bem-estar, isto é, felicidade, e mau é o contrário. Esse conceito de saúde abrange todo "tipo de dor e sofrimento" e se adentra no âmbito da vida humana inteira.²¹⁶

Portanto, a medicina será equiparada à saúde. A medicina do bem-estar medicaliza a vida humana; medicaliza a política (esta deve ser fornecedora de higiene e saúde); medicaliza a economia capitalista, que vê a saúde como um produto de bem de consumo; medicaliza a técnica e até a ética: tudo aquilo que é tecnicamente possível em medicina é considerado bom.²¹⁷

2.2.4 A compreensão da saúde atualmente

O rápido histórico exposto anteriormente demonstrou que, em outros momentos, se acreditava que o ser humano vivo era necessariamente um ser sadio ou doente. A saúde significava ausência de doença, entendendo-se esta última como um transtorno corporal. Apenas a doença é ruidosa; da saúde não haveria muito que afirmar, a não ser que é um estado que o ser humano não deve pôr em

²¹⁴ ALARCOS, 2006, p.184.

²¹⁵ ALARCOS, 2006, p.184.

²¹⁶ ALARCOS, 2026, p.184.

²¹⁷ ALARCOS, 2006, p.184.

perigo pela própria iniciativa com um modo de vida que submetia o organismo a um castigo excessivo.²¹⁸

Após a Segunda Guerra Mundial, chegou-se à conclusão de que essa idéia era muito simples, meramente orgânica e que não observava a dimensão psíquica e a qualidade das relações do ser humano com os outros e com o seu entorno material.

Percebe-se que se torna mais evidente a conexão entre o somático e o psíquico no ser humano, que muitos sofrimentos corporais são devidos a tensões psíquicas, a um problema de relações ou a condições de vida desfavoráveis. A Organização Mundial de Saúde considera a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Essa nova concepção tem a vantagem de sublinhar o caráter pluridimensional da saúde.²¹⁹

Essa compreensão, contudo, continuava a ser estática. Nos países desenvolvidos, especialmente por influência da generalização da proteção social, surgiu concomitantemente o conceito de direito à saúde, que implicava o dever de a sociedade colocar à disposição do indivíduo todos os recursos das instituições hospitalares e sociais.

Para Bernhard Haring,

Seria demasiado mesquinha uma concepção de saúde que unicamente levasse em conta a capacidade ou a incapacidade de trabalhar. Além disso, seria perigosa uma noção puramente vitalista e biológica: a saúde seria a ausência de todo sofrimento e uma transbordante força vital e corporal. De fato, esse conceito de saúde pode supor uma deterioração e um perigo para a verdadeira saúde do ser humano enquanto ser composto de corpo, alma e espírito. O sentido da saúde não pode ser expresso unicamente em função do corpo, mas em função do ser humano todo [...] Levando em conta seu fim último, a verdadeira saúde do ser humano consiste em poder dispor do corpo e da alma em relação com o espírito, em sua vocação eterna.²²⁰

Quando se pensa sobre a saúde, é necessário reconhecer que é próprio de um ser humano, naquilo que este tem de específico e único, acima de todas as análises objetivas que se possa fazer.²²¹ Apresentam-no curas que assustam os próprios médicos: alguns doentes demonstram uma vontade de viver e uma

²¹⁸ ALARCOS, 2006, p.185.

²¹⁹ ALARCOS, 2006, p.185.

²²⁰ HARING, B. *La ley de Cristo*, 7.ed. Barcelona, Herder, 1973.

²²¹ VERSPIEREN, P. *Vida, salud y muerte*. In: LAURET, B. & REFOULÉ, F. *Iniciación a la práctica de la teología*, Madrid, Cristianidad, 1985. v. IV, p.339-375.

habilidade de mobilizar todos os recursos de seu corpo e de seu psiquismo, que multiplicam a eficácia da ajuda que, dentro de sua doença, cultivam um elevado grau de saúde humana.

A reflexão contemporânea sobre a saúde insiste, assim, na relação do ser humano, no que ele tem de particular com seu entorno material e humano: a saúde é a capacidade de realizar com eficiência as funções requeridas num meio dado e, como esse meio não deixa de modificar, é um processo de adaptação permanente a múltiplos micróbios, contaminações, tensões e problemas humanos, porém está também em constante mudança. A saúde é a capacidade de se ajustar a um contexto às vezes com sofrimentos inevitáveis e, finalmente, de esperar a morte em paz.²²²

2.2.5 Saúde como salvação e plenitude

De acordo com Vicente Madoz,²²³ a saúde pode ser definida a partir de duas perspectivas fundamentais: salvação e plenitude. A saúde seria um estilo de vida que cada um deve cuidar e cultivar. Portanto, a saúde não é lutar exclusivamente contra a patologia, mas almejar algo mais, uma vida mais plena no âmbito do privado e do social.

Para Francisco José Alarcos,

A raiz latina *salus* comporta diversas acepções. Pode significar, fundamentalmente, "salvação", "saudação" e "segurança". Se nos atemos ao conceito de "salvação", este pode levar-nos a compreender que estar são significa estar "salvo" de tudo aquilo que na vida atual nos tenta afastar de nossa natureza humana. Há muitos condicionantes na vida moderna que pretendem, quiçá sem propô-lo, desvincular o ser humano de alguma de suas qualidades mais intrínsecas, como podem ser sua liberdade e sua transcendência. Viver sadiamente, ter saúde, significa, por conseguinte, opor-se a essas ameaças que procuram desumanizar-nos e que tentam privar-nos de nossas capacidades de sermos livres, para assim poder mostrar-nos e realizar-nos como nós mesmos em qualquer circunstância e momento. "Salvar-nos" implica, portanto, não nos limitar a uma vida aut centrada e sem sentido.

²²² ALARCOS, 2006, p.188.

²²³ MADDOZ, V. *Enfermidad*. In: *Diez palabras clave sobre los miedos del hombre moderno*. Estella, Verbo Divino, 1998, p.104-108.

Se, por outro, consideramos que a saúde comporta indefectivelmente uma matriz de "saudação", entenderemos também que estar são implica ser saudável. Isto é, ser aptos a "saudar", ou seja, a "dar saúde" aos que nos rodeiam, não somente desejando-a, mas proporcionando-a com nossa própria condição e com nossos estilos pessoais de convivência. Isso implica, por conseguinte, que ser são comporta um viver alegre, um comportamento afável, um exercício da amabilidade, um coexistir solidariamente, de maneira que, através de todas essas atitudes, os outros também gozem, cada vez mais, de estados superiores de saúde.

[...] saúde significa "segurança". Isto é, poder viver na convicção e num estado no qual se esteja desprovido de ameaças incontroladas e incontroláveis. Saúde comporta, nessa perspectiva, uma situação de ânimo e de vida que nos possibilite manejar o melhor possível as circunstâncias circundantes, que se acumulam ao nosso redor, sem temer que as mesmas nos possam destruir ou pelo menos desestruturar em parte.²²⁴

Hildegart Hertel, afirma que o "ser humano, devido à sua indiferença, sua desintegração despersonalizante, se torna cada vez mais vulnerável às doenças."²²⁵

Portanto, há necessidade de trabalhar com consciência a visão integral do ser humano e não fragmentada. A partir dessa premissa, o ser humano poderia viver mais feliz e equilibrado, possibilitando a extensão dessa realidade para a humanidade como um todo e para o seu contexto social.²²⁶

Desse modo, aparece a necessidade de trabalhar e ver o ser humano, ou seja, cada pessoa a si mesma, como um ser integral. "Vivemos em um mundo só e com este precisamos nos ocupar. Viver de acordo com que possamos encontrar o equilíbrio pelo qual o ser humano tanto anseia e com isso a Paz interior."²²⁷ A Paz interior procede do encontro com Deus.

2.3 Saúde, ciência e fé

Os cientistas são unânimes ao afirmarem que a grande arma contra o aparecimento de doenças, não apenas o câncer, é a atitude mental positiva. A influência de um estado psíquico adverso ativo à capacidade do organismo em resistir e agir. Esse fenômeno é estudado pela psiconeuroimunologia, uma ciência relativamente nova, que comprova a existência de um canal de comunicação entre o sistema nervoso e o imunológico.

²²⁴ ALARCOS, 2006, p.191.

²²⁵ HERTEL, Hildegart. *Espiritualidade e crise existencial na vivência do câncer*. 2ª ed. São Leopoldo: Oikos, 2008, p.83.

²²⁶ HERTEL, 2008, p.83.

²²⁷ HERTEL, 2008, p.83.

Segundo Cupani, o neurocientista Renato Sabbatini, professor de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, afirma:

[...] não restam dúvidas: 60% das doenças são influenciadas pela mente. Até mesmo uma pessoa que adoeceu por razões puramente orgânicas – caso da contaminação por HIV, por exemplo – pode ter sua resistência a doenças oportunistas fortemente alteradas pela psique.²²⁸

Existem também outras medidas alternativas que possibilitam ativar o sistema imunológico dos pacientes com câncer. Conforme Cupani, a professora do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Mariana Helena Costa Amorim, investigou a influência da prática de relaxamento sobre a atividade das células Natural Killers (NK). O estudo demonstrou que houve um aumento das células NK nos pacientes que aprenderam a se livrar das tensões.²²⁹

Boltanski relata que o uso de práticas alternativas tem, todavia, limitações em determinadas patologias, limitações percebidas por seus usuários que, na maioria das vezes, se valem delas quase sempre de uma forma complementar aos produtos e manipulações médicas. O autor afirma ainda que esse fenômeno é a expressão de uma certa relação de complementaridade:²³⁰

A crença na eficácia de técnicas usadas por agentes de outras formas de tratamento não implica uma rejeição de uma terapia médica oficial, não havendo necessariamente a inclusão do médico e de suas manipulações ao se procurar um curandeiro, benzedeiro ou fitoterapeuta.²³¹

Margotto relata que as causas mais frequentes que levam os pacientes a determinar a busca de cura nas terapias alternativas não seria a própria patologia, mas sim as sensações somáticas dolorosas que elas trazem, tais como: mal-estares vagos, insônias, perturbações na percepção, palpitações cardíacas e outros. A autora relata que:

Essas terapias, meio mágicas, meio fitoterápicas, guardam ainda para alguns a aura de uma certa pureza, uma certa mística, ainda inexplicável, mais ligada, sobretudo, a uma interação afetiva, seja de uma avó, seja de uma benzedeira ou até mesmo de um farmacêutico, isso lhes traz segurança emocional e logo palição dos seus sintomas.²³²

²²⁸ CUPANI, G; CAVALHEIRO, T. *Fé e atitudes positivas podem curar, acredite!* Revista Saúde Vital. Ed.nov, São Paulo: n.242, 2003,p. 32-39.

²²⁹ CUPANI; CAVALHEIRO, 2003, p 33.

²³⁰ BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p.. 17.

²³¹ BOLTANSKI, Luc. p. 17.

²³² MARGOTTO, Selma Blom. *Terapias alternativas & Medicina científica: Encontro ou confronto*. Vitória: EDUFES, 1998.p.47-101.

Segundo Teixeira, as práticas alternativas possuem vários tipos de classificações, as quais são:²³³

- a) Fitoterapia: Na fitoterapia as substâncias alopáticas são retiradas a partir de chás ou infusões de plantas. Ou seja, as substâncias se encontram “in natura”. Ou então as substâncias são extraídas de plantas animais ou minerais por métodos químicos e manipulados em forma de comprimidos, drágeas, cápsulas, etc. As substâncias químicas alopáticas são manipuladas artesanalmente em farmácia de manipulação ou na indústria farmacêutica;
- b) Homeopatia: Em meados dos séculos XIX, Samuel Hahnemann era um médico estudioso e decepcionado com as terapias correntes. Depois de muito estudo e pesquisas ele concluiu o conceito da “lei dos semelhantes”: a substância que produz em um homem sadio, determinadas reações, é capaz de curar doentes que tenham sintomas semelhantes. Ele verificou que diluindo e dinamizando estas substâncias, elas adquiriam maior poder curativo e se tornavam menos tóxicas. Estava estabelecida a homeopatia. E, por ser preparado de forma peculiar, só é encontrado em farmácias homeopáticas;
- c) Florais de Bach: Dr. Edward Bach foi um médico e pesquisador inglês. Como homeopata começou a preparar e pesquisar o poder curativo de flores utilizando as técnicas preconizadas por Hahnemann. Em 1935, concluiu seus estudos de 38 florais e de sua maneira própria de preparação. Os florais são conhecidos por sua ação sobre as emoções;
- d) Aromatoterapia: Desde a antiguidade, utilizam-se óleos aromatizados com remédios. A ação dessas substâncias se dá a níveis muito sutis, psíquicos, trazendo sensações de bem-estar;
- e) Musicoterapia: A música como forma de som (frequência) atinge de maneira molecular todo tipo de matéria animada ou inanimada, incluindo obviamente os seres humanos. Quando feita e diagnosticada corretamente, a musicoterapia infalivelmente melhora estados depressivos, regula a pressão arterial, batimentos e obstruções cardíacas, alinha os chackas, o corpo emocional e biológico, expandindo a aura, aumentando assim a imunização contra os vírus e as bactérias;
- f) Acupuntura/Do in: é hoje considerada especialidade médica no Brasil. É utilizada

²³³ TEIXEIRA, E.R. *O mal que passa: representações sobre saúde, doença e o autocuidado*. 1990. 181p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

há cerca de 25 séculos pela Medicina Tradicional Chinesa. Utiliza estimulação de pontos determinados por meio de agulhas. Tais pontos desbloqueiam os canais de energia, por onde circula a energia que mantém a vida. Se a estimulação dos pontos for feita por pressão dos dedos, temos o Do in;

g) Reiki: É uma palavra japonesa que significa “energia vital universal”, a energia que se encontra em todas as coisas. O sistema Usui de cura Reiki (Usui Shiki Ryoho) transmite esta energia por meio de um suave toque com as mãos em algumas posições sobre o corpo da pessoa a ser tratada. Um tratamento de Reiki abrange a totalidade da pessoa: física, emocional, mental e espiritual;

h) Hatha Yoga: Surgida em meados do século IX na Índia, a Hatha Yoga preconiza meditação, exercícios e posturas físicas as quais têm poder de “despertar” a energia vital. O corpo humano é entendido como percorrido por canais de energia que penetram por pontos energéticos conhecidos como “chakras”. Os exercícios e posturas requerem esforço físico e vão acionando os “chakras”, de baixo para cima, visando ao máximo bem-estar físico e mental. O praticante deve também manter uma alimentação basicamente vegetariana para melhor aproveitamento da terapia;

i) Meditação: Hoje está comprovado que o estado meditativo proporciona tranquilidade e melhora a imunidade. A meditação é feita assumindo uma posição confortável, sentada, e a pessoa procura se concentrar em determinados “temas”, procurando relaxar e atingir um estado próximo ao sono, quando o sistema nervoso descansa;

j) Técnicas de relaxamento, respiração, yoga, imaginação têm sido cada vez mais usadas para melhorar o enfrentamento, no intuito de diminuir o estresse e promover qualidade de vida . Smeltzer & Bare enfatizam que:

A meta do relaxamento é produzir uma resposta que limite a resposta ao estresse. Quando esta meta é alcançada, a ação do hipotálamo ajusta e reduz a atividade dos sistemas nervoso simpático e parassimpático. A sequência de efeitos fisiológicos com seu sinais e sintomas é interrompida, e o estresse psicológico, reduzido.²³⁴

Outra prática que vem cada vez mais despertando a atenção da comunidade científica é a influência da fé religiosa. Atualmente, os estudos sobre os efeitos da religiosidade já se mostram sustentados por algumas evidências, inclusive

²³⁴ SMELTZER, Suzanne; BARE Brenda G. Brunner & Suddarth **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 10 .ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

empíricas. Um estudo conduzido pela psiquiatra americana Elizabeth Targ, consistiu em acompanhar 20 pacientes com AIDS. Divididos em dois grupos, só um deles foi alvo das preces de um grupo de oração. Passados seis meses, 40% dos doentes que não haviam recebido nenhuma prece tinham morrido, enquanto não houve morte entre os que foram alvo das rezas. O mais interessante era que os sobreviventes nem sabiam que alguém estava orando por eles.²³⁵

No Brasil tem ocorrido um aumento vertiginoso do número de pessoas que buscam a cura espiritual para seus padecimentos. Segundo um pesquisador do Instituto de Psicologia Social da Universidade de São Paulo (USP), apenas 40% das pessoas recebem o tratamento médico clássico, os demais buscam as diversas alternativas, que variam desde as religiões evangélicas até seitas e práticas obscuras.²³⁶

2.3.1 Estudos comprovam os benefícios da fé para com a saúde

A relação entre espiritualidade e saúde é uma área de pesquisa relativamente nova, porém em crescimento. Atualmente, os estudos sobre os efeitos da religiosidade já se mostram sustentados por algumas evidências, inclusive empíricas. Estudos em sujeitos capazes de meditação profunda praticando ioga mostram um aumento do metabolismo da glicose cerebral, quando se avaliou a relação dessa atividade metabólica entre as zonas frontal e occipital. Na mesma direção, estudos de Bewberg evidenciaram aumento significativo da atividade cerebral, na região do córtex pré-frontal, durante a meditação, o que é consistente com o processo de atenção focalizada.²³⁷

Uma pesquisa baseada em evidências científicas realizada pelos médicos Marcelo Saad, Danilo Masiero e Linamara Rizzo Battistella apresentou cerca de 55 artigos científicos que mostram de forma positiva a influência da espiritualidade em pacientes.²³⁸

²³⁵ CUPANI; CAVALHEIRO, 2003, p. 32-39.

²³⁶ CUPANI; CAVALHEIRO, 2003, p. 32.

²³⁷ DIMAZIO, Nilson. *Deus e a Ciência*. Jornal Batista. Rio de Janeiro. 25. Mar.2005,p.23-25.

²³⁸ SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, L.Rizzo. *Espiritualidade Baseadas em Evidências*. Revista Acta Fisiática. Ed, Mar, São Paulo: 2000.p 107-112. Disponível em: www.actafisiatrica.org.br. Acesso em Dez. 2009.

O geriatra José Antonio Curati do Hospital das Clínicas de São Paulo, acompanhou dois grupos de pacientes idosos com insuficiência cardíaca. Ambos receberam medicação, mas apenas um deles meditou meia hora, duas vezes por dia, durante três meses. O grupo que meditou teve uma melhora significativa na pontuação da qualidade de vida, uma queda de 38% nos hormônios associados ao estresse e um ganho na qualidade respiratória.²³⁹

Outro estudo parecido foi desenvolvido em um hospital norte-americano, onde um grupo de pesquisadores estudou a evolução clínica de pacientes internados em unidades coronárias, durante a fase aguda do infarto do miocárdio, dividindo-os em dois grupos: indivíduos que tinham religião e praticavam a fé cristã e pacientes agnósticos ou ditos ateus. Embora os dois grupos apresentassem as mesmas características clínicas (faixa etária, tipo e extensão do infarto, etc), os pacientes que professavam sua fé apresentaram melhor evolução clínica do que os outros.²⁴⁰

Em pesquisa com 230 mulheres soropositivas, verificou-se que altos níveis de espiritualidade e enfrentamento religioso estavam positivamente correlacionados com a frequência de suporte social recebida. Em outro estudo com metodologia qualitativa, Barroco em 1997, estudou adultos norte-americanos que viviam com HIV/aids. A reconstrução da vida foi um processo apoiado na normatização (tomar o cotidiano o mais possível, considerando-se os padrões de vida anteriores à doença), incluindo cuidar de si, manter relações com outras pessoas e com poderes superiores/divinos e transcender à doença.²⁴¹

Assim, pessoas que lidavam com a condição de soropositividade de forma mais adaptativa ao fazerem uso de sua religiosidade, faziam-no de forma positiva buscando em Deus amor, cuidado, ajuda, força e perdão, tenderam a apresentar mais sentimentos prazerosos relativos ao bem-estar subjetivo. Esses resultados são coerentes com a conclusão de outros estudos de que seria incorreto limitar as funções da religiosidade ao enfrentamento de esquiva ou distorção de fatos reais, como forma de proteção do indivíduo contra a confrontação da realidade.²⁴²

Ao estudar a relação entre religiosidade e tempo de internação, foi

²³⁹ CARUZO, M. **Médicos da fé**. Revista Isto É. Ed. Abril, São Paulo, n.1554, jul.1999.

²⁴⁰ SAVIOLI, Roque Marcos. *Milagre que a medicina não contou*. 17ª ed, São Paulo: Ágape, 2004.

²⁴¹ FÁRIA, Juliana Bernardes; SEIDL, Eliana Maria Fleury. **Religiosidade, enfrentamento e bem estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Rev Psicologia em Estudo, Maringá, v.11, n.1, jan/abril.2006, p,155-164

²⁴² FÁRIA, Juliana Bernardes; SEIDL, 2006, p.158.

constatado que pacientes deprimidos religiosos permanecem menos tempo internados, em relação aos não religiosos. Estudando pacientes com AIDS, por meio de uma escala para medir bem-estar espiritual e desesperança, observou-se que os pacientes com escala maiores em bem-estar espiritual tendiam a ser mais esperançosos. Desde a Assembléia Mundial de Saúde de 1983, a inclusão de uma dimensão não material ou espiritual de saúde vem sendo discutida extensamente, a ponto de haver uma proposta para modificar o conceito clássico de saúde da Organização Mundial de Saúde para um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença.²⁴³

Percebe-se que a dificuldade de alguns para aceitar a associação entre fé e medicina vem dos exageros tanto de um lado como do outro. Existem aqueles que julgam a medicina desnecessária, por só crerem na possibilidade de sempre serem curados sem o auxílio de algum tratamento. Em contrapartida, profissionais da saúde agem como se a única possibilidade para recuperação da saúde é encontrada nos tratamentos médicos. As duas posições são desmentidas pela ciência e também não têm fundamento teológico. E na visão filosófica, terão algum fundamento?

2.3.2 Mudanças no comportamento dos profissionais

Nos Estados Unidos, no último decênio, a comunidade médica passou a exigir a inclusão da espiritualidade no currículo médico. Hoje, cerca de 50 das 125 escolas médicas têm disciplinas dedicadas ao assunto. Existem Cursos de Medicina que já contam com uma disciplina intitulada "Tradições Religiosas na Assistência à Saúde". Trata-se da relação entre espiritualidade e saúde. Ensina o básico sobre as religiões do mundo com relação à saúde. Médicos e teólogos apresentam as

²⁴³ RODRIGUES, Ana Margarida sequeira; Raposo, JOSÉ Jacinto Vasconcelos. ***A relação entre o bem-estar psicológico, a autoestima, a depressão e a religiosidade entre praticantes de atividade física regular e não praticantes idosos.*** Dissertação (Mestrado em Psicologia) Centro de Estudos de Desenvolvimento Humano – CEDAFES. Vila Real, 2006.

diversas visões de fé do judaísmo, islamismo, hinduísmo, catolicismo, protestantismo e budismo.²⁴⁴

Os alunos tomam conhecimento de que as religiões influenciam sobre decisões a respeito da sexualidade, eutanásia, transfusão de sangue e uso de remédios. Aprendem a avaliar as crenças do paciente de maneira objetiva e não ameaçadora. Os alunos do curso recebem instruções de como utilizar a crença do paciente para ajudá-lo em sua recuperação. É assim que eles tomam consciência de que a cura pode vir em forma de aceitação e também numa de relacionamento diferente consigo mesmo e com os outros, mantendo uma situação de paz diante do sofrimento e da doença.²⁴⁵

Desse modo, fica claro que a fé é sempre um complemento ou um coroamento do tratamento médico. A doença quase sempre se manifesta fisicamente. Mas a pessoa é um todo, um conjunto. Não adianta só tratar o físico e esquecer o emocional, o intelectual e o espiritual. Consequentemente, pouco se conseguirá no plano físico se os aspectos emocionais, intelectuais estiverem em pedaços. No século XX, a medicina e a técnica aumentaram a perspectiva de vida em dois terços. Mas isto só no aspecto físico. A pessoa não se reduz apenas ao físico. Existe uma ligação entre os diversos aspectos da vida humana.²⁴⁶

Um estudo realizado pela Duke University, dos Estados Unidos, quer comprovar que a oração tem poder de cura. Em Harvard, estudantes de medicina aprendem com os padres a melhor forma de abordar um paciente. A imagem do médico ateu dá espaço a uma figura que ora e acredita nos poderes divinos. Há cerca de dois anos foi introduzido no currículo da faculdade um estágio obrigatório realizado entre os residentes e os capelães. Os cientistas perceberam que a intervenção dos religiosos fazia com que os pacientes tivessem mais tranquilidade para expor seus problemas, recebendo a oração e se preparando com mais serenidade para procedimentos cirúrgicos. A ideia era fazer com que os estudantes, a exemplo do que faziam os professores, circulassem pelos quartos dos doentes acompanhados e orientados pelos capelães de Harvard.²⁴⁷

²⁴⁴ CARUZO, 1999, p.26.

²⁴⁵ WEISSHEIMER, Maria Ivone. **Fé**. Disponível em: WWW.misacor.com.br. Acesso em nov.2009.

²⁴⁶ CARUSO, 1999, p.56.

²⁴⁷ WEISSHEIMER, 2007, p.23.

Em Porto Alegre, um famoso cardiologista revela que faz orações e pede proteção a Deus sempre que precisa realizar uma cirurgia complicada.²⁴⁸ Para o neurocirurgião Nubor Facure, diretor do Instituto do Cérebro de Campinas (SP), a espiritualidade é mais do que um mero “auxílio”, é um atributo do ser humano e a essência da cura. Os recursos materiais têm poder de atuar na matéria, mas por trás de tudo, a essência da cura está na espiritualidade. Quem tem uma doença grave procura os recursos da medicina, mas nem sempre os resultados são eficazes porque a condição espiritual não está adequada à cura.²⁴⁹

Portanto, levando-se em consideração todas essas mudanças ocorridas entre os profissionais da saúde, pode-se afirmar que a falta de abordagem espiritual, tanto por parte do médico como da enfermeira, gera indiferença, impessoalidade, para com os pacientes. Em outras palavras, as pessoas que cuidam dos doentes precisam trabalhar em conjunto para completar o cuidado e animá-lo, tanto os pacientes que estão em fase de convalescença e de cura, como aqueles com sequelas irreversíveis, os paraplégicos e tetraplégicos, ou os casos oncológicos avançados e de pessoas nos estágios terminais da doença e, mais especialmente, quando se trata de caso incurável.

²⁴⁸ CARUSO 1999, p. 45.

²⁴⁹ FACURE, N.O. *Ciência e espiritualidade*. Disponível em: www.espirito.com.br. Acesso em: Abril.2010,p.41.

3 A CAPELANIA HOSPITALAR E A SUA CONTRIBUIÇÃO JUNTO ÀS PESSOAS COM CÂNCER

O estudo em pauta aborda um tema delicado: a contribuição da capelania hospitalar para com o paciente oncológico. A discussão em torno do câncer vem gerando um grande volume de pesquisa em diferentes áreas do conhecimento, propiciando um campo de diálogo entre diversas disciplinas. Neste trabalho, quero situar a minha análise no ponto de vista teológico, sem pretensão de entrar na questão das ciências médicas como tal.

A presente pesquisa foi desenvolvida a partir de um projeto proposto por minha comunidade da fé (igreja) chamado pão da vida. Este projeto surgiu a partir de visitas a pacientes internados no Hospital Santa Rita, na Grande Vitória - ES, considerado como referência no tratamento do paciente com câncer. Daí o interesse de pesquisar a contribuição da capelania hospitalar junto ao paciente oncológico.

Neste estudo, num primeiro momento, discorrer-se-á sobre a doença, retratando suas possíveis causas. Em seguida, falar-se-á sobre os dramas que o paciente com câncer vivencia no enfrentamento da doença. Num terceiro momento, Aborda-se-á de forma concisa a espiritualidade do paciente com câncer no contexto hospitalar.

3.1 Câncer: os estigmas ligados à doença

A neoplasia ou câncer²⁵⁰ é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Essa célula

²⁵⁰ CÂNCER: O termo câncer é a tradução latina da palavra grega, Carcinoma de "Karkinos" (Crustáceo, caranguejo). Foi usado pela primeira vez, por Galeno, para indicar um tumor maligno da mama no qual as veias superficiais desse órgão eram túrgidas e ramificadas, lembrando as patas de um caranguejo. Hoje o termo generalizou-se e é usado para indicar qualquer neoplasia maligna.

anormal forma um clone que começa proliferar-se de maneira desordenada, ignorando as sinalizações de regulação do crescimento no ambiente circunvizinho à célula. As células adquirem características invasivas, com conseqüentes alterações nos tecidos adjacentes. Essas células se infiltram nesses tecidos e acessam os vasos sanguíneos e linfáticos, os quais as transportam até outras regiões do corpo. Esse fenômeno é denominado metástase.²⁵¹

O câncer causa um impacto social e econômico em todo o mundo e tem-se tornado um problema relevante devido à incidência crescente e as altas taxas de mortalidade. Conforme Amaral, pesquisas revelam que o câncer é a segunda causa de morte em países desenvolvidos, embora seja estimado que supere as doenças cardíacas, passando para o primeiro lugar no ano 2000.²⁵² Além de afetar na incidência, o câncer é, sem dúvida, uma entre algumas doenças penosas que atemorizam e afligem as pessoas, pois possui conotações extremamente negativas. Para a maioria o diagnóstico ainda é uma sentença de morte.²⁵³

A razão pela qual certas células de um momento para outro começam a proliferar de forma desordenada ainda não é bem conhecida, sabe-se apenas que o DNA da célula sofre um processo mutacional (causado por uma lesão), que faz com que esta não responda mais ao controle intracelular, transformando-se assim em um oncogene que prolifera e contamina as células adjacentes. Casciato e Lowitz, fornecem um exemplo de como se desenvolve um oncogênese através de uma contaminação viral.²⁵⁴

Vários tipos de vírus produzem câncer em animais e crescimento de células anormais em culturas de tecidos. Os retrovírus são os mais estudados, estes vírus são RNA simples apresentando um código genético para transcriptase reserva – uma enzima que produz DNA, utilizando o RNA viral como modelo. Este DNA pode ser incorporado ao genoma da célula hospedeira, reproduzindo muitas cópias do RNA viral original. O DNA viral também pode combinar-se com o DNA do genoma da célula, produzindo novos vírus RNA que contém cópias do RNA do genoma da célula hospedeira normal. Estes novos vírus infectam outras células do hospedeiro, provocando a transformação maligna. Foi denominado oncogênese o gene do hospedeiro transformado e incorporado ao vírus.²⁵⁵

²⁵¹ METÁSTASE: Disseminação do câncer para outras partes do corpo.

²⁵² AMARAL, R. *Estilo de vida*. [S.L.I.:], 1999. Disponível na INTERNET via: [http:// www. Aquaforte/antropologia/estilo.htm](http://www.Aquaforte/antropologia/estilo.htm). Acesso em 05 set.2004.p.01.

²⁵³ AMARAL, 2004, p.01

²⁵⁴ CASCIATO, D.A.; LOWITZ, B.B. (Org). *Manual de Oncologia Clínica*. Rio de Janeiro: Medsi, 1991, p.49.

²⁵⁵ CASCIATO; LOWITZ, 1991, p.50.

A forma com que cada paciente reage a esse diagnóstico depende também de outros fatores como: o seu momento de vida, suas experiências anteriores, o ambiente cultural em que cresceu, características de sua personalidade e suas crenças (fé). Esses recursos internos e externos da pessoa irão contribuir de forma importante no processo de avaliação e enfrentamento do problema. Assim, diversos estudos têm comprovado que o estilo de vida irá influenciar de forma importante no processo de avaliação e enfrentamento do problema. O estilo de vida se desenvolve como a forma pela qual uma pessoa vivencia o mundo e, em consequência, se comporta e faz suas escolhas. Com relação aos pacientes com diagnóstico de câncer, eles se impõem em suas escolhas, pois dependendo da sua opção, consequências podem surgir e comprometer o seu modo de viver. ²⁵⁶

Portanto, pacientes que utilizam o tratamento convencional junto com outras formas alternativas de enfrentamento da doença como: terapias alternativas, dieta nutritiva, exercícios físicos regulares e práticas religiosas, adquirem maior probabilidade de enfrentar sua doença com mais sucesso, podendo assim alcançar a sua reabilitação.

A partir dos oncogenes surgem várias novas células contaminadas, denominadas “neoplasias” que, posteriormente, poderão desenvolver diferentes tipos de tumores, tais como os carcinomas, sarcomas, melanomas, etc. Atualmente, os principais fatores conhecidos que podem causar mutação no DNA das células, segundo Casciato e Lowitz são:²⁵⁷

Agentes dietéticos – Gordura, ingestão calórica total elevada, proteína animal, álcool, conservas salgadas/defumadas e aditivos à base de nitrato e nitrito;

Agentes químicos – Tabagismo, aflotoxinas (do *Aspergillus*, que pode contaminar amendoins), animas aromáticas e corantes de anilina, arsênico etc;

Agentes farmacológicos – Agentes alquilinantes, esteroides anabólicos, arsênico, contraceptivos orais, drogas imunossupressoras, fenacitina etc;

Agentes microbianos – Citomegalovírus, vírus da hepatite B, HTLV-1, HTLV-2, HTLV-3, HIV, papiloma vírus e *schistosoma haematobium* etc;

Poluição ambiental – O risco ambiental diz respeito à contaminação de elementos do

²⁵⁶CASCIATO;LOWITZ,1991,p.50.

²⁵⁷CASCIATO;LOWITZ,1991,p3-5.

meio ambiente, água e ar, principalmente com agentes químicos. A poluição aérea, principalmente dos grandes centros que pode contribuir para a incidência de câncer, está ligada à queima de produtos combustíveis;

Radiação – Principalmente após a explosão das bombas atômicas em Hiroshima e Nagasaki e com a observação de pacientes que se submetem à radioterapia, constatou-se que a radiação ionizante pode induzir ao câncer no ser. Além desta, também a radiação ultravioleta (proveniente principalmente do sol) já está associada à origem de alguns tipos de câncer;

Suscetibilidade genética – Atualmente sabe-se que o risco de câncer é grande quando existe um histórico familiar da doença, o que levanta a hipótese de uma suscetibilidade genética. Tal hipótese é reforçada quando é observado, por exemplo, o câncer de pele cuja incidência é maior em pessoas que possuem pele com pigmentação clara. Além disso, o risco é ampliado quando o indivíduo possui síndromes hereditárias pré-cancerosas, como o xeroderma pigmentoso, a neurofibromatose, a síndrome de Bloom etc. Também é importante salientar a relação existente entre o sistema imunológico e os agentes cancerígenos, sendo que esse sistema está diretamente relacionado aos estados emocionais do indivíduo.

Pessoas que tenham sofrido grandes perdas, que sofrem contínuos padrões de estresse, que tenham incapacidade ou inabilidade extremada em lidar com emoções (geralmente reprimindo-as) não irão necessariamente desenvolver um tumor, mas debilitarão seu organismo, o que facilita a atuação de agentes cancerígenos.²⁵⁸

3.1.1 O drama do paciente com câncer

O diagnóstico e o tratamento do câncer abalam não somente o paciente, mas toda a sua família, que se vê diante da necessidade de reorganizar-se de modo a

²⁵⁸CASCIATO;LOWITZ,1991,p3-5.

enfrentar os desafios que se apresentam nesse momento. De um lado, há uma série de demandas afetivas por parte do paciente, que requer carinho e atenção, ainda que, por vezes, sua reação imediata seja de isolamento; do outro lado, há um conjunto de fatores externos e internos, como as preocupações e incumbências trazidas pela doença, por exemplo, problemas econômicos, representação social negativa da doença, conflitos familiares já existentes, mudanças físicas e psíquicas às quais os pacientes são submetidos,²⁵⁹ que podem contribuir para o sentimento inicial de solidão e, conseqüentemente, para o seu isolamento.

Nesse sentido pode-se perceber a importância do capelão no diálogo que estabelece com o paciente, tentando aliviar o medo e a ansiedade, procurando facilitar que verbalize seus temores, encorajando-o a expressar suas preocupações, anseios e expectativas e discutir suas dúvidas, reforçando e esclarecendo as informações transmitidas pelo médico e ainda oferecendo apoio à sua família. Afinal, “é preciso ouvir o paciente, permitir a expressão de sentimentos e demonstrar sensibilidade”.

De acordo com Lucy Ghirardini Bonazzi, “o câncer de mama, por exemplo, transborda a capacidade que qualquer mulher tem de enfrentar situações difíceis, pois esse diagnóstico subitamente remete-a ao encontro com morte, sofrimento, mutilações e perda de domínio sobre a vida²⁶⁰. Portanto, a mulher que vivencia esse sofrimento está diante de um evento traumático.

Para Lucy Ghirardini Bonazzi,

Considero o câncer de mama um evento catastrófico para o corpo, e traumático, no sentido técnico psicanalítico, para o psiquismo. É uma doença que se instala e se desenvolve silenciosamente. Geralmente não há dor, e a falta do registro da dor não permite a espera, não existe a sensação de estar doente, isto é, não há um preparo prévio do psiquismo para a possibilidade de existir algo que ameace a vida.²⁶¹

Esse momento de incertezas revela-se como causa de irritabilidade, dificuldade de concentração, insônia e fadiga, uma vez que, além dos problemas inerentes ao diagnóstico em si, os pacientes desconhecem a finalidade do

²⁵⁹ BARBOSA RCM, Ximenes LB, Pinheiro AKB. **Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio.** Acta Paul de Enf. 2004; 17 (1):18-24.

²⁶⁰ BONAZZI, Lucy Ghirardini. Resiliência em mulheres com câncer de mama In:HOCH, Lothar Carlos; L ROCCA, Susan M. **Sofrimento, resiliência e fé:** implicações para as relações de cuidado. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2007,p.95.

²⁶¹ BONAZZI, Lucy Ghirardini. In:HOCH, Lothar Carlos; L ROCCA, Susan, 2007,p.96.

procedimento terapêutico, as drogas utilizadas e os seus efeitos. Ficam temerosos em relação aos procedimentos e ansiosos quanto ao resultado dos exames.²⁶² Estar com uma doença crônica, por vezes fatal, é uma experiência singular para o paciente. Significa conviver com limitações que requerem do cliente uma aprendizagem para manejar as diferentes situações que se apresentam. A dor - física ou emocional – é única, indecifrável, intransferível e tremendamente solitária. O paciente vivencia momentos de reavaliação de valores, passa a querer organizar a vida, a cumprir o inacabado, a correr contra o tempo, talvez no afã de aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta.²⁶³

Conforme Fontes e Alvim,

A vida passa a ter um valor e um sentido diferenciados, pois, em face das diversas mudanças do mundo moderno, engendradas pela tecnologia e pelas relações de trabalho e de poder impostas pelo mundo capitalista, muitas vezes o ser humano conduz a sua vida quase mecanicamente, o que se reflete sobremaneira nas suas relações sociais e familiares.²⁶⁴

Muitas pessoas só existem, não vivem, pois não encontram ou não conseguem dar um significado à sua vida.²⁶⁵ Nesse momento, faz-se importante o diálogo do capelão com o paciente de modo a identificar suas ações e reações diante do impacto do diagnóstico, no intento de elaborar planos de intervenção que atendam às necessidades desse paciente, oferecendo-lhe apoio emocional através da oferta de um ambiente que lhe transmita conforto, segurança e bem-estar.

3.1.1.1 O drama físico

A dor física é considerada um dos sintomas mais frequentes nas neoplasias e também o mais temido pelos pacientes oncológicos. Segundo Sasse, "(...) depois do medo de morrer, a dor é a segunda causa mais comum de medo nos pacientes com câncer recentemente diagnosticado."²⁶⁶

²⁶² BONASSA, Ema. *Enfermagem em quimioterapia*. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 56.

²⁶³ BONASSA, 2005, p. 56.

²⁶⁴ FONTES, Adriana Conceição Sales; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. *Importância do diálogo da enfermeira com clientes oncológicos diante do impacto do diagnóstico da doença*. Revista Ciência e saúde. Ed. Jul/Set, São Paulo, n.07, p. 346-54, 2008.

²⁶⁵ FONTES; ALVIM, 2008, p.250.

²⁶⁶ SASSE, André. *Dor no câncer: o desafio da dor*, p.1-2. Disponível em: <http://www.andresasse.com/dor.htm>. Acesso em: 10 julho 2004, p.01.

Segundo Bonica, estimou-se que mais de 50% dos pacientes com diagnóstico de câncer experimentam dor, sendo que 70% dos pacientes com o quadro avançado também apresentam tal característica.²⁶⁷ Sasse apresenta uma estatística importante: mais de 90% podem ter alívio dessa dor através do tratamento adequado.²⁶⁸

O sucesso no tratamento requer uma avaliação cuidadosa de sua natureza, entendimento dos diferentes tipos e padrões de dor e conhecimento do melhor tratamento. A boa avaliação inicial da dor irá atuar como uma linha de base para o julgamento de intervenções subsequentes. A natureza pluridimensional da dor significa que o uso de analgésicos pode ser apenas uma parte da estratégia multiprofissional que compreende ação nas angústias físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente. Negociação e planejamento são vitais no processo e requerem boa comunicação da equipe de saúde entre si e com pacientes e seus cuidadores. O adequado preparo de enfermeiros é estratégia fundamental para o controle da dor e sintomas prevalentes em pacientes com câncer avançado. Os enfermeiros são dos profissionais que mais frequentemente avaliam a dor. Avaliam a resposta a terapêuticas e a ocorrência de efeitos colaterais. Colaboram na reorganização do esquema analgésico e propõem estratégias não farmacológicas.²⁶⁹

De acordo com a Associação Internacional para Estudo da Dor, a dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual. Por ser subjetiva, não existe uma maneira precisa de mensurá-la. A severidade da dor não é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesado e muitos fatores podem influenciar a percepção deste sintoma.²⁷⁰

- fadiga;
- depressão;
- raiva;
- medo/ ansiedade doença;
- sentimento de falta de esperança.

Segundo Delgado, enfermeiro especializado e renomado nos Estados Unidos na área do tratamento da dor, “(...) Dor é tudo o que o indivíduo que a experimenta diz que é e existe sempre que esse assim afirmar”. A dor não pode ser

²⁶⁷ SASSE, 2004, p.01.

²⁶⁸ BONICA, j.j. *Treatment of cancer pain: current status and future needs*. In: FIELDS et al. *Advances in pain research and therapy*. Taven Press, New York, 1985. V.9. p – 589- 615. apud Fontes e Alvim, 2008, p.250.

²⁶⁹ Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. *Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama* [acesso em 2002 Ago 21]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; [s.d.]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>

²⁷⁰ DELGADO, G.L. *A dor em oncologia*. São Paulo: Atheneu/EDUSP, 1988, p.53.

medida objetivamente. Com frequência, a única forma de um profissional poder aliviar a dor é confiando nas palavras e no comportamento do paciente. Para ajudar um paciente a obter alívio da dor, o profissional precisa acreditar que a dor existe.²⁷¹

De acordo com Saunders, o conceito de “Dor Total” é constituído por vários componentes: físico, mental, social e espiritual. Pacientes com doença avançada se deparam com muitas perdas; perda da anormalidade, da saúde, de potencial de futuro. A dor impõe limitações no estilo de vida, particularmente na mobilidade, paciência, resignação, podendo ser interpretada como um “saldo” da doença que progride. Esse conceito de dor total mostra a importância de todas essas dimensões do sofrimento humano e o bom alívio da dor não é alcançado, sem dar atenção a essas áreas.²⁷²

Na dor crônica oncológica, são frequentes insônia, anorexia, perda da libido, diminuição da capacidade de concentração, incapacidade laborativa, perda da posição social, perda do prestígio, perda do emprego e rendimentos; sensação de impotência e de dependência, medo da morte, da mutilação e da perda de dignidade de vida; incerteza quanto ao futuro e quanto à gravidade e evolução do transtorno patológico; revolta com a ineficácia dos tratamentos e seus efeitos colaterais, complicações burocráticas, atrasos nos diagnósticos, falta e/ou demora de atendimento médico; tristeza e desânimo, falta dos amigos, medo da separação dos familiares, medo do hospital, medo da dor, preocupação com a família, instabilidade espiritual, perda da confiança no médico que não consegue curar sua doença e/ou aliviar sua dor.²⁷³

Crenças culturais, religiosas, filosóficas e classe econômica social, entre outros fatores, irão modificar significativamente a percepção do fenômeno doloroso, assim como experiências passadas relacionadas com a dor. Muitos doentes, acostumados a valorizar as dores sentidas no decorrer de sua vida, tendem a exagerar o desconforto para ganhos de atenção, medo do abandono e da solidão,

²⁷¹ DELGADO, 1988, 54.

²⁷² SAUNDERS C. *Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach*. London: Edward Arnold, 1991, p.38-47 apud Delgado, 1988, p.53.

²⁷³ SAUNDERS, 1991, p.38.

ao mesmo tempo em que tendem a negar a relação entre os aspectos psicológicos e seu sofrimento. Reações de negação, ira, revolta, agressividade pela doença e dor, inúmeros tratamentos, custos do tratamento, solicitação exuberante de exames complementares, frequentes visitas e internações hospitalares são consequências do câncer.²⁷⁴

Atitudes de negociação, introversão, apatia, fuga e depressão são frequentes nos pacientes com dor crônica oncológica. Ideias suicidas também podem ocorrer, mas são raramente observadas. Todo esse componente emocional influencia a percepção da dor, diminuindo o limiar de excitabilidade do nociceptor aumentando a dor. Esses múltiplos fatores da dor crônica no câncer, que incluem os estímulos físicos prejudiciais e os decorrentes dos fatores emocionais, formam o conceito de “dor total”, firmado por Saunders.²⁷⁵

O capelão que permanece junto ao paciente com dor tem a oportunidade de contribuir muito para aumentar o conforto do paciente, de modo que ele possa desenvolver sua capacidade funcional e sobreviver sem dor. A dor compromete a qualidade de vida do paciente, afeta os padrões do sono e as relações familiares, sociais, no trabalho e, possivelmente, a vontade de viver. Essa reação emocional ocorre devido à antecipação de diversos fatores: medo do desconhecido, incômodos e sacrifícios que terá que fazer, tanto no ponto de vista físico, quanto no financeiro, psicológico e social, mudanças de papéis a que se encontra habituado, medo de tornar-se incapaz e ansiedade sobre o tempo necessário para o alívio da dor. Do mesmo modo, deve-se considerar a questão da imagem corporal da pessoa com câncer. O paciente oncológico vivencia uma triste realidade, a possibilidade de ter uma parte do seu corpo mutilado devido à doença.

A imagem corporal é de interesse geral, pois cada vez mais as pessoas têm sua identidade associada a essa imagem. A preocupação com a aparência é um fato em nossa sociedade e, sendo tão preponderante, leva as pessoas a se preocuparem excessivamente com ela. Essa imagem começa a se formar muito precocemente, na vida infantil, e vai sofrendo transformações no curso do

²⁷⁴ SAUNDERS, 1991, p.38.

²⁷⁵ SAUNDERS, 1991, p.39.

desenvolvimento humano e de acordo com as vivências subjetivas de cada um. Na vida adulta, possuímos uma imagem corporal que recobre o corpo real, como um invólucro, uma capa.²⁷⁶

“Pesquisas realizadas com pacientes diagnosticadas com câncer de mama demonstram que tanto o diagnóstico quanto o tratamento e suas sequelas, são muito estressantes para mulher.”²⁷⁷

“A expressão desses sentimentos nem sempre é facilmente verbalizada, e os mitos, os ditados populares são instrumentos utilizados como metáforas para expressar dimensões profundas do humano que se tornam difíceis de serem traduzidas na linguagem conceitual.”²⁷⁸

O que a mulher aprendeu durante toda a vida sobre a estética corporal é que o corpo feminino constitui-se por alguns caracteres secundários, e um deles é representado pelas mamas. Ao se submeter à mastectomia, acaba por perceber com estranheza o seu corpo.

As mamas além de desempenharem um importante papel fisiológico em todas as fases do desenvolvimento feminino, também representam em nossa cultura um símbolo de identificação da mulher e sua feminilidade expressas pelo erotismo, sensualidade e sexualidade. Ao considerar essas questões, o câncer de mama, ainda hoje, apesar de progressos da medicina em relação aos métodos de diagnósticos e tratamentos, é visto como uma “sentença de morte” pela maioria das mulheres acometidas com essa doença. De acordo com estudiosos e pesquisadores na área, é um acontecimento marcante com implicações sociais, psicológicas e sexuais.²⁷⁹

“Outra questão discutida por autores na área é que as mastectomias também podem afetar a percepção do próprio corpo, implicando em mudanças na imagem corporal que podem afetar a sexualidade das pacientes submetidas a essa cirurgia.”²⁸⁰

A imagem corporal sendo uma das experiências básicas na vida de qualquer um traz traços característicos de toda a vida. A pessoa, ao perder parte de seu corpo, apresenta modificações do modelo postural, com alteração de toda a mobilidade do organismo.

²⁷⁶ OLIVEIRA MM, Monteiro ARM. **Mulheres mastectomizadas: resignificação da existência.** Texto Contexto. São Paulo: Enferm. 2004, p. 401-8.

²⁷⁷ OLIVEIRA, 2004, p. 403.

²⁷⁸ OLIVEIRA, 2004, p. 405.

²⁷⁹ OLIVEIRA, 2004, p. 406.

²⁸⁰ OLIVEIRA, 2004, p. 407.

Ao representarem o corpo como mutilado, conferido pela perda da mama, evidenciamos que a incorporação da modificação corporal se dá por uma adaptação contínua e gradativa. A mastectomia destrói a imagem corporal de maneira abrupta. No entanto, essa imagem corporal e autoestima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida. Portanto, a mulher mastectomizada necessita de um tempo para assimilação e incorporação dessa nova imagem corporal. O corpo, em sua inteireza, como certas regiões dele, pode ficar sujeito a críticas por se afastar do ideal esperado, o qual é um produto do valor conferido pela sociedade às diferentes medidas do físico feminino.²⁸¹

3.1.1.2 O drama psicológico

O corpo e a mente têm influência um sobre o outro. A tensão física e mental e suas reações somáticas e psíquicas são um equilíbrio nas respostas de adaptação defensiva.²⁸² Desse modo, pode-se dizer que as doenças psicossomáticas são aquelas determinadas ou agravadas por motivos emocionais, já que é sempre a emoção que detecta a ameaça e o perigo, sejam eles reais, imaginários ou fantasiosos.²⁸³

A tensão emocional invisível na mente é capaz de produzir no corpo mudanças assombrosamente visíveis que podem chegar a ser graves e mortais. No começo deste século, a infecção era a mais importante causa de enfermidades graves, debilitantes e crônicas. Agora, decorridos 80 anos, a tensão emocional tomou-lhe o lugar. Com efeito, muitas vezes o "stress" reduz a capacidade do indivíduo de combater com êxito as infecções.²⁸⁴

Segundo Bryla, a personalidade do paciente com câncer é geralmente caracterizada por supressão emocional e repressão no estilo de enfrentamento, e o

²⁸¹ OLIVEIRA, 2004, p.408.

²⁸² SELYE, Hans. *História e presente status do conceito de stresse*. Tradução de Lilian Schafirovits. São Paulo: [s.n], 1997.p.7-17.

²⁸³ SELYE, 1997, p.17.

²⁸⁴ MCMILLEN, S. I. *A provisão divina para a sua saúde*. Fiel, 1978.p.17.

paciente que possui algum evento de vida estressante, como alguma perda significativa, tem o risco aumentado de desenvolver esta doença.²⁸⁵

Os aspectos psicológicos perante o diagnóstico do câncer fazem surgir sentimentos perturbadores devido aos sintomas que o acometem e o tratamento exigido. O modo como os sentimentos são expressos depende da personalidade básica do indivíduo, da percepção da situação e do grau de apoio por parte de outras pessoas. Não existe uma maneira certa ou errada de sentir acerca de uma doença grave.²⁸⁶

A história da vida emocional, muitas vezes, desempenha um importante papel na determinação da resistência do indivíduo em contrair o câncer e na evolução da doença após seu surgimento.²⁸⁷ Uma reportagem da revista ISTO É afirma:

Através da psiconeuroimunologia, descobriu-se que os estímulos de fé religiosa ou pensamento positivo acabam se transformando em substâncias que ajudam o organismo a combater as doenças. É como se esses sentimentos fossem a matéria-prima de substâncias que o próprio organismo produz para se ajudar. E como não poderia deixar de ser, essa transformação começa no cérebro, onde essas mesmas emoções são recebidas e processadas pelo sistema límbico.²⁸⁸ A partir daí, elas passam por um extenso círculo cerebral que acabará resultando numa cascata de hormônios. Embora ainda não se conheçam exatamente quais dessas substâncias são produzidas em maior quantidade a partir desses sentimentos, é consenso que a ação desses hormônios resultantes dos estímulos de fé ou posturas positivas ajuda no fortalecimento do organismo.²⁸⁹

3.1.1.3 O drama familiar

O trabalho da capelania hospitalar junto às pessoas com câncer não pode prescindir de atender os familiares, que sofrem juntos ou sozinhos a realidade da

²⁸⁵ BRYLA, Christine. *The relationship between stress and the development of breast cancer: a literature review*. Onc. Nurs. Forum, [S.l.], v. 23, n. 3, p.441-448, 1996 apud Smeltzer, 1996.

²⁸⁶ SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth. *Tratado de Enfermagem Médico - cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 1000-235.

²⁸⁷ LESHAN, Lawrence. *Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer*. Tradução de Denise Bolonho. São Paulo: Summus, 1992. p.41.

²⁸⁸ Límbico: conjunto de núcleos onde são avaliadas as emoções.

²⁸⁹ ISTO É, *Uma droga chamada esperança*. 03 jun.1998. Disponível em: <http://WWW.zaz.com.br/Istoé/comport /149634.chtm>. Acesso em: 16 out, 2009.

doença. Como foi abordado antes, quanto aos sentimentos das pessoas doentes, o câncer traz sérios transtornos não só na vida de quem está doente como também sobre aqueles/as que convivem, os familiares. Diante de tais pressupostos, apresentam-se algumas questões diante do tema: E a família, como se relaciona com essas questões? A família pode ter domínio maior sobre a real situação do paciente? Como são as relações com a família?

De acordo com Kubler-Ross, a família passa pelas mesmas fases que o paciente. Negação, raiva, depressão, barganha e aceitação podem ser percebidas nas reações dos familiares diante da constatação da enfermidade do ente querido.²⁹⁰

Conforme Kubler-Ross,

As necessidades da família variarão desde o princípio da doença, e continuarão de formas diversas até muito tempo depois da morte. É por isso que os membros da família devem dosar suas energias e não se esgotar a ponto de entrar em colapso quando forem mais necessários. Um amigo compreensivo pode contribuir muito para ajudá-los a manter o equilíbrio entre ser útil ao paciente e respeitar suas próprias necessidades.²⁹¹

O/a capelão/ã pode se colocar à disposição da família para ouvir suas necessidades, suas queixas, suas dores e dúvidas quanto ao futuro do familiar com câncer. As dores espirituais, que atormentam o paciente, também incomodam os familiares que estão mais próximos. Há de se trabalhar a espiritualidade dos familiares, respeitando sempre suas convicções religiosas, ajudando-os a resgatar o relacionamento com o divino. A esperança que pode estar se esvaindo devido à realidade cruel, pode ser resgatada novamente, fazendo-os enxergar que a cura pode ser o ganho de uma atitude nova, ou outra perspectiva sobre determinada condição.²⁹²

“A reflexão sobre a vida e a morte também acompanha os familiares, pois os mesmos terão que enfrentar a perda e conviver com ela.”²⁹³ O capelão deve ajudar na condução dessa reflexão para que os familiares consigam não só reavaliar sua

²⁹⁰ KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer** – o que a morte pode ensinar aos médicos, enfermeiras, padres e suas famílias, São Paulo: EDUSP/EDHART, 1977.

²⁹¹ KUBLER-ROSS, 1998, p.165.

²⁹² SATHLER-ROSA, Ronaldo. **Cuidado Pastoral em tempos de Insegurança**: Uma hermenêutica teológica pastoral. São Paulo: Aste, 2004.

²⁹³ SILVA, 2007, p.104.

vida, valores, mas também para aceitarem a morte como um fato natural da existência humana. Para Esslinger,

[...] quando podemos ajudar as famílias a aceitar a ideia de que a morte do outro faz parte de sua história, e de que ninguém tem o poder de impedi-la. Quando podemos falar com os familiares sobre seus sentimentos de culpa, quando "ousam" fazer o repouso do qual precisam, eles aceitam deixar ao moribundo o tempo de que ele necessita .²⁹⁴

Esslinger apresenta alguns fatores de estresse da família no enfrentamento da doença junto com um familiar doente: 1) sintomas do paciente; 2) interação com os outros; 3) cuidados a si mesmos, desenvolvendo, muitas vezes, sentimentos de culpa. Sentimentos de culpa adoecem as pessoas e decorrem de alguns fatores tais como: 1) desejo de que a experiência do cuidar termine; 2) não ficarem tempo suficiente com o paciente; 3) estarem pouco atentos no que se refere às suas responsabilidades como cuidadores; 4) serem impacientes e não atenciosos com relação ao doente.²⁹⁵

"O cuidado com os familiares deve continuar após a morte do paciente, pois o vazio que fica é muito grande e há a necessidade de se trabalhar esse luto. O importante é deixar que os familiares possam extravasar suas dores."²⁹⁶ O momento é de escutar o outro e não de discurso. Conforme Kubler-Ross, a situação mostra a importância de ter alguém com quem possam falar, chorar, desabafar, sem serem julgadas ou condenadas:

O vazio se faz sentir após o funeral, quando os parentes se retiram. É nesta ocasião que os familiares se sentiriam gratos se houvesse alguém com quem pudessem conversar, especialmente se esse alguém tivesse tido contato recente com o falecido, podendo, assim, contar fatos pitorescos dos bons momentos vividos antes de ele morrer. Isso ajuda o parente a superar o choque e o pesar, preparando-o para uma aceitação gradual.²⁹⁷

²⁹⁴ ESSLINGER, Ingrid. **De quem é a vida afinal**: Descortinando os cenários da morte no hospital. São Paulo, Casa do psicólogo, 2004.

²⁹⁵ ESSLINGER, 2004, p.55.

²⁹⁶ SILVA, 2007, p.105.

²⁹⁷ KUBLER-ROSS, 1998, p.182.

3.1.1.4 O drama financeiro

Tanto a doença quanto o seu tratamento podem produzir perda considerável da independência financeira, alterar o comportamento social e as relações na família e no trabalho. É grande a ansiedade produzida, trazendo consigo a sensação de óbito iminente ou eventual. O paciente portador de câncer de laringe, por exemplo, fica ainda face ao problema da perda da voz, que é mais dramático quando existem implicações profissionais, como no caso de atores, professores e advogados, cujos trabalhos dependem da participação vocal.²⁹⁸

Baratear o tratamento do câncer é um drama. Tentar os remédios mais acessíveis, como os genéricos, pode não ser o mais sensato (é possível que a eficácia deixe a desejar). Dependendo da agressividade da doença, o ideal é recorrer às drogas modernas. De alto custo, elas estão, em geral, fora da rede pública. Por isso, alguns apelam à Justiça em busca do melhor tratamento. Foi a opção do empresário Yemeene Mendonça, 55 anos, de São Paulo, vítima de um tumor que atinge os ossos. Ele precisa de uma medicação que custa R\$ 4,8 mil e conseguiu o fornecimento graças a uma liminar. “Não tenho condições financeiras de importá-la”, diz. Tais situações mostram que a luta contra o câncer demanda esforços redobrados. “Temos de pressionar o governo para que coloque a doença como prioritária dentro do projeto de saúde”, defende Roberto Gil, presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica.²⁹⁹

3.1.1.5 O drama espiritual

As pessoas que estão diante da morte sofrem de uma incapacidade para estreitamente confinado e abreviado; de uma inaptidão de lidar de forma significativa com a família e com os entes queridos nesta oportunidade final; de uma total

²⁹⁸ DEDIVITIS, Rogerio A; GUIMARÃES, André V; HUSHI, Gabriel D. **Qualidade de vida do paciente laringectomizado**. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. Ed 1ª, Jan/Fev, São Paulo: 2000.

²⁹⁹ HARDWIG, John. **Spiritual Issues at the of Life: a call for discussion**. Traduzido por Léo Pessini. Rev. O Mundo da saúde. São Paulo, ano 24 v. 24 n.4 jul./ago.2000.p.321.

encontrar significado nesta última fase de suas vidas; de um futuro triste, dependência dos outros; da perda das habilidades; de ter sido transformado de colaborador num peso para os outros; da indignidade de estar impossibilitado de cuidar até das funções corporais mais básicas; de uma sensação de que seus corpos ou mentes os estão traindo; de serem expulsos do mundo em que vivem os indivíduos saudáveis; da culpa, de uma sensação de abandono; da raiva de tudo isso; e do isolamento devido à insistência dos indivíduos saudáveis em falar sobre a morte.³⁰⁰

De acordo com John Hardwig, todas essas questões são espirituais, ou provocam com certa rapidez o enfretamento de questões espirituais. Estar diante da morte traz à tona questionamentos sobre o que significa a vida. A possibilidade da morte traz certa crise espiritual no paciente com câncer. Suposições e compromissos há muito enterrados são revelados. E muitos descobrem que as crenças e os valores segundo os quais eles viveram não mais parecem válidos ou não os aliviam. Esses são os ingredientes de uma crise espiritual, a matéria-prima do drama espiritual.³⁰¹

3.2 Espiritualidade e a experiência do câncer

Espiritualidade será vista neste capítulo não como uma religião determinada, mas sim como a busca pela compreensão do sentido da vida, da transcendência. Para Pessini e Bertanchini, “à etimologia da palavra espiritualidade, que significa sopro de vida, encontrar o seu sentido. A espiritualidade, na sua busca pela transcendência, vai para além do que está nos dogmas das religiões.”³⁰²

³⁰⁰ HARDWIG, 2000.p.322.

³⁰¹ HARDWIG, 2000.p.322.

³⁰² PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade.org**.1 ed. São Paulo: Paulinas,2008.p.145.

Segundo Maria Júlia Kovács, “a espiritualidade é uma busca humana em direção a um sentido, com uma dimensão transcendente. Envolve a tentativa de compreensão de uma força superior que pode estar ligada a uma figura divina.”³⁰³

Nesse sentido a espiritualidade aponta para uma caminhada espiritual na busca pelo sentido da existência que pode ter como ponto de partida um dogma religioso ou de uma construção interior. Para Leonardo Boff,

[...] a espiritualidade é aquela atitude pela qual o ser humano se sente ligado ao todo, percebe o fio condutor que liga e re-liga todas as coisas para formarem um cosmos. Essa experiência permite ao ser humano dar um nome a esse fio condutor, dialogar e entrar em comunhão com ele, pois o detecta em cada detalhe do real. Chama-o por mil nomes, Fonte originária de todas as coisas, Mistério do mundo ou simplesmente Deus.³⁰⁴

Em termos cristãos, “espiritualidade” aborda como as pessoas se aproximam de modo subjetivo de crenças tradicionais sobre a pessoa de Deus, e o ser humano, a criação e seu inter-relacionamento, e então as expressam na adoração, nos valores básicos e no estilo de vida. Portanto, a espiritualidade é o todo da vida humana visto em termos de uma relação consciente com Deus, em Jesus Cristo, através da presença interior do Espírito e no meio da comunidade de crentes.³⁰⁵

Percebe-se que o conceito espiritualidade pode ser definido de várias formas, e isso vai depender de que ponto provém a análise, ou seja, de que área do saber, da filosofia, da psicologia ou das ciências da religião. A teologia a define segundo a categoria “experiência”, derivando daí um estilo de viver.³⁰⁶

Segundo Pessini, a Associação Médica Mundial revisou recentemente a Declaração dos Direitos do Paciente, elaborada no Chile em 2005. Entre os direitos pleiteados, consta o direito à assistência religiosa, afirmando que o paciente tem direito de receber ou recusar o conforto espiritual e moral, incluindo a ajuda de um ministro de sua opção religiosa.³⁰⁷

³⁰³ PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 145.

³⁰⁴ BOFF, Leonardo. *Ethos Mundial: Um consenso mínimo entre os humanos*. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

³⁰⁵ SHELDRAKE, Philip. *Espiritualidade e teologia: vida cristã e fé trinitária*. São Paulo: Paulinas, 2005, p. 53.

³⁰⁶ SHELDRAKE, 2005, p. 53.

³⁰⁷ PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 153.

Os pacientes com câncer avançado e que tinham crenças espirituais apresentaram-se mais satisfeitos com suas vidas, eram mais felizes e sentiam menos dor comparados com aqueles sem crenças espirituais. Um estudo realizado pela American Pain Society mostrou que a oração era o segundo método mais usado no trato da dor, depois de medicações orais, e era o método não-ligado a drogas mais comum no manejo deste sintoma.³⁰⁸

A espiritualidade está associada à menor depressão, menor risco de complicações somáticas e a menos uso de serviços hospitalares. As crenças religiosas na terminalidade podem ajudar os pacientes a buscar o sentido ligado ao sofrimento inerente à doença, melhorar a qualidade de vida do paciente, o que pode facilitar a aceitação desta condição.³⁰⁹

3.2.1 Espiritualidade e qualidade de vida da pessoa com câncer

Qualidade de vida é o que as pessoas querem para si ou consideram prioritário para suas vidas. As sociedades modernas, juntamente com os avanços alcançados pela medicina e o setor de saúde, caminham em direção da melhoria na qualidade de vida das pessoas. O conceito qualidade de vida surgiu em 1964, quando pela primeira vez o então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, “declara que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.”³¹⁰ Segundo Laurenti, “há uma preocupação internacional em conseguir medir o patamar em que se encontra a Qualidade de Vida, tanto em nível individual quanto coletivo e em todas as áreas da vida das pessoas.”³¹¹

Ao estudar pacientes internados, por meio de uma escala para medir bem-estar espiritual e desesperança, observou-se que os pacientes com escalas maiores em bem-estar espiritual tendiam a ser mais esperançosos .

³⁰⁸ PESSINI; BARCHIFONTAINE,2008.p.153.

³⁰⁹ PESSINI; BARCHIFONTAINE,2008.p.153.

³¹⁰ Lyndon Johnson, apud, PAES, Ilizete de Lourdes Brasil Silva. **Qualidade de vida da população do município de treze Tílias – SC fatores associados.** Dissertação (apresentada ao final do curso de Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade do Oeste de santa Catarina – UNOESC,2005, p.84.

³¹¹ LAURENTI, R. **A mensuração da Qualidade de Vida.** Ver. Assoc. Méd.Brás.49(4) 2003.p.349-66.

A espiritualidade normalmente ganha espaço na maioria das pessoas acometidas por uma doença crônica, como é o caso do câncer. Esse apoio durante a doença caracteriza-se como forma de ajudar o paciente a aceitar a doença, o tratamento ou a morte, a tentar corrigir possíveis erros que tenha cometido ou a buscar conforto para enfrentar o desconhecido.³¹²

Um estudo realizado com mulheres religiosas resultou num baixo risco de mortalidade prematura em relação àquelas que não eram religiosas. A espiritualidade ou religiosidade faz com que as mulheres fumem e bebam menos do que as não crentes. Quando essas condutas estão controladas, o risco de mortalidade diminui bastante, o que sugere que as práticas saudáveis podem explicar a relação entre religiosidade e o risco de mortalidade.³¹³

Nesse contexto, discutir o estilo de vida implica na busca de aspectos que são inerentes ao modo de viver das pessoas. Desde a sua habitação, condições de moradia, saneamento básico, instrução, renda salarial, alimentação e outros mais, que com certeza interferem no modo de viver das pessoas. Incentivando ou motivando atitudes positivas ou negativas no enfrentamento de uma doença tal como o câncer. Essa abordagem impõe uma inter-relação de fatores culturais, sociais, biológicos e espirituais que são característicos de cada portador da doença.³¹⁴

A religião e a espiritualidade servem não só para favorecer a vida dos doentes oncológicos, mas também para lhes dar esperança e coragem em situações e circunstâncias complicadas durante o tratamento da doença. Pode-se concluir que a influência da religião e da espiritualidade na vivência do câncer é de extrema importância, pois libertam os enfermos do desespero e do egocentrismo, resultantes do sofrimento.

³¹² PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 154.

³¹³ FONTES, Conceição Adriana Sales; TITONELI, Neide Aparecida. **Importância do diálogo da enfermeira com clientes oncológicos diante do impacto do diagnóstico da doença.** Revista Ciência Cuidado e Saúde. Vol. 7, nov. 2008. Disponível em: <http://periódicos.uem.br>. acesso em out. 2008.

³¹⁴ RODRIGUES, Ana Margarida Sequeira; RAPOSO, José Jacinto Vasconcelos. **A relação entre o bem-estar psicológico, a autoestima, a depressão e a religiosidade entre praticantes de atividade física regular e não praticantes idosos.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) Centro de Estudos de Desenvolvimento Humano – CEDAFES. Vila Real, 2006, p. 21.

Os indivíduos que utilizam a religião e a espiritualidade para enfrentar os problemas e dificuldades da vida apresentam baixos índices de agressão, hostilidade e rebeldia, ao compararmos com os indivíduos não religiosos.³¹⁵

3.2.2 Espiritualidade e a família da pessoa com câncer

As pessoas que passam por momentos de crise, de certo modo, desestruturam certa ordem estabelecida. A duração desse momento, bem como as consequências que trará, irá depender de fatores como: a preparação da família para o evento, a estrutura social na qual está inserida, a intensidade e a forma como tudo transcorreu etc.

A morte de um dos membros da família é um desses momentos marcantes de crise pelos quais ela passará. A forma como a morte é encarada varia drasticamente de cultura para cultura, e de uma época para outra. Por mais suave que seja essa transição, a morte sempre tem algo de doloroso que necessita ser vivenciado. Por esta razão (para aliviar a “dor” de quem sofre uma perda, e para ajudá-lo a adaptar-se a uma nova realidade), as diversas sociedades criaram formas específicas de rituais (ritos de passagem) para esse momento. No entanto, apesar de existirem formas específicas para se lidar com a morte em cada cultura, cada família dará uma roupagem própria a essa forma, interpretando-a a sua maneira.³¹⁶

A família, longe de ser uma intermediária, é a força primária operando nesses momentos – primária não apenas porque é ela, e não a cultura, que determina a qualidade emocional dessas ocasiões (e, conseqüentemente o sucesso da passagem), mas também porque é a família, mais do que a cultura que acaba determinando os ritos a serem cumpridos. As famílias são muito menos determinadas pelos costumes de sua cultura e por sua maneira de fazer as coisas do que são seletivas, de acordo com suas próprias características e patologias, em relação ao repertório cerimonial de sua cultura.³¹⁷

³¹⁵ RODRIGUES, RAPOSO, 2006, p.20.

³¹⁶ RODRIGUES, RAPOSO, 2006, p.21.

³¹⁷ RODRIGUES, RAPOSO, 2006, p.23.

Desse modo, compreende-se o quanto as famílias são importantes nesses rituais, visto que a energia necessária para o ritual emana dela, sendo moldada pela cultura, e não ao contrário. Assim a condução do luto precisa partir daquilo que emana desse núcleo que vivencia mais intensamente esse processo.

O processo de luto, em nossa cultura ocidental e até bem pouco tempo (e ainda hoje, só que mais raramente), era bastante facilitado pelos velórios que eram assistidos por toda a comunidade. As pessoas, mesmo que relativamente desconhecidas, vinham prestar suas condolências à família, permanecendo por horas a fio no local, apenas em silêncio (visto que diante da morte, não há o que dizer). Ocorria, também, de vizinhos assumirem as tarefas da casa durante esse período, que podia durar dias, desse modo as pessoas enlutadas viam-se livres e acolhidas pelo coletivo para vivenciar o seu processo, o que de uma forma geral, trazia uma boa elaboração da perda (até mesmo por parte da comunidade).

A capelania hospitalar nesse contexto de luto pode contribuir no apoio às famílias em momento tão importante e delicado. A capelania acompanha com especial solicitude as famílias e no caso de velório dando atenção e acolhendo-as.

3.2.3 Espiritualidade do capelão hospitalar e sua presença no mundo da saúde

A espiritualidade cristã tem origem do encontro com Jesus Cristo, base da espiritualidade dos doentes e de quem está a serviço deles. Para Alexandre Andrade Martins:

O encontro com Cristo torna-nos discípulos no seguimento contínuo dos passos do Mestre e nos empurra a assumir sua missão dentro de cada vocação ou ministério específico que constitui a grande vinha do Senhor. O Espírito penetra o discípulo e renova todas as dimensões da sua existência, dando-lhe nova motivação e vigor; conseqüentemente, todos os carismas, componentes do corpo místico de Cristo (1Cor 12,1-30), são revigorados e vitalizados. Na vida no Espírito, tornamo-nos íntimos do Pai e fiéis seguidores do chamado do Filho.³¹⁸

³¹⁸ MARTINS, Alexandre Andrade. ***É importante a espiritualidade no mundo da saúde?*** São Paulo: Paulus, Centro Universitário São Camilo, 2009, p.52.

Partindo desse pressuposto, a espiritualidade do capelão, “viaja em dois trilhos” como afirma Vendrame, ser Jesus para os que sofrem (Lc 10,25-37: o bom samaritano movido pela compaixão) e ver e servir Jesus nos que sofrem (Mt 25,31-37—46: “Foi a mim que o fizestes”).³¹⁹

Ver Jesus em quem sofre em especial nos enfermos mais necessitados e abandonados é o grande desafio para o capelão hospitalar. Jesus Cristo é o padrão por excelência de amor, misericórdia e serviços aos doentes, em outras palavras, modelo ideal de como tratá-los. Seguindo seus passos e tentando agir o mais próximo possível do seu testemunho, o capelão deve cuidar dos enfermos.³²⁰

“Quem tem amor, vê a necessidade do próximo, dele se aproxima, faz o que o próximo pede em sua situação; mesmo que ele não consiga fazer, pede ajuda de outros, para que o doente seja tratado do melhor modo possível”.³²¹

No encontro com Jesus, o capelão começa a se identificar com o mestre Jesus, começa adequar sua vida à vida de amor e misericórdia do Mestre. Identificação e adequação levam a agir como Jesus agia: uma ação de promoção da saúde, da vida digna e de libertação integral das amarras da tortura, da dor e do sofrimento, que prendem o coração e o corpo do enfermo. Essa identificação leva a uma práxis semelhante à de Jesus, com a mesma motivação, a mesma caridade, a mesma misericórdia, a mesma fortaleza, pois o impulso fornecido pelo Espírito Santo é o mesmo.³²²

No segundo trilho da espiritualidade, o capelão pode encontrar Jesus, que se identifica com quem sofre. É como se o enfermo fosse o próprio Cristo. Ver Cristo nos que sofrem, em especial nos enfermos, para o capelão este reconhecimento fundamenta-se nas palavras de Jesus no Evangelho: “Vinde benditos do meu Pai, recebi por herança o reino que foi preparado para vós desde a fundação do mundo(...), pois eu estava enfermo e me viestes visitar (...) Cada vez que o fizestes a um desses meus irmãos mais pequeninos, a mim o fizestes” (Mt 25,31-46). Cristo está presente na pessoa como ela é e na situação em que encontra. Essa presença dignifica o ser humano, criado por Deus a sua imagem e semelhança.³²³

³¹⁹MARTINS apud VENDRAME, Calisto. *A cura dos doentes na Bíblia*. São Paulo: centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001.p.158-161.

³²⁰ MARTINS, 2009.p.52.

³²¹ MARTINS apud VENDRAME, 2001.p.159.

³²² MARTINS, 2009.p.52.

³²³ MARTINS, 2009.p.52.

Desse modo, o capelão hospitalar tem a missão de levar o conforto proporcionado pela presença misteriosa de Cristo junto aos enfermos. Portanto, o capelão se torna um colaborador no processo terapêutico, visitando os enfermos, ouvindo-os, acolhendo suas dores e angústias, dando-lhes atenção, pronunciando uma palavra de conforto, respeitando o paciente na sua diferença e na sua fé religiosa e mostrando a presença de Deus misericordioso.

3.2.4 Espiritualidade e cuidado

A visão de que o ser humano é um ser pluridimensional e que desse modo necessita ser cuidado nos seus mais amplos aspectos, é compartilhada por diversos autores nas diferentes áreas do conhecimento, tais como na Medicina, Enfermagem, Psicologia e Teologia.

3.2.4.1 Medicina e cuidado

Não são poucos os médicos que começam a perceber, na sua prática, a ausência de um cuidado mais integral ao paciente. Para Remen, a tecnologia não pode assumir o controle total no cuidado, sacrificando-se com isso os valores humanos. Remen propõe a criação de um sistema médico que não seja apenas analítico, mas também compreensivo; um sistema científico de cuidado integral ao paciente, em que se exige do cuidador(a) uma harmonização com os sentimentos em atitude e comportamento.³²⁴

De acordo com Remen, “para cuidar da pessoa inteira é preciso estar presente como uma pessoa inteira; do contrário, a capacidade para compreender; responder e se relacionar torna-se limitada.”³²⁵

³²⁴ OLIVEIRA, Roseli, M.K; HEIMANN, Thomas. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral In: NOÉ, Sidney Vilmar. **Espiritualidade e saúde**: da cura d'almas ao cuidado integral. São Leopoldo: Sinodal, 2004p.88.

³²⁵ RENEN, Rachel Naomi. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.

Precisamos descobrir as barreiras que impedem de transportar nossa humanidade plena para o trabalho diário – os estresses, as pressões e preconceitos que nos fazem esquecer da condição humana de nossos colaboradores, pacientes e alunos, encontrando maneiras de superá-las.³²⁶

Para Alex Botsaris, a medicina necessita de um paradigma mais humanizado, que seja capaz de integrar conceitos tecnológicos modernos conciliando-os com o mundo espiritual, ao qual a humanidade sempre está ligada.³²⁷

3.2.4.2 Enfermagem e o cuidado

Roseli M.Kuhnrich de Oliveira e Thomas Heimann afirmam que “uma das profissões em que o cuidado ao outro é inerente e essencial à sua prática é a enfermagem.”³²⁸ Waldow, a partir de uma pesquisa em que observou as noções de cuidar/cuidado em 54 culturas distintas, encontrando cerca de 175 sentidos para o conceito de cuidar entre os quais:

[...] aceitar, assistir os outros, ser autêntica, envolver-se, estar presente, confortar; preocupar-se, ter consideração, ter compaixão, expressar sentimentos, fazer para/ com, tocar, amar, ser paciente, proteger, respeitar; compartilhar; compreender; ter habilidade técnica, demonstrar conhecimento, segurança, valorizar o outro, ser responsável, usar silêncio, relacionar-se espiritualmente, ouvir [...] respeitar os outros, respeitar estilo de vida, respeitar desejos, respeitar a privacidade, respeitar diferenças sexuais.³²⁹

“Essa observação direta dos hábitos de vida e de experiências de saúde, doença e rituais de cuidado em várias culturas indica que as noções e comportamentos de cuidar são variados e ligados a padrões culturais.”³³⁰

³²⁶ RENEN, 1993, p.18.

³²⁷ BOTSARIS, Alexandro Spyros. **Sem anestesia**: o desabafo de um médico. Os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

³²⁸ OLIVEIRA, Roseli, M.K; HEIMANN, Thomas. In: NOÉ, Sidney Vilmar, 2004p.86.

³²⁹ WALDOW, apud OLIVEIRA, Roseli, M.K; HEIMANN, Thomas, 2004, p.87.

³³⁰ LEININGER apud OLIVEIRA, Roseli, M.K; HEIMANN, Thomas, 2004p.87.

Para Waldow, o cuidado como condição humana deveria constituir-se um imperativo moral,³³¹ afinal, o cuidado humano consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar, sendo um postura ética e estética frente ao mundo. O conceito cuidar é definido por Waldow, como:

[...] comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer.³³²

Por fim, a autora “denuncia que a ênfase atual do cuidar está no procedimento, na tarefa, visando a um objetivo e resultado, que é a cura.”³³³ [...] “o cuidar precisa deixar de ser um procedimento, uma intervenção para se tornar uma relação onde a ajuda é no sentido da qualidade do outro ser ou de vir a ser respeitando-o, compreendendo-o, tocando-o de forma mais efetiva.”³³⁴

3.2.4.3 Psicologia e o cuidado

Conforme Roseli M.Kuhnrich de Oliveira e Thomas Heimann, a psicologia, na sua origem, era considerada a ciência do indivíduo, atenta para as demandas emocionais das pessoas, e o tratamento era feito através da atenção e cuidados profissionais de uma pessoa para outra. Ao longo dos anos, as contribuições de outras ciências foram agregando valor, como as da terapia familiar sistemática ou a psicologia social, da educação e organizacional.³³⁵

A psicologia visa a entender o ser humano no seu contexto grupal, ou seja, inter-relacional, mas nos últimos anos tem buscado uma visão mais abrangente da pessoa, ou seja, intra-relacional, objetivando entedê-la no seu todo, na sua integralidade. Portanto, não apenas os aspectos emocionais são contemplados, mas busca-se conhecer e entender a pessoa a partir de aspectos antropológicos, sociológicos, bioquímicos, entre outros.³³⁶

³³¹ OLIVEIRA M.K; HEIMANN, Thomas, 2004p.87.

³³² WADOW, Vera Regina apud OLIVEIRA M.K; HEIMANN, Thomas, 2004p.87.

³³³ OLIVEIRA M.K; HEIMANN, Thomas, 2004p.87.

³³⁴ OLIVEIRA M.K; HEIMANN, Thomas, 2004p.87.

³³⁵ OLIVEIRA M.K; HEIMANN, Thomas, 2004p.89.

³³⁶ OLIVEIRA M.K; HEIMANN, Thomas, 2004p.89.

“Dentre os psicólogos, muitos são os que defendem o cuidado como algo essencial, a partir de uma visão integral da pessoa.”³³⁷ Entre eles, destaca-se o pensador e fundador da 3ª Escola de Viena, Viktor Frankl,³³⁸ por sua importância para o tema.

“Um expoente da linha de pesquisadores que tratou a questão do fenômeno religioso foi Viktor Frankl, o fundador da Logoterapia.”³³⁹ Para este pensador a dimensão religiosa, ou de fé, que não havia recebido atenção positiva por parte de Freud, tem em Frankl um cientista interessado. Ele foi confinado aos campos de concentração nazistas mesmo sendo já um psiquiatra. Sobreviveu à experiência e descobriu que pessoas que têm uma razão para viver resistem mais, pois aprenderam a ver sentido no sofrimento. Como estudioso do comportamento, acrescentou a dimensão espiritual ao estudo do ser humano.³⁴⁰

“O alvo da psicoterapia é a cura da alma, ao passo que o alvo da religião, por seu turno, é a salvação da alma”. Ressalva ainda que o próprio paciente precisa encontrar sentido na vida, pois isto não pode ser dado externamente.³⁴¹

Segundo Oliveira e Heimann,

Saliava o papel do médico como o de um cuidador que escutava as pessoas também no que se refere ao sentido religioso. Em princípio, não via na religião um traço de neurose, mas algo saudável a ser resgatado, discordando neste ponto de Freud. Ao estudar estes fenômenos, deparou-se também com a religiosidade doentia, mas pontuava que mesmo as pessoas sem religião declarada mantinham aspectos característicos de fé.³⁴²

“Frankl tinha uma visão da pessoa humana como um todo, pois, além dos aspectos orgânicos ou emocionais, considerava os aspectos espirituais[...], por isso foi assim destacado, um dos grandes cuidadores do seu tempo.”³⁴³

³³⁷ OLIVEIRA M.K; HEIMANN, Thomas, 2004p.89.

³³⁸ Viktor Frankl foi professor de Neurologia e Psiquiatria na Universidade de Viena, além de Harvard e outras. Escreveu mais de 30 livros, traduzidos para mais de 20 idiomas; dada a sua importância científica, logoterapia tornou-se a 3ª Escola de Viena.

³³⁹ OLIVEIRA M.K; HEIMANN, Thomas, 2004p.91.

³⁴⁰ OLIVEIRA M.K; HEIMANN, Thomas, 2004p.92.

³⁴¹ OLIVEIRA M.K; HEIMANN, Thomas, 2004p.92.

³⁴² OLIVEIRA M.K; HEIMANN, Thomas, 2004p.92.

³⁴³ OLIVEIRA M.K; HEIMANN, Thomas, 2004p.92.

3.2.4.4 Teologia e o cuidado

A questão da conexão entre teoria e prática é retomada também em outro enfoque. A saber, o enfoque da teologia enquanto diálogo teórico e a práxis do cuidado. Rodolfo Gaede Neto propõe que as pessoas em crise e em estado de resistência à crise, nos diferentes ciclos da vida, possam contar com uma Igreja do Cuidado.

De acordo com Gaede, a Igreja do Cuidado pode ser definida da seguinte forma:

A Igreja do Cuidado é aquela que é edificada sobre o fundamento do cuidado de Deus. Em última análise, toda a ação do trino Deus outra coisa não é senão o cuidado que ele realiza em favor de sua criatura, o cuidado da salvação. Salvação, não num sentido mágico, abstrato da realidade, mas como processo contínuo de cura do ser humano. Não é por acaso que os termos cura e salvação estão tão próximos em sua raiz. Na língua alemã, por exemplo, essa relação fica bem evidenciada nos termos *Heil* [salvação] e *Heilung* [cura].

Então, a Igreja do Cuidado existe onde pessoas de fé se colocam a serviço do cuidado de Deus e permitem que o cuidado de Deus chegue às pessoas em sua realidade cotidiana, em suas necessidades, sejam elas necessidades do corpo, sejam da alma, em todos os ciclos da vida.³⁴⁴

Percebe-se que a Igreja do Cuidado está inserida em uma sociedade pós-moderna em que as pessoas, de um modo geral, revelam-se emocionalmente carentes, fragilizadas, inseguras, ansiosas, angustiadas e oprimidas diante de tantas situações que se apresentam com muita força na vida delas: medo de perder o emprego, medo de ser assaltado, medo de contrair uma doença incurável, medo da violência no trânsito, preocupação com o futuro dos filhos e uma preocupação com o sentido da vida.³⁴⁵

As pessoas que vivem com medo requerem da Igreja uma sensibilidade especial. Em consequência, ela precisa contextualizar a sua ação pastoral e atualizar a sua agenda litúrgica e diaconal. As pessoas vão à igreja não mais tanto para ouvir sermões abstratos e acompanhar liturgias desconectadas da realidade, mas para buscar paz, acolhimento, alívio das tensões, segurança, bênção e cura.³⁴⁶

³⁴⁴ GAEDE, Rodolfo. Implicações para as relações de cuidado. In: HOCH, Lothar Carlos; L ROCCA, Susan M. **Sofrimento, resiliência e fé**: implicações para as relações de cuidado. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2007,p68.

³⁴⁵ GAEDE, Rodolfo. In: HOCH, Lothar Carlos; L ROCCA, Susan M, 2007,p.69.

³⁴⁶ GAEDE, Rodolfo. 2007,p.69.

“Penso que a linguagem racional da modernidade não consegue ser hoje a melhor forma de comunicação com as pessoas que esperam cura.”³⁴⁷ De outro modo, a Igreja possui um riquíssimo tesouro de linguagem simbólica, capaz de trazer para perto das pessoas o cuidado de Deus: a oração, a imposição de mãos, a bênção, a absolvição, a eucaristia, a unção com óleo. Portanto, um importante desafio para a Igreja dos tempos atuais é recuperar uma liturgia do cuidado.³⁴⁸

Para Gaede Neto, a liturgia do cuidado deve, entre outros fatores, a ritualização das passagens:

As pessoas têm necessidade de celebrar a passagem de uma situação a outra: do estado de saúde para uma internação hospitalar ou vice-versa; da vida profissionalmente ativa para o período da aposentadoria; da vida conjugal para a viuvez; do casamento para a separação conjugal; ou vice-versa. Há outras situações de tensão que requerem a ritualização e outra: nascimento de uma criança; nascimento de uma criança com deficiência; adoção de uma criança; luto; acolhimento da vovó, que ficou viúva e veio morar com a filha; o filho que vai sair de casa para estudar ou trabalhar; a transferência de residência; a falência da empresa, a conquista de um novo emprego.³⁴⁹

Portanto, as pessoas possuem necessidades que a Igreja permaneça ao seu lado em ocasiões de tensão existencial, proporcionando-lhes a certeza do cuidado de Deus. Isso pode ser necessário tanto no templo como também nas casas das pessoas, ou no ambiente de trabalho, ou seja, em diversos lugares, onde elas estejam presentes.³⁵⁰

“Desse modo, a Igreja do Cuidado não pode depender apenas da atuação de ministros e ministras da Igreja.”³⁵¹ Todo cristão é chamado para cuidar. A fé nos permite enxergar o outro e a outra que sofre. A fé nos dá liberdade para estarmos centrados (as) no outro e na outra.³⁵²

“Ao cuidar das pessoas fragilizadas, a Igreja estará desempenhando também o seu ministério diaconal.”³⁵³ Geralmente as crises da vida são provenientes de questões socioeconômicas tais como: desemprego, pobreza, precariedade de

³⁴⁷ GAEDE, Rodolfo. 2007,p.69.

³⁴⁸ GAEDE, Rodolfo. 2007,p.69.

³⁴⁹ GAEDE, Rodolfo. 2007,p.69.

³⁵⁰ GAEDE, Rodolfo. 2007,p.70.

³⁵¹ GAEDE, Rodolfo. 2007,p.70.

³⁵² GAEDE, Rodolfo. 2007,p.70.

³⁵³ GAEDE, Rodolfo. 2007,p.70.

habitação, deficiência ou ausência de saneamento básico, na educação, na saúde, na violência doméstica, alcoolismo etc.³⁵⁴

O sofrimento em nossa sociedade alcançou proporções que exigem iniciativas organizadas. A atuação de grupos, comunidades, organizações, instituições etc. São formas de potencializar o cuidado. A Igreja pode desempenhar papel importante na organização do cuidado.³⁵⁵

Segundo Gaede Neto, para multiplicar as ações, é primordial se pensar em redes de cuidado: redes ecumênicas, redes com motivação religiosa ou não, de mulheres, homens, crianças, pessoas idosas, nacionais e internacionais, de organismos do governo e organizações não-governamentais, ou seja, redes de cuidado.³⁵⁶

Por fim, Gaede Neto vai afirmar que a Igreja do Cuidado se nutre da espiritualidade cristã, que sabe.³⁵⁷ “Jesus está no barco. Ela testemunha a confiança em Deus acima de todas as coisas, que teima em existir também ali onde os nossos recursos humanos chegam ao seu limite”.

Na Igreja do Cuidado, vive-se a certeza do pertencimento a um corpo. Na comunidade “Corpo de Cristo”, o apóstolo Paulo anima os membros, dizendo: “Cooperem os membros, com igual cuidado, em favor uns dos outros. De maneira que, se um membro sofre, todos sofrem com ele; e, se um deles é honrado, com ele todos se regozijam”(1Co 12,25s).

Na Igreja do Cuidado, exercita-se o companheirismo de Rute em relação à sua nora Noemi, quando lhe diz: “Onde quer que fores, irei eu; e onde quer que pousares, ali pousarei eu; o teu povo é o meu povo, o teu Deus é o meu Deus”(Rute 1.16).

Por fim, na Igreja do Cuidado, desenvolve-se a coragem de entregar as ansiedades nas mãos de Deus: “Lançai sobre ele toda a vossa ansiedade, porque ele tem cuidado de vós”(1Pe 5.7).³⁵⁸

³⁵⁴ GAEDE, Rodolfo. 2007,p.70.

³⁵⁵ GAEDE, Rodolfo. 2007,p.70.

³⁵⁶ GAEDE, Rodolfo. 2007,p.70.

³⁵⁷ GAEDE, Rodolfo. 2007,p.70.

³⁵⁸ GAEDE, Rodolfo. 2007,p.70.

”Na Igreja do Cuidado, exercita-se a oração”³⁵⁹.

ORAÇÃO DO CUIDADO

Deus do amor, dá-me a tua mão e conduze a minha vida.
Guia os meus passos para que eu caminhe seguro (a).
Sob as asas da tua misericórdia, sinto-me protegido(a)
No colo da tua bondade, encontro descanso verdadeiro.
Em dias de medo e angústia, abriga-me em teu poder.
Em momentos de ansiedade, faze cair sobre mim a tua paz.
Ao sentir-me fragilizado(a), ajuda-me a ter esperança.
Cuida de mim e dos meus amados. Cuida do meu destino.
Quando a culpa me acusar, acolhe-me em tua graça.
Absolve-me do pecado e faze-me renascer do teu perdão.
Se eu cair, permita que eu caia em tuas mãos.
Se eu permanecer caído(a), dá-me a tua companhia.
Seja como for, cobre-me com o manto do teu amor.
Graças pelo teu cuidado, graças pela salvação.
Agora dá-me a bênção por que tanto anseio.
Amém.

³⁵⁹ GAEDE, Rodolfo. 2007,p.71

Conclusão

Nestes tempos de crises, reformas, transformações e transições, refletir sobre o que já foi ou está sendo feito pode representar a possibilidade de encontrar o novo. Pela singularidade do conteúdo das práticas em saúde, esse campo tem se constituído num lócus privilegiado de expressão da crise do pensamento racional no tocante à saúde, o que deve ser, no mínimo, melhor investigado. A comparação ou a abordagem feita de pontos de vista diferentes (teológico, científico e filosófico) pode ser um valioso método de repensar as concepções, os serviços e a prática.

Neste trabalho, a distinção entre as três vertentes de análise é um recurso didático que possibilita visualizar as diferentes maneiras com que o tema Capelania Hospitalar tem sido tratado. Pode-se ver, também, que essas três correntes não são excludentes, muito pelo contrário, a superação da virtual divisão proporciona os elementos para um salto qualitativo na produção do conhecimento.

O olhar das novas correntes já abriu caminho, não deixando de ver a determinação econômica e nem a necessidade de funcionalidade, considerando-se sempre os diversos planos particulares de análise.

A proposta desta pesquisa foi refletir que a capelania hospitalar, na sua práxis, pode contribuir na recuperação do enfermo oncológico, acompanhando-o nesse período de angústia e de fé. Léo Pessini afirma que:

A atuação pastoral eficaz torna-se criativa ao enfrentar evangelicamente essa solidariedade em meio à indiferença, calor humano em meio ao abandono, gerando assim o sentimento de ser parte da família mais ampla dos filhos de Deus, aos que neste momento têm sérias razões de sentirem-se como filhos/as do acaso, do nada ou de ninguém.³⁶⁰

Nesse sentido percebe-se que historicamente a capelania hospitalar tem apresentado efeitos positivos no processo de humanização hospitalar e de difusão da qualidade de vida através de prática de solidariedade. Observa-se não existir

³⁶⁰ PESSINI, Leocir. *Como lidar com o Paciente em fase Terminal*. 5 ed. São Paulo: Santuário. 2003, p.151.

outro caminho para que a espiritualidade e a religiosidade em sociedade se comuniquem para oferecer amparo, acolhimento e amor às pessoas no seu momento de crise.

A capelania hospitalar contribui para o processo de socialização de funcionários e usuários, oferecendo oportunidades de realização de atividades coletivas livremente e da interação com relação à espiritualidade religiosa, abrem oportunidades de conhecer aspectos da religião do outro que podem trazer benefício a qualquer um.

A espiritualidade e a religiosidade estão inseridas em todo ser humano, de acordo com sua cultura. Ele expressa seus valores, costumes, ensinamentos e forma de pensamento e acredita neles, por isso precisa ser respeitado. Vale ainda lembrar que o fato de o indivíduo poder falar livremente e expressar sua fé sem medo de ser discriminado já traz resultados positivos. Precisamos entender que a espiritualidade configura-se como um caminho que nos ajuda a desenvolver a consciência de vivermos de um modo responsável. Ser responsável por si mesmo significa ser responsável também pelos outros.

A capelania hospitalar é uma forma organizada de amor, com capacidade de investigação e análise primária para identificação das necessidades do outro, podendo assim serem prescritas pequenas ou grandes doses desse amor gratuito, que garantem a saúde espiritual àquele que precisa ser tratado. É uma forma terapêutica de tratar a doença, pois sabe-se que os hospitais que têm esse serviço implantado já vivem novas perspectivas, pois os resultados são muito bons.

Nota-se que existem em hospitais as práticas de amparo espiritual, mas a maioria é feita descompromissada da ética e da educação especializada. A prática religiosa no hospital deve ser bem conduzida, com profissional qualificado, pois vivemos num universo religioso em que as pessoas devem ser respeitadas por praticar ou não uma religião.

A população dos hospitais constitui a maior internação coletiva, superando a das escolas, dos quartéis ou dos hotéis. Oferecer conforto espiritual e apoio emocional em momentos de aflição é uma das grandes oportunidades deste século. Além dos pacientes, existe a possibilidade de acesso aos familiares, médicos, enfermeiros, administradores e funcionários. O hospital precisa aproveitar essa oportunidade com eficiência.

O capítulo, dois dessa dissertação, procurou mostrar a relação ciências e teologia e sua importância na compreensão do fenômeno religioso. Mas essa contribuição não pode ser dogmática. Ela deve respeitar em profundidade o que é, efetivamente, a práxis científica. Desse modo, optou-se por uma visão realista crítica. Dessa forma, a relação ciências e teologia depende da imagem que a teologia apresenta de Deus e de seus vínculos com o Universo. A única probabilidade que nos parece considerável e que respeita as variantes é a articulação entre esses saberes.

Essa relação coloca em jogo um diálogo entre a teologia e as ciências no campo filosófico, ou seja: da metafísica, no nível ontológico; da filosofia da natureza, no nível epistemológico; e de um questionamento moral relativo à atividade científica, no nível ético. Essas abordagens nos trazem questões sobre a própria existência da realidade física e sobre sua finalidade (nível ontológico), sobre as condições de possibilidade do discurso científico e sobre as questões de interpretação associadas a elas (nível epistemológico) e, enfim, sobre o fundamento natural da ética e a carga ética do enfoque científico, de um lado, e sobre a avaliação ética das práticas científicas, de outro (nível ético).

Portanto, é necessário pensar na articulação de maneira dinâmica, entendendo-a como um diálogo em que a compreensão não cessa de ser atualizada na teologia, e os novos conhecimentos das ciências levam a transpor o diálogo para campos desconhecidos. “A articulação é, pois, no fundo, uma espécie de constituição viva, sempre inovadora, da relação entre duas ordens: de realidade e de discurso.”³⁶¹

Durante séculos, religião e ciência ocuparam domínios completamente separados, essa virada de milênio reservou uma reviravolta no tema. Em sintonia com a abertura da igreja, numerosos cientistas manifestaram não somente o desejo de corresponder ao apelo aproximativo, mas, concretamente, realizaram investigações científicas sobre as variadas circunstâncias da religião na vida dos homens.

³⁶¹ LAMBERT, 2002, p.112.

Pesquisas científicas que relacionam fé e a boa saúde vêm pouco a pouco chamando a atenção de uma comunidade médica cética no que tange a possível contribuição da fé na recuperação do enfermo. Isto pode ser observado devido ao aumento expressivo de pesquisas na área biomédica voltadas para essa discussão. Diversas publicações científicas e livros abordam o assunto e um número cada vez maior de médicos participam de conferências sobre fé e cura.

A pesquisa procurou mostrar a importância da capelania hospitalar junto aos pacientes oncológicos e aos seus familiares, e os profissionais da saúde que vivem a realidade do dia-a-dia do sofrimento das pessoas vitimadas pela doença.

Partindo desses pressupostos, faz-se necessária a presença do capelão/ã como parte integrante de uma equipe multiprofissional. Kubler-Ross defende a participação do/a capelão/ã na equipe interdisciplinar do hospital, mostrando a contribuição desse serviço como parte integrante no tratamento das pessoas enfermas. A autora encerra o seu livro sobre a morte e o morrer com a seguinte afirmativa:

Um livro sobre o estudo interdisciplinar do cuidado com os doentes em fase terminal não estaria completo sem uma palavra sobre o desempenho do capelão do hospital. Frequentemente, é o único que é chamado quando um paciente está em crise, quando está morrendo, quando a família reluta em aceitar a notícia, ou quando a equipe de tratamento o elege como mediador. Durante o primeiro ano desenvolvi este trabalho sem a assistência de religiosos. Mas a presença deles mudou muito o seminário.³⁶²

O equilíbrio emocional e espiritual da população hospitalar; melhores condições de enfrentar a enfermidade ao transmitir ao enfermo o senso de tranquilidade, confiança e respeito, preparando-o para o tratamento; resgate da dimensão humana por meio da espiritualidade no processo de fortalecer a fé e a esperança; melhoria da qualidade de vida, individual e coletiva ao ajudar a pessoa enferma a reencontrar o equilíbrio perdido ou alterado, todas estas ações devem ser estimuladas pela capelania hospitalar.

O ser humano é um complexo bio-psico-sócio-espiritual. Todas se interpenetram. Qualquer anomalia que afete uma dessas dimensões pode provocar uma doença. Por isso, também o processo de cura deve ser multidimensional. O ser

³⁶² KUBLER-ROSS, Elisabeth, 1977,p.258.

humano somente quando tratado como um todo poderá ser realmente saudável. A capelania hospitalar evangélica colabora na formação integral do ser humano. Curar significa cuidar de uma pessoa em todas as suas dimensões e ajudá-la a ser ela mesma até nas condições de doença e angústia. Significa também ajudar essa pessoa a viver com suas limitações e restaurar seu relacionamento com outras pessoas.

Este estudo veio confirmar os resultados de outras pesquisas acerca da contribuição da espiritualidade na recuperação do enfermo oncológico. O que a pesquisa se propôs foi mostrar que a capelania hospitalar tem em seu campo de atuação: as pessoas com câncer, seus familiares, os profissionais de saúde e todos/as que estão inseridos dentro de um ambiente hospitalar, sendo solidária em meio a dor, dramas e crises do ser humano, proporcionando condições para um tratamento digno, com todos os direitos assegurados, na construção de uma espiritualidade sadia e geradora de vida.

Portanto, a pesquisa atingiu seu objetivo demonstrando que o serviço de capelania hospitalar junto às pessoas com câncer deve fazer parte do tratamento do paciente não apenas como visita de encorajamento e solidariedade, mas um acompanhamento contínuo, a fim de que o paciente seja tratado como pessoa, com direitos e deveres, sendo alvo de uma genuína práxis de amor e solidariedade.

REFERÊNCIAS

ALARCOS Francisco J. [Tradução Antônio Efro Fetrin] **Bioética e Pastoral da Saúde**. São Paulo: Paulinas, 2006.

AMARAL,R.**Estilo devida**. [S.l.: sn],1999. Disponível em: <http://www.aquaforte/antropologia/estilo.htm>. Acesso em:05 set.2004.p.01

ÁLVAREZ, Gómez, J. **Religiosos al servicio de los enfermos**. Madrid, Claretianas, 1982.

Barbosa RCM, Ximenes LB, Pinheiro AKB. **Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio**. Acta Paul de Enf. 2004.

BAUTISTA, Mateo. **San Camilo. Con los que sofren**. Buenos Aires, San Pablo, 1994.

BAUTISTA, Mateo. **Jesús, sano, saludable, sanador**. Buenos Aires, san Pablo, 1995.

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

BALDESSIN, Anísio. **Pastoral da Saúde: orientações práticas**. São Paulo: Loyola, 2005.

BOFF, Leonardo. **Ethos Mundial: Um consenso mínimo entre os humanos**. Rio de janeiro: Sextante, 2003.

BOFF,Leonardo. **Saber cuidar: tica do humano compaixão pela terra**. Cidade:ed. Vozes,1999,p.59.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BONASSA, Ema. **Enfermagem em quimioterapia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

BOTSARIS, Alexandro Spyros. **Sem anestesia**: o desabafo de um médico. Os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

BRYLA, Christine. **The relationship between stress and the development of breast cancer**: a literature review. Onc. Nurs. Forum, [S.l.], v. 23, n. 3, 1996.

CASCIATO, D.A.; LOWITZ, B.B. (Org). **Manual de oncologia clínica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

CAVALCANTI, Eleny Vassão de Paula. **No leito da enfermidade**. São Paulo: Presbiteriana, 1992.

CARUSO, M. **Médicos da fé**. Revista Isto É. Ed. Abril, São Paulo, n 1554, jul. 1999.

CIENTISTAS PROVAM QUE TOQUE COM CARINHO ALIVIA AS DORES. **A tribuna**, Vitória, 13 set. 2008. Caderno de ciência e tecnologia.

CINÁ, Giuseppe, LOCCI, Efísio e RONCHETTA, Carlo. (Org.) **Dicionário interdisciplinar da pastoral da saúde**. Trad. Calisto Vendrame, Leocir Pessini e equipe. São Paulo: Paulus, 1999.

CUPANI, G; CAVALHEIRO, T. **Fé e atitudes positivas podem curar, acredite!** Revista Saúde Vital. Ed.nov, São Paulo: n.242, 2003.

DA SILVA, Marcos Nunes. **Capelania Hospitalar como práxis libertadora junto às pessoas com HIV/AIDS**. 2007, 123f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) Universidade Metodista de São Paulo- Faculdade de Filosofia e Ciências da religião-Programa de Pós- Graduação em Ciências da Religião. São Bernardo do Campo, 2007.

DEDIVITIS, Rogerio A; GUIMARÃES, André V; HUSHI, Gabriel D. **Qualidade de vida do paciente laringectomizado**. Revista brasileira de otorrinolaringologia. Ed 1ª, Jan/Fev, São Paulo: 2000.

DELGADO, G.L. **A dor em oncologia**. São Paulo: Atheneu/EDUSP, 1988,p.53.

DIMAZIO, Nilson. **Deus e a Ciência**. Jornal Batista. Rio de Janeiro. 25. Mar.2005.

ESSLINGER, Ingrid. **De quem é a vida afinal**: Descortinando os cenários da morte no hospital. São Paulo, Casa do psicólogo, 2004.

FACURE, N.O. **Ciência e espiritualidade**. Disponível em: [www. espirito.com](http://www.espirito.com). Br. Acesso em: Mar.2007.

FEIMER, F. Jesus y los enfermos. In: FEINER, J. & LOHRER, M. **Mysterium salutis**. Madrid, Cristianidad, 1984.

FARIA, Juliana Bernardes; SEIDL, eliana Maria Flelury. **Religiosidade, enfrentamento e bem estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Ver. Psicologia em Estudo, Maringá, v.11, n.1, p, 155-164, jan/abril. 2006.

FELDMAN, Clara. **Atendendo o paciente**. 2 ed. Belo Horizonte: Crescer, 2002.

FERREIRA, Damy e ZITI, Lizwaldo Mário. **Capelania hospitalar cristã – Manual didático e prático para capelães**. Santa Bárbara d'Oeste, Socep.2002.

FONTES, Conceição Adriana Sales; TITONELI, Neide Aparecida. **Importância do diálogo da enfermeira com clientes oncológicos diante do impacto do diagnóstico da doença**. Revista Ciência Cuidado e Saúde. Vol. 7, nov.2008. Disponível em: [http.periódicos. uem.br](http://periódicos.uem.br). acesso em out. 2008.

GAEDE, Rodolfo; PLETSCHE Rosane; WEGNER,Uwe(Org) **Práticas diaconais: subsídios bíblicos**. São Leopoldo:Sinodal,CEBI,2004.

HARING, B. **La ley de Cristo**, 7. ed. Barcelona, Herder,1973.

HECKERT, Uriel. **A busca da integridade**. In, Lisboa, Ageu Heringer (orgs.). *Saúde Pastoral e Comunitária*. São Paulo: CPPC, 1985.

HERTEL, Hildegart. **Espiritualidade e crise existencial na vivência do câncer**. 2ª ed. São Leopoldo: Oikos, 2008.

HOCH, Lothar Carlos; L ROCCA, Susan (Org.) **M. Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado**. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2007.

ISTO é, **Uma droga chamada esperança**. 03 jun.1998. Disponível em: <http://WWW.zaz.com.br/Istoé/comport/149634.chtm>. Acesso em: 16 out, 2009.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer – o que a morte pode ensinar aos médicos, enfermeiras, padres e suas famílias**. Trad. Thereza Kipnis, são Paulo: EDUSP/EDHART, 1977.

JODOROWSKI, A. **Los evangelios para sanar**. Vitoria La Llave, 1998.

LAGO,S. V. L; SILVEIRA, S.F; LAGO,A.L. **Por que Deus?** Reflexões para o homem em momentos de crise. Goiânia: AB,1994.

LAMBERT, Dominique. **Ciências e teologia: figuras de um dialogo**. São Paulo: Loyola, 2002.

LAURENTI, R.A. **A Mensuração da Qualidade de Vida**. Ver. Assoc. Méd. Brás. 2003; 49(4)349-66.

LESHAN, Lawrence. **Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer**. Tradução de Denise Bolonho. São Paulo: Summus, 1992.

LISBOA, Ageu Heringer (orgs.). **Saúde pastoral e comunitária**. São Paulo: CPPC, 1985, p.13.

MADOZ, V. **Enfermidad. In: Diez palbras clave sobre los miedos Del hombre moderno**. Estella, Verbo Divino, 1998.

MCMILLEN, S. I. **A provisão divina para a sua saúde**. Fiel, 1978.

MATEOS, Juan; CAMACHO, Fernando. **Jesus e a sociedade de seu tempo**. São Paulo: Paulus, 1992.

MARGOTTO, Selma Blom. **Terapias alternativas & Medicina científica**: Encontro ou confronto. Vitória: EDUFES, 1998.P.47-101.

MARTINS, Alexandre Andrade. **É importante a espiritualidade no mundo da saúde?** São Paulo: Paulus, Centro Universitário São Camilo, 2009.

MEZZOMO, Augusto Antonio, et AL. **Fundamentos da humanização hospitalar**: Uma versão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003.

Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama [acesso em 2002 Ago 21]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; [s.d.]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>

NETO, Rodolfo Gaede. **A diaconia de Jesus: uma contribuição para a fundamentação teológica da diaconia na América latina**. São Leopoldo:Sinodal:Centro de Estudos Bíblicos: São Paulo: Paulus,2001.

NOÉ, Sidney Vilmar. **Espiritualidade e saúde**: da cura d'almas ao cuidado integral. São Leopoldo: Sinodal, 2004.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de Metodologia Científica**: Projetos de Pesquisa, TGI, TCC, Monografias, Dessertações e Teses. 2º. ed. São Paulo: Pioneira,2004.

OLIVEIRA MM, Monteiro ARM. **Mulheres mastectomizadas: resignificação da existência**. Texto Contexto.São Paulo: Enferm. 2004.

PAES, Ilizete de Lourdes Brasil Silva. **Qualidade de vida da população do município de treze Tílias – SC fatores associados**. 2005. 80f. Dissertação

(apresentada ao final do curso de Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade.org**. 1 ed. São Paulo: Paulinas, 2008.

PESSINI, Léo; MILDNER, João Inácio. **O perfil do capelão e a missão da capelania hospitalar**. Revista Eclesiástica Brasileira. Ed. Junho, São Paulo, n.206, vol. 52, p. 414-416, 1992.

PESSINI, Leocir. **Como lidar com o paciente em fase terminal**. 5 ed. São Paulo: Santuário. 2003.

PESSINI, Leocir. **Bioética e Pastoral da Saúde**. Aparecida, Santuário/ICAPS. 1989.

REALE, Giovanni; ANTISERI, Dario. **História da filosofia: patrística e escolástica**, v.2. São Paulo: Paulus, 2003.

REMEM, Rachel Naomi. **Paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.

RANER, K. *Teologia pastoral*. In: NEUHAUSLER, H. & GOSSMANN, E. **Qué es teología?** Salamanca, Sígueme, 1969..

RICOEUR, P. **Finitud y culpabilidad**. Madrid, Taurus, 1982

RODRIGUES, Ana Margarida Sequeira; Raposo, JOSÉ Jacinto Vasconcelos. **A relação entre o bem-estar psicológico, a autoestima, a depressão e a religiosidade entre praticantes de atividade física regular e não praticantes idosos**. 2006, 75f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Centro de Estudos de Desenvolvimento Humano – CEDAFES. Vila Real, 2006.

RUCKERT, Maria Luiza; WONDRAČEK, Karina Helen Kepler. **Capelania hospitalar e ética do cuidado**. 2008. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ética e Subjetividade e Cidadania) - Escola Superior de Teologia Programa de Pós Graduação, São Leopoldo, 2008.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, L.Rizzo. *Espiritualidade Baseadas em Evidências*. **Revista Acta Fisiática**. Ed, Mar, São Paulo: 2000. Disponível em: www.actafisiatica.org.br. Acesso em Dez. 2009.

SASSE, André. ***Dor no câncer***: o desafio da dor, p.1-2. Disponível em: <http://www.andresasse.com/dor.htm>. Acesso em: 10 julho 2004.

SATHER-ROSA, Ronaldo. ***Cuidado pastoral em tempos de insegurança***: Uma hermenêutica teológica pastoral. São Paulo, Aste,2004.

SMELTZER, Suzanne; BARE Brenda G; BRUNNER, Suddarth. ***Tratado de enfermagem médico-cirúrgica***. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

STEAENS,A.K. ***Faça as pazes com a vida***: aprendendo a conviver com as perdas. 3 ed . São Paulo: Saraiva,1991.

SASSE, André. ***Dor no câncer***: o desafio da dor, p.1-2. Disponível em: <http://www.andresasse.com/dor.htm>. Acesso em: 10 julho 2004.

SAVIOLI, F. P. & FIORIN, J. L. ***Lições de texto***: leitura e redação. São Paulo: Ática, 1996.

SAVIOLI, Roque Marcos. ***Milagre que a medicina não contou***. 17ª ed, São Paulo: Ed. Ágape,2004.

SELYE, Hans. ***História e presente status do conceito de stresse***. Tradução de Lillian schafirovits. São Paulo: [s.n], 1997.

SHELDRAKE, Philip. ***Espiritualidade e teologia***: vida cristã e fé trinitária. Tradução Ricardo Gouveia. São Paulo: Paulinas, 2005.

SILVA, Marcos Nunes da. ***Capelania hospitalar como práxis libertadora junto às pessoas com HIV/AIDS***. 2007,123f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) Universidade metodista de São Paulo. São Bernardo do campo, 2007.

SZENMÁRTONY, M. *Introducción a la teología pastoral*. Estella, Verbo Divino, 1994.

TEIXEIRA, E.R. *O mal que passa*: representações sobre saúde, doença e o autocuidado. 1990. 181p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

VERSPIEREN, P. *Vida, salud y muerte*. In: LAURET, B. & REFOULÉ, F. Iniciación a la práctica de la teología, Madrid, Cristianidad, 1985. v. IV, p.339-375.

VEDOATO, Giovani Marinot. *Breve tratado de cristologia*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

VENDRAME, Calisto. *A cura dos doentes na Bíblia*. São Paulo: centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001.

WADOW, Vera Regina. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 2.ed.Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WEISSHEIMER, Maria Ivone. *Fé*. Disponível em: WWW.misacor.com.br. Acesso em jan.2007.

XAVIER, F.C. *Estante da vida, pelo Espírito Santo X*. 4^o. ed, Rio de Janeiro: FEB, 1974.

ZABATIERO, Júlio. *Fundamentos da teologia prática*. São Paulo: Mundo Cristão, 2005.