

**ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA**

RAFAEL SOUZA RODRIGUES

**O ACONSELHAMENTO PASTORAL E A SUA ABORDAGEM EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS: DA CRISE À INTERVENÇÃO**

São Leopoldo

2012

RAFAEL SOUZA RODRIGUES

O ACONSELHAMENTO PASTORAL E A SUA ABORDAGEM EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS: DA CRISE À INTERVENÇÃO

Dissertação de Mestrado
Para a obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós – Graduação
Área de Concentração: Teologia Prática

Orientadora: Valburga Schmiedt Streck

São Leopoldo

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R696a Rodrigues, Rafael Souza

O aconselhamento pastoral e a sua abordagem em pacientes oncológicos: da crise à intervenção / Rafael Souza Rodrigues ; orientadora Valburga Schmiedt Streck. – São Leopoldo : EST/PPG, 2012.

94 f.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Teologia. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2012.

1. Aconselhamento pastoral a doentes. 2. Câncer – Aspectos psicológicos. 3. Câncer – Aspectos religiosos. I. Streck, Valburga Schmiedt. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

BANCA EXAMINADORA

1º Examinador: Valburga S. Streck
Prof.ª Dr.ª Valburga Schmiedt Streck (Presidente)

2º Examinador: Rodolfo Gaede Neto
Prof. Dr. Rodolfo Gaede Neto (EST)

3º Examinador: Arno Vorpagel Scheunemann
Prof. Dr. Arno Vorpagel Scheunemann (ULBRA-RS)

AGRADECIMENTOS

A Deus por sua inspiração, direção e forças para concluir essa etapa.

Aos meus pais e irmãos pelo incentivo, dedicação e suporte.

À minha noiva Angela por sua paciência e companheirismo.

À minha prima Jéssica, Daniela e Jorge pelo apoio na revisão.

Aos amigos e irmãos da Primeira Igreja Batista de São Leopoldo pelo carinho e acolhimento.

A Faculdades EST por proporcionar recursos e um ótimo ambiente para a pesquisa.

À professora Valburga Schmiedt Streck por sua orientação e compreensão.

A Clínica Pastoral do Hospital Moinhos de Vento pelo acolhimento.

A CAPES pelo apoio e suporte financeiro.

RESUMO

O presente estudo tem por finalidade refletir sobre as contribuições do aconselhamento pastoral, com ênfase na espiritualidade, em pacientes oncológicos. O câncer é uma doença que pode instaurar um sério momento de crise e afetar todas as áreas da vida de uma pessoa. Desse modo, torna-se pertinente apresentar definições e tipos de crises, assim como a natureza e os processos dinâmicos que envolvem uma crise. No caso deste estudo, isto é realizado na perspectiva do aconselhamento pastoral e buscando referenciar biblicamente situações de crises. Também é necessário compreender o câncer nos seus aspectos gerais e analisar como esta doença, que acomete um número cada vez maior de pessoas, provoca diversas alterações no universo do paciente e de sua família. Ao final da pesquisa são abordados três modelos de aconselhamento pastoral que preconizam a espiritualidade em situações de crises, tais modelos são: os modelos de Gary Collins, Howard Clinebell, concebidos em um contexto norte-americano e o modelo de Daniel Schipani, construído a partir da realidade latino-americana. Além disso, é descrito um exemplo de aconselhamento pastoral dentro de um contexto hospitalar. Em suas diferentes visões, os modelos de aconselhamento pastoral pesquisados fornecem subsídios importantes para auxiliar as comunidades de fé a cumprirem sua missão de servir ao próximo, através do apoio e suporte a pacientes oncológicos.

Palavras-chave: Aconselhamento Pastoral, Câncer, Crises.

ABSTRACT

The present study aims to reflect on the contributions of pastoral counseling, with emphasis on spirituality in cancer patients. Cancer is a disease that can bring a moment of crisis and seriously affect all areas of a person's life. Thus, it is pertinent to present some definitions and types of crises, as well as the nature and the dynamic processes involving a crisis. In this study, this is done through the pastoral counseling and in the seeking for biblical references for the crisis. It is also necessary to understand the cancer in its general aspects and analyze how this disease that affects a growing number of people, causes several changes in the patient and in his family. At the end of the study three models of pastoral counseling that preconize spirituality in crisis situations are discussed, such models are: the Gary Collins models, Howard Clinebell, designed in the North American context and the model of Daniel Schipani, based on the Latin American reality. In addition, we describe an example of pastoral counseling in a hospital setting. In their different visions, the pastoral counseling models surveyed provide important support to assist faith communities to fulfill its mission that is to serve others, through the support to cancer patients.

Keywords: Pastoral Counseling, Cancer, Crisis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1. CRISES DA VIDA.....	12
1.1. Definições, Dinâmica e Principais Tipos de Crises.....	12
1.1.1 Natureza e Dinâmica das Crises.....	13
1.1.2. Tipos de Crises.....	16
1.2. Crises da Bíblia.....	18
1.2.1. As Crises na Vida de Jó.....	19
1.2.1.1. Data, Autoria e Contexto Literário.....	19
1.2.1.2. O Prólogo de Jó.....	22
1.2.1.3 Os Diálogos Poéticos.....	25
1.2.1.4 Jó e o problema do sofrimento.....	28
1. 2. 2. As Crises na Vida de Jesus.....	31
1.2.2.1 Jesus e problema do sofrimento.....	35
1.3. Crises diante da doença.....	37
1.4. Crises diante da morte e do morrer.....	39
2. COMPREENDENDO O CÂNCER.....	42
2.1. Causas e prevenção.....	42
2.2. Diagnóstico de câncer.....	45
2.3. Tratamento multidisciplinar do câncer.....	47
2.4. O câncer e o universo do paciente.....	50
2.4.1. Aspectos emocionais do paciente.....	50
2.4.1.1. Reações do paciente diante do diagnóstico	51
2.4.1.2. Reações do paciente diante da hospitalização.....	56
2.4.1.3. O câncer na fase terminal.....	58
2.4.1.4. O medo da morte.....	59
2.4.2. O câncer e os cuidados paliativos.....	62
2.4.3. Depressão no paciente oncológico.....	65
2.4.4. O câncer e a família.....	67
3. INTERVENÇÃO DO ACONSELHAMENTO PASTORAL COM ÊNFASE NA ESPIRITUALIDADE.....	71

3.1 Espiritualidade.....	71
3.1.1. Espiritualidade, saúde e qualidade de vida.....	73
3.1.2. Espiritualidade e enfrentamento religioso.....	75
3.2. Aconselhamento pastoral e espiritualidade.....	77
3.2.1. Modelos de aconselhamento pastoral nas crises do paciente oncológico.....	77
3.2.1.1. Modelo de Intervenção de Gary Collins.....	78
3.2.1.2. Modelo de Intervenção de Howard Clinebell.....	81
3.2.1.3. Modelo de intervenção de Daniel Schipani.....	83
3.2.2. Exemplo de aconselhamento pastoral no ambiente hospitalar.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS.....	91

INTRODUÇÃO

A presente dissertação se concentra em estudar a relação entre o aconselhamento pastoral no manejo das crises da vida enfrentadas por pessoas doentes de câncer. O aconselhamento pastoral é concebido, nesta pesquisa, como uma dimensão da ação pastoral, tendo por base na fé cristã, e que busca ajudar as pessoas a enfrentarem situações de conflitos e crises, acolhendo suas emoções, construindo conjuntamente estratégias de superação e conduzindo-as a um crescimento pessoal e espiritual

O câncer é uma doença que pode instaurar um momento de crise e afetar todas as dimensões da integralidade humana, inclusive a dimensão espiritual, que inclui o sentido último de vida. O aconselhamento pastoral trabalha diretamente com a espiritualidade.

O objetivo geral da pesquisa consiste em analisar como o aconselhamento pastoral pode contribuir na terapêutica de pacientes com câncer. Objetiva-se ainda: auxiliar na compreensão do sofrimento humano em situações de crise; refletir sobre impacto do câncer no universo do paciente e relacionar caminhos que promovam uma espiritualidade sadia em meio à doença de câncer.

A pertinência dessa pesquisa justifica-se pelo fato de o câncer ser uma doença que atinge um número cada vez maior de pessoas, tendo altos índices de mortalidade. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no ano de 2005, o câncer foi responsável por 13% de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo. Nas estimativas de 2010, também válidas para 2011, eram esperados 236.240 novos casos de câncer para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. Na distribuição de casos por localização, as regiões sul e sudeste apresentam as maiores taxas. O câncer de mama prevalece como o de maior incidência entre as mulheres destas regiões, e o câncer de próstata, o mais incidente entre homens.

De acordo com os dados descritos acima, percebe-se uma demanda considerável de pessoas que sofrerão algum tipo de câncer. Sendo assim, faz-se necessária uma intervenção humanizada e acolhedora, a fim de minimizar a dor de tantas pessoas. Nesse aspecto, o aconselhamento pastoral pode ter um papel relevante na terapêutica desses pacientes.

Ouvir, acolher, consolar e ajudar na compreensão da dor e do sofrimento humano são atitudes que expressam o cuidado cristão, uma vez que várias narrativas do Novo Testamento mostram Jesus Cristo demonstrando essas atitudes para com aquelas pessoas que clamavam por cuidado e amor. Também é notório o compromisso que Jesus tinha com a saúde das pessoas, uma vez que boa parte de seu ministério se dedicava a restaurar vidas, exorcizar demônios, devolver a sanidade e restaurar sonhos interrompidos.

A Igreja como agente do Reino de Deus, deve mobilizar os seus esforços, para promover, através de ações eficazes, a paz, a justiça e o amor divino neste mundo. Nessa mobilização, o aconselhamento pastoral pode ser um dos meios pelos quais a Igreja poderá cumprir o seu papel.

A metodologia utilizada neste estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica, por meio de livros e de artigos do Portal de Periódicos CAPES. Também foram feitas algumas visitas à Clínica Pastoral do Hospital Moinhos Vento, em Porto Alegre, visando a observar a assistência prestada a pacientes oncológicos dentro de um hospital.

Assim sendo, o primeiro capítulo traz uma reflexão acerca das crises de vida de modo geral. Inicialmente, são apresentadas algumas definições, natureza, dinâmica e os principais tipos de crises. Referencia-se o tema biblicamente, através de uma análise sobre as crises enfrentadas por Jó, no Antigo testamento, e Jesus, no Novo Testamento. Posteriormente, é tratado sobre as crises advindas de uma doença e diante da morte e do morrer.

O segundo capítulo aborda a doença do câncer especificamente. São analisados alguns aspectos gerais de um câncer, como causas, prevenção e diagnóstico. O universo do paciente, que se refere a todas suas dimensões e o contexto de sua vida, é tematizado quanto às reações emocionais diante do diagnóstico, hospitalização e o medo com relação à morte. Ainda nessa parte, estuda-se sobre o câncer e os cuidados paliativos, a depressão em pacientes oncológicos e o impacto do câncer na família desses pacientes.

O terceiro capítulo trata sobre a intervenção do aconselhamento pastoral em casos de crises, com ênfase na espiritualidade, relacionado-o como uma forma de cuidado e suporte para as crises de um enfermo oncológico. São abordados três modelos de intervenção do aconselhamento pastoral nas crises: os modelos de Gary

Collins, Howard Clinebell, concebidos em um contexto norte-americano, e o modelo de Daniel Schipani, construído a partir da realidade latino-americana.

Ao final do trabalho, é descrita a atividade desenvolvida pela Clínica Pastoral do Hospital Moinhos de Vento, buscando demonstrar os benefícios do aconselhamento pastoral para pacientes oncológicos no contexto hospitalar.

1. CRISES DA VIDA

Na presente época, denominada por alguns de pós-modernidade, são várias as situações adversas enfrentadas pelas pessoas, que resultam em experiências de crises e afetam todas as áreas da vida. Leonardo Boff afirma que a sociedade contemporânea vive uma crise civilizacional generalizada, existindo um mal-estar difuso na sociedade, e atribui isso aos fenômenos do descuido, do descaso, enfim, a falta de cuidado.¹

Hernández e Wondracek acreditam que as pessoas vivem em um mundo “que se move constantemente, onde a única coisa certa é que a vida será percorrida sob uma inconstância permanente e irreduzível”². Nesse contexto, não há perspectiva de atravessar uma crise e restabelecer o equilíbrio, devido à ausência, na atualidade, de um padrão universal que regule as relações humanas.

Conseqüentemente, percebe-se uma humanidade desejosa por respostas e novos caminhos, onde possam encontrar o alívio e consolo esperados nos momentos de crise e sofrimento.

Para tanto, é fundamental buscar uma compreensão adequada do que exatamente consiste em vivenciar uma crise, sua dinâmica e os principais tipos de crises.

1.1. Definições, Dinâmica e Principais Tipos de Crises

Algumas definições de crise foram encontradas na literatura pesquisada. Para Collins, as crises são momentos de decisão que representam, ao mesmo tempo, perigo e oportunidade, justificando o perigo porque interrompem o curso normal da vida; e oportunidade, uma vez que acarretam mudanças de comportamento, amadurecimento e uma melhor reação diante das dificuldades.³

¹ BOFF, Leonardo. *Saber Cuidar: Ética do Humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2008. p.17.

² HERNÁNDEZ, Carlos J. WONDRAECK, Karin Hellen K. *Aprendendo a Lidar com Crises*. São Leopoldo: Sinodal, 2004, p. 62.

³ COLLINS, Gary R. *Aconselhamento Cristão: edição século 21*. São Paulo: Vida Nova, 2004. p. 73.

Maldonado define uma crise como “um estado temporário de transtorno e desorganização, caracterizado principalmente pela incapacidade do indivíduo ou da família de resolver problemas, usando os métodos e as estratégias costumeiras”.⁴ De acordo com essa perspectiva, as crises não representam um estado de doença, pois fazem parte da experiência humana universal, sendo uma forma normal de reação das pessoas às ameaças internas ou externas que não podem controlar.

Segundo Maldonado, é importante diferenciar uma crise de um problema, de uma tragédia e de uma emergência. Os problemas enfrentados pelas pessoas, nem sempre culminam em uma crise. Tragédias são acontecimentos externos, desafortunados que também não conduzem necessariamente a uma crise. Uma emergência “é um estado subjetivo que cria a sensação de que se precisa de ajuda externa imediata para voltar ao equilíbrio anterior ou para colocar fim às mudanças”.⁵

Blanches de Paula também contribui, ao citar uma definição de crise de James Farris:

Uma crise é uma experiência ou uma série de experiências que se apresentam ao indivíduo como uma ameaça profunda para sua identidade, seu ego ou para suas relações. Crises são eventos ou processos que parecem ter o poder de ameaçar ou sacudir o mundo ou uma pessoa.⁶

1.1.1 Natureza e Dinâmica das Crises

Geralmente, a tensão causada por problemas é reduzida com rapidez por meio do uso de habilidades e aptidões conhecidas para a sua resolução. A crise se instaura nas pessoas quando percebem que seus recursos disponíveis são ineficazes para solucionar seus problemas, fazendo com que o estresse por necessidades não satisfeitas aumente cada vez mais. Esse estresse é resultado da insatisfação de algumas necessidades físicas ou psicológicas fundamentais.⁷

⁴ MALDONADO, Jorge E. Intervenção em Crises. In: SANTOS, Hugo N. (Org). *Dimensões do Cuidado e Aconselhamento Pastoral*. São Paulo: ASTE; São Leopoldo: CETELA, 2008. p. 157.

⁵ MALDONADO, Jorge E. *Crises e Perdas na Família: consolando os que sofrem*. Viçosa: Ultimato, 2005. p. 17.

⁶ FARRIS, 1996 apud BLANCHES, Paula de. A Fé como Suporte nas Crises. In: HOCH, Lothar Carlos; SCHEUNEMANN, Arno V (orgs). *Redes de Apoio na Crise*. São Leopoldo: EST, 2003, p. 81.

⁷ CAPLAN, 1964 apud CLINIBELL, Howard J. *Aconselhamento Pastoral : modelo centrado em liberdade e crescimento*. 4º Ed. São Leopoldo: Sinodal, 2007, p. 180.

Ao retratar o desenvolvimento de uma crise pessoal, Clinebell faz referência às contribuições do médico psiquiatra Gerard Caplan, que descreve quatro fases características de uma crise:

1) O problema (estímulo) causa tensão no organismo, que mobiliza as habituais reações da pessoa para solucionar problemas; 2) A insuficiência dessas reações e a persistência da necessidade não satisfeita produzem distúrbios interiores; incluindo sentimentos de ansiedade, confusão, culpa, ineficácia e um certo grau de desorganização do funcionamento; 3) Quando a tensão do problema aparentemente insolúvel transpõe um certo limiar, ela torna-se um poderoso estímulo para a mobilização de recursos adicionais para enfrentar a crise [...] O aconselhamento em casos de crise tem por objetivo ajudar as pessoas neste terceiro estágio encorajando-as a mobilizar recursos latentes de enfrentamento; 4) Se o problema não é resolvido, a pressão interior de necessidades não satisfeitas avoluma-se até atingir outro limiar: o ponto de ruptura, onde ocorre uma séria desorganização da identidade (doença psicológica, psicossomática, interpessoal ou espiritual).⁸

Ainda sobre as fases de uma crise, Stone descreve quatro momentos muito semelhantes à abordagem descrita anteriormente: o primeiro momento é o evento precipitador, como a notícia da perda de um emprego ou um diagnóstico de doença grave; o segundo momento é a avaliação das implicações que este evento poderá trazer na vida de uma pessoa; no terceiro, é feito um levantamento de recursos disponíveis para o enfrentamento, como, por exemplo, verificar as chances de conseguir um novo emprego; e o quarto é o desencadeamento da crise propriamente dita, quando passado pelos momentos anteriores, chega-se à conclusão das condições para resolver a situação. Se as condições forem boas, a crise será menor, mas se forem insuficientes, a crise será maior.⁹

Para Maldonado, a interpretação de que um determinado acontecimento é extremamente ameaçador e a conclusão da não existência de uma saída viável resulta em crises. Ele propõe o seguinte esquema, em que destaca desde o fator precipitante à crise: (1) ameaça, tragédia, problema ou perda geram (2) aumento do estresse e ansiedade; (3) estratégias habituais de solução fracassam; (4) novamente aumento do estresse; (5) mobilização de novos recursos de emergência; (6) se os recursos disponíveis são insuficientes, uma crise se estabelece.¹⁰

Percebe-se, dessa forma, que uma crise é sempre antecedida por um momento de densa reflexão, em que a pessoa faz uma análise da situação na qual

⁸ CLINIBEL, 2007, p. 181.

⁹ STONE, Howard H. *Crises Counseling*. Philadelphia: Fortress, 1978, p. 12-13.

¹⁰ MALDONADO, 2005, p.18-19.

se encontra. Aquele problema vivenciado poderá gerar uma crise pessoal, se as conclusões iniciais forem negativas e pessimistas quanto a sua resolução.

Na sintomatologia de uma crise, Hoch destaca alguns aspectos observados no acompanhamento de pessoas em crise, como o fato de esta não ser um sintoma de distúrbio mental. No entanto uma determinada crise poderá acarretar problemas psicológicos, “dependendo da constituição psicológica da pessoa”. Nessa perspectiva, afirma que:

Há pessoas que, na crise, perdem completamente a noção dos fatos. Algumas, numa atitude de defesa, deixam de perceber a realidade e agem como se as coisas não estivessem acontecendo com elas. [...] A crise provoca uma tendência a regressão, ou seja, leva a pessoa a desenvolver atitudes infantis de busca desesperada por segurança e proteção. Essa atitude, por sua vez, pode levar a que alguém, em meio à crise se torne dependente de determinadas pessoas, nas quais ela projeta suas expectativas de ajuda.¹¹

Na crise, ocorre o aumento da acessibilidade psicológica, tornando a pessoa mais influenciável. A pessoa em crise está mais vulnerável e predisposta a intervenções externas. De outro modo, existem pessoas que, ao passarem por diversas crises na vida, aprendem a administrá-las de forma positiva, não se deixando abater diante de uma forma já vivida de crise, tornando-se apoio para outras pessoas em situações semelhantes.¹²

As crises podem ter duração de uns poucos dias até períodos mais extensos, de seis a oito semanas, sendo que nenhum organismo ou sistema familiar suportam altos níveis de desorganização por longos períodos de tempo. Ao atingir o período máximo, a tendência é de que a crise se resolva, seja positiva ou negativamente. Positivamente se, ao final da crise, a pessoa ou a família se sentirem mais bem dispostas e capazes de enfrentar a vida com confiança e fé no futuro. Negativamente, se estiverem presentes sentimentos de temor, incapacidade e insegurança.¹³

As crises, independentemente dos estímulos que as provoquem, muito se assemelham entre si, sendo possível esboçar uma trajetória comum entre elas. A primeira reação é o choque frente ao impacto do estímulo estressor, que se refere a

¹¹ HOCH, Lothar Carlos. A Crise Pessoal e sua Dinâmica. In: SANTOS, Hugo N. (Org). *Dimensões do Cuidado e Aconselhamento Pastoral*. São Paulo: ASTE; São Leopoldo: CETELA, 2008. p. 145-146.

¹² HOCH, 2008, p.147.

¹³ MALDONADO, 2008, p.160.

um estado de perturbação ou comoção. Para amortecer o golpe, o organismo utiliza dois mecanismos: a negação e a perda de memória. Em seguida, surgem reações como desorganização pessoal, somatizações e idéias autodestrutivas. Quando a pessoa consegue superar esse estado de comoção, ela se torna apta para entrar no processo de recuperação da crise.¹⁴

A crise não deve ser tratada somente no âmbito emocional, uma vez que ela também interfere em outras esferas da vida, como na cognição, comportamento, relacionamentos e espiritualidade. A crise pode atrapalhar os processos cognitivos, prejudicando as habilidades de reflexão, avaliação e tomada de decisões. Ao mesmo tempo em que a mente fica confusa, a pessoa se torna acessível a sugestões que contribuam para o enfretamento do problema. O sistema de relações também é afetado, o que exigirá reformulações para uma melhor adaptação a nova situação gerada pela crise.¹⁵

Em meio à crise, as pessoas se encontram mais abertas para refletirem sobre questões relacionadas à espiritualidade, que incluem a fé e o sentido último da existência, devido à importância dessas questões para a vida.

1.1.2. Tipos de Crises

O psiquiatra Frank S. Pittman propõe uma classificação das crises em quatro tipos, a partir de uma perspectiva familiar e sistêmica, quais sejam: circunstanciais, de desenvolvimento, estruturais e de desvalia.¹⁶

As crises circunstanciais se referem a acontecimentos acidentais, inesperados, que produzem um estresse imprevisível, gerado por forças alheias ao indivíduo e à família. Alguns exemplos são: a perda de emprego, um incêndio, uma doença, catástrofes da natureza, um estupro, depressão econômica e perda de um familiar ou amigo. Geralmente, a adaptação aos efeitos de uma crise circunstancial é boa. Uma família ou comunidade costumam receber o suporte necessário das pessoas que as rodeiam, não requerendo intervenção profissional. Para que esse

¹⁴ MALDONADO, 2008, p.161.

¹⁵ MALDONADO, 2008, p.161.

¹⁶ PITTMAN III, Frank S. *Momentos Decisivos: Tratamiento de Familias em Situaciones de Crisis*. Buenos Aires: Paidós, 1990.

tipo de crise seja bem processado, é fundamental valorizar o aspecto cognitivo, por meio do estímulo a uma análise em profundidade do significado da perda e a compreensão do grau de interrupção no projeto de vida afetado. Outro objetivo importante na ajuda ao processamento de uma crise circunstancial é o estímulo às pessoas afetadas a expressarem seus sentimentos em um ambiente de solidariedade, aceitação e empatia.¹⁷

As crises de desenvolvimento acontecem em uma família quando essa não consegue assimilar a nova etapa de desenvolvimento de alguns de seus membros ou do conjunto familiar em si. São crises normais e previsíveis, que provocam mudanças no status e função dos membros da família. O equilíbrio familiar é parcialmente resultante do bom enfrentamento desse tipo de crise.¹⁸

Segundo Pittman, as situações que mais proporcionam o desencadeamento de crises nas famílias são: casamento, nascimento dos filhos, início da idade escolar destes, puberdade e adolescência, a saída de casa dos filhos quando chegam à idade adulta, envelhecimento e aposentadoria dos pais, morte dos pais. O psiquiatra também ressalta que as crises de infidelidade no casamento, divórcio e crises de meia idade são crises consideradas previsíveis em algumas sociedades.¹⁹ O desencadeamento de uma crise de desenvolvimento dependerá da ausência de atitudes requeridas para assimilar as mudanças que se apresentam.

As crises estruturais são as mais difíceis de serem tratadas, uma vez que são resultado de um esforço para evitar mudanças. Há um agravamento de tensões internas na família que não foram resolvidas e que não se relacionam com forças externas ou às etapas de desenvolvimento. Essas crises se tornam recorrentes quando as famílias não conseguem resolver problemas de personalidade de alguns dos seus membros ou da estrutura familiar. Famílias que convivem com situações de dependência química ou violência doméstica sofrem desse tipo de crise, que resulta em diversas emergências (entre elas, financeiras, habitacionais e escolares). Existem também famílias que vivem em uma “crise perpétua”, caracterizadas por maus tratos, dor e abandono que as acompanham por gerações. Essas famílias não conhecem outro estilo de vida e, ao longo do tempo, perderam seus recursos de

¹⁷ MALDONADO, 2008, p.165.

¹⁸ MALDONADO, 2005, p. 32.

¹⁹ PITTMAN III, 1990, p. 32.

enfrentamento e participam pouco de redes de apoio fornecidas por parentes, amigos e igrejas, por exemplo.²⁰

Crises de desvalia ocorrem quando membros de uma família se tornam dependentes ou disfuncionais, requerendo ajuda especializada ou mantendo a família presa às suas demandas de cuidado e atenção. Crianças, doentes crônicos e idosos se enquadram nessa situação. A possibilidade maior de uma crise de desvalia é em pessoas na terceira idade, que podem ter o processo de envelhecimento acelerado por uma doença crônica, queda, morte de um cônjuge, perda da visão, entre outras causas. A crise de desvalia é instaurada devido ao esgotamento de recursos da família, ou mesmo quando o suporte necessário para o enfrentamento tem que ser muito especializado.²¹

Outro tipo de crise descrito por Collins são as crises existenciais, em que as pessoas se deparam com verdades perturbadoras sobre elas mesmas, que necessitam de tempo e esforço para serem assimiladas. Essas crises são advindas de mudanças na autopercepção que, se forem confrontadas após uma fase inicial de negação, permitirão que a pessoa siga sua vida sem perder a esperança de realização pessoal.²²

1.2. Crises da Bíblia

De acordo com Collins, nota-se que boa parte da Bíblia aborda a temática das crises. Personagens como Adão, Caim, Noé, Abraão, Davi, Jó, Elias, Jeremias, dentre outros, tiveram seus momentos de crise narrados com detalhes no Antigo Testamento.²³ O Novo Testamento também mostra o próprio Jesus passando por crises, sobretudo, na época da crucificação, assim como os seus discípulos, o apóstolo Paulo, e outros primeiros cristãos. São várias as cartas neotestamentárias escritas para consolar e auxiliar comunidades cristãs em crise.

Contudo, no Antigo Testamento, preconiza-se a vida do personagem bíblico Jó, história em que se encontra um rico e denso relato de um homem que

²⁰ MALDONADO, 2008, p. 169-171.

²¹ MALDONADO, 2005, p.43-44.

²² COLLINS, 2004, p.77.

²³ COLLINS, 2004, p.75.

atravessou graves crises em sua vida e, além disso, foi incompreendido pela sua esposa e amigos. Jó buscou na sua fé em Deus a força que precisava para superar suas crises e compreender os limites da experiência humana diante da onipotência de Deus.

Quanto ao Novo Testamento, descreve Jesus Cristo, que experimentou um sério momento de crise em sua agonia no Jardim do Getsêmani, segundo as narrativas dos evangelhos sinóticos.

1.2.1. As Crises na Vida de Jó

O livro de Jó é um dos textos das Escrituras Sagradas que mais discute questões referentes ao sofrimento, às reações do ser humano diante de suas crises, a ressonância das suas atitudes nos relacionamentos interpessoais e com Deus. Os Salmos e as Lamentações de Jeremias, assim como outros livros do Antigo Testamento, também tematizam sobre crises da vida e o sofrimento humano. No entanto, possivelmente é em Jó que se encontram inspiração e orientação mais concretas para saber como proceder e como não proceder no acompanhamento de uma pessoa em crise.

1.2.1.1. Data, Autoria e Contexto Literário

Segundo Ceresko, o livro de Jó foi incluído pela tradição bíblica no cânon das Escrituras, por, ao menos, três razões principais. Primeiramente, pelo mérito de ser um livro que, ao apresentar os questionamentos de Jó perante Deus, e como Deus o responde, torna-se paradigmático para compreender a relação entre Deus e os seres humanos na Bíblia. A segunda razão é que o livro representa um exemplo de literatura sapiencial, ou seja, de sabedoria bíblica, uma vez que trata sobre questões advindas da experiência pessoal de Jó, o que é característico desse tipo de literatura. A terceira razão é que a história descrita no livro é exposta como uma parábola, uma maneira sábia de proceder que atrai e obriga os seus leitores a

tomar partido, contra ou a favor dos personagens, promovendo uma identificação destes com Jó.²⁴

De forma geral, não há um consenso na literatura sobre o Antigo Testamento quanto à data da redação e da autoria exata do livro de Jó. Andersen afirma que não se sabe quem escreveu, onde escreveu e quando Jó realmente viveu. As datas propostas para o livro são tão diversas que vão desde o período de Moisés até a época helenística.²⁵ Terra propõe que a redação do livro pode ter acontecido entre o retorno do cativo babilônico da nação de Judá, em 538 a.C., até a invasão do helenismo, em 330 a.C., sugerindo o fim do século V como a data mais conveniente.²⁶

Devido à falta de evidências, Dillard e Longman III aconselham ser mais coerente manter a data da composição do livro em aberto, porém, afirmam que é possível conhecer as circunstâncias dos eventos descritos no livro, ou seja, o seu contexto histórico, a partir de algumas indicações fornecidas pelas narrativas de Jó.²⁷ O mesmo raciocínio também pode ser adotado no que diz respeito à autoria do livro de Jó.

O contexto histórico, segundo Dillard e Longman III, está inserido no período patriarcal e justificam essa tese devido às semelhanças entre Jó e o patriarca Abraão, já que ambos eram homens ricos que possuíam muitos gados e empregados (Jó 1.3; 42,12), eram chefes de grandes famílias e tinham funções sacerdotais. E essa última justificativa seria inadmissível após o estabelecimento formal do sacerdócio em Israel, no monte Sinai. Outro fator importante seria a idade de Jó, que ultrapassou a dos patriarcas, pois ainda viveu mais de cento e quarenta anos após a sua restauração (Jó 42.16). Há também o indício de que Jó não era um israelita, tendo em vista que a “terra de Uz” (Jó 1.1) não fazia parte de um território de Israel. É provável que Jó tenha vivido antes da aliança de Deus com Abraão, uma vez que essa aliança era inicialmente restrita à família dos patriarcas de Israel.

²⁴ CERESKO, Anthony R. *A Sabedoria no Antigo Testamento: Espiritualidade Libertadora*. São Paulo: Paulus, 2004. p. 75-77.

²⁵ ANDERSEN, Francis I. *Jó: Introdução e Comentário*. São Paulo: Mundo Cristão; Vida Nova, 1984. p.59-60.

²⁶ TERRA, D. João E. M. Introdução ao Livro de Jó. *Revista de Cultura Bíblica*, São Paulo, v.25, n. 103/104, p.24, 2002.

²⁷ DILLARD, Raymond B. LONGMAN III, Tremper. *Introdução ao Antigo Testamento*. São Paulo: Vida Nova, 2005. p. 190-191.

Contudo, todos os fatores anteriormente mencionados corroboram apenas para a compreensão do contexto do enredo do livro, não o período de sua composição.²⁸

Ao partir para uma análise literária, percebe-se que o livro de Jó é singular, mesmo existindo algumas literaturas semelhantes em épocas anteriores no antigo Oriente Médio. Por isso, ele tem atraído vários olhares de críticos literários e influenciado a literatura ocidental através dos tempos.²⁹

Quanto a sua estrutura, o livro de Jó, no formato atual, permite esboçar as seguintes divisões, de acordo com os capítulos:

- 1-2: prólogo em prosa³⁰, apresentando personagens e enredo.
- 3-31: diálogos poéticos de Jó com seus três “amigos”.
- 3: O lamento de Jó.
- 4-27: três ciclos de diálogos.
- 28: O poema sobre sabedoria divina.
- 29-31: o último discurso de Jó.
- 32-37: O monólogo de Eliú.
- 38-42.6: Javé fala do meio do redemoinho.
- 42.7-17: Epílogo em prosa que encerra a ação.³¹

Conforme dito anteriormente, existem textos do antigo Oriente Médio que possuem semelhanças com o livro de Jó, originários de regiões como Suméria, Egito, Babilônia, Ugarit e Índia. Porém, Andersen ressalta que nenhum deles pode ser considerado a origem do livro de Jó, e assim justifica:

Jó fica muito acima dos seus concorrentes mais próximos, na coerência do seu bem fundamentado tratamento do tema da desgraça humana, no escopo do seu exame dos muitos lados do problema, na força e na clareza do seu desafiador monoteísmo moral, na caracterização dos protagonistas, nas alturas da sua poesia lírica, no seu impacto dramático e na integridade intelectual com que enfrenta o fardo ininteligível da existência humana [...]. A comparação serve apenas para ressaltar a grandeza única do livro de Jó.³²

²⁸ DILLARD, LONGMAN III, 2005, p. 191.

²⁹ DILLARD, LONGMAN III, 2005, p. 191.

³⁰ Texto literário caracterizado por uma forma contínua, não fragmentado, e dividido em períodos e parágrafos.

³¹ DILLARD, LONGMAN III, 2005, p. 192.

³² ANDERSEN, 1984, p. 30.

Com relação ao gênero literário, Terra classifica o livro como um Escrito Didático ou de Sabedoria, não excluindo a possibilidade de que o personagem histórico tenha realmente existido.³³ Dillard e Longman III afirmam que a melhor designação para o gênero é “Debate de Sabedoria”, tendo em vista que a temática central do livro, na perspectiva destes autores, é a questão da fonte da sabedoria aliada à questão do sofrimento humano.³⁴

1.2.1.2. O Prólogo de Jó

Alguns textos-chave de Jó fornecem o tom das questões principais que permeiam o livro como um todo. O Prólogo (1-2), escrito em prosa, apresenta o pano de fundo para os diálogos seguintes entre Jó e os seus amigos. Inicialmente, observa-se o contexto da vida de Jó antes das crises e perdas que se estabeleceram após o desafio entre Deus e Satã (1,1-5):

Na terra de Uz, vivia um homem chamado Jó. Era homem íntegro e justo; temia a Deus e evitava o mal. Tinha ele sete filhos e três filhas, e possuía sete mil ovelhas, três mil camelos, quinhentas parelhas de boi e quinhentos jumentos, e tinha muita gente a seu serviço. Era o homem mais rico do oriente. Seus filhos costumavam dar banquetes em casa, um de cada vez, e convidavam suas três irmãs para comerem e beberem com eles. Terminado um período de banquetes, Jó mandava chamá-los e fazia com que se purificassem. De madrugada, ele oferecia um holocausto em favor de cada um deles, pois pensava: "Talvez os meus filhos tenham lá no íntimo pecado e amaldiçoado a Deus". Essa era a prática constante de Jó.³⁵

O texto mostra um Jó com uma vida próspera financeiramente e posição de destaque na sociedade da época. Além disso, integridade, justiça, retidão e temor a Deus são qualidades marcantes na pessoa de Jó. O fato de banquetes serem realizados constantemente pelos seus filhos caracteriza uma família bastante unida, que desfrutava de uma comunhão harmoniosa e saudável. A religiosidade e a relação de Jó com Deus estão presentes nos atos de purificação. Já a oferenda de sacrifícios acontece em prol dos pecados de seus filhos. A necessidade de Jó em

³³ TERRA, 2002, p. 24.

³⁴ DILLARD, LONGMAN III, 2005, p. 191.

³⁵ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

conservar sua vida e família corretas e justas diante de Deus fica evidente na preocupação com possíveis pecados íntimos dos corações de seus filhos.

Em suma, não havia nada em Jó que pudesse justificar um castigo divino ou punição, nem a presença de consequências por atos cometidos no passado, seja por ele ou por parte de seus filhos. Jó tinha uma conduta absolutamente sem mácula.

Os versículos posteriores mostram a trama da reunião de um conselho celestial (1,6-12), em que na presença de seres celestiais, Deus lança um desafio a Satã (que no hebraico significa adversário, acusador)³⁶, afirmando que, mesmo que Jó perdesse todas as suas posses, ainda assim ele não blasfemaria contra Ele. Em seguida, Jó começou a perder tudo o que tinha, começando pelo seu numeroso gado. Depois, perdeu ovelhas, empregados e, finalmente, seus filhos foram mortos em um desastre da natureza (1,13-19). Diante desse quadro, é surpreendente a reação resignada de Jó:

Ao ouvir isso, Jó levantou-se, rasgou o manto e rapou a cabeça. Então prostrou-se no chão em adoração, e disse: "Saí nu do ventre da minha mãe, e nu partirei. O Senhor o deu, o Senhor o levou; louvado seja o nome do Senhor". Em tudo isso Jó não pecou nem de nada culpou a Deus.³⁷

O ato de rasgar o manto e raspar a cabeça expressa uma reação imediata de mágoa e tristeza da parte de Jó ao tomar conhecimento da sua situação caótica.³⁸ Porém, provavelmente, após fazer uma avaliação do quadro, Jó, perante as perdas, adorou a Deus, demonstrando o reconhecimento de que tudo aquilo que possuía eram bênçãos vindas das mãos de Deus. Assim, não atribuiu a Deus a culpa pelo seu sofrimento. Jó ainda tinha como recursos disponíveis, para enfrentar os problemas, sua boa saúde, uma esposa e, principalmente, sua aparente inabalável fé em Deus.

Novamente, o texto se volta para o conselho celestial, mostrando que Satã não se deu por satisfeito e colocou em xeque mais uma vez a integridade e a fé de Jó, argumentado que o comprometimento da sua saúde física o levaria a rejeitar suas crenças. Deus aceitou o desafio e permitiu a Satã ferir Jó com tumores malignos, mas deixou claro que a vida dele deveria ser preservada (2,6-7). A reação

³⁶ CERESKO, 2004, p. 84.

³⁷ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

³⁸ ANDERSEN, 1984, p. 84.

de Jó a sua dor e sofrimento físico se expressa nos versículos 2,8-13, conforme se lê abaixo:

Então Jó apanhou um caco de louça com o qual se raspava, sentado entre as cinzas. Então sua mulher lhe disse: "Você ainda mantém a sua integridade? Amaldiçoe a Deus, e morra!" Ele respondeu: "Você fala como uma insensata. Aceitaremos o bem dado por Deus, e não o mal?" Em tudo isso Jó não pecou com os lábios. Quando três amigos de Jó, Elifaz, de Temã, Bildade, de Suá, e Zofar, de Naamate, souberam de todos os males que o haviam atingido, saíram, cada um da sua região, e combinaram encontrar-se para mostrar solidariedade a Jó e consolá-lo. Quando o viram à distância, mal puderam reconhecê-lo e começaram a chorar em alta voz. Cada um deles rasgou o manto e colocou terra sobre a cabeça. Depois se assentaram no chão com ele, durante sete dias e sete noites. Ninguém lhe disse uma palavra, pois viam como era grande o seu sofrimento.³⁹

Segundo D'Araújo Filho, o ato de Jó de sentar entre cinzas se refere a uma antiga tradição da região mesopotâmia de simbolização da dor e o raspar com caco de louça significa a limpeza das feridas.⁴⁰ Quanto à doença, existem diferentes explicações, como inflamações, elefantíase, câncer de pele ou lepra. De todas essas opções, para Ternay é mais coerente definir a doença de Jó como uma inflamação, uma vez que a palavra hebraica *shehin ra'*, no versículo 7, não designa a lepra tradicional.⁴¹

Independentemente de qual fosse a doença de Jó, o fato é que a dor e o sofrimento que a enfermidade essa lhe causou eram profundamente terríveis: primeiro, a perda dos bens, empregados e filhos; depois, a perda da saúde e da própria dignidade. O texto mostra que a esposa de Jó, praticamente o único bem que lhe foi preservado, teve um papel negativo no seu drama, incitando-o a blasfemar contra Deus e, ao que parece, desejando a sua morte. É possível que a reação da esposa de Jó externe a dificuldade de lidar com a dor e aflição do marido e da própria dor que ela sentia, caracterizando uma profunda crise. Afinal, era uma mãe que vivia um processo de luto pela morte dos filhos, uma esposa que viu se esvaír todo o sustento da família e que ainda tinha de conviver com uma grave doença na vida do marido.

³⁹ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

⁴⁰ D'ARAÚJO F., Caio Fábio. *O Enigma da Graça: um comentário bíblico existencial sobre o livro de Jó*. São Paulo: Editora Prólogos, 2002, p. 34.

⁴¹ TERNAY, Henri de. *O Livro de Jó: da provação a conversão, um longo processo*. Petrópolis: Editora Vozes, 2001, p. 45.

Porém, Jó despreza o conselho da esposa, repreendendo sua atitude, mantendo firme a sua postura da não rejeitar a Deus e demonstrando aceitação quanto as difíceis experiências ao seu redor.

Posteriormente, entram em cena os três amigos de Jó: Elifaz, Bildade e Zofar. Em princípio, os amigos tiveram compaixão e se solidarizaram com a dor de Jó. As motivações da visita dos amigos que vieram de regiões distantes, conforme o texto, eram de compartilhar o sofrimento e levar alguma palavra de consolo e conforto para Jó. Ao contemplar a aflição de Jó, seus amigos também simbolizaram a dor através do gesto de rasgar as vestes e colocar pó e cinza sobre a cabeça. Além disso, permaneceram calados por sete dias, “pois viam que a dor era muito grande”.

Até esse ponto, percebem-se algumas crises na vida Jó. São crises circunstanciais, geradas por fatos que surgiram de forma inesperada, sem qualquer aviso prévio. A postura da esposa de Jó, possivelmente, acarretou uma crise na relação entre eles. A perda da fonte de renda resultou em uma crise financeira e, com certeza, a morte dos filhos, em crise emocional.

Os amigos se apresentam como conselheiros, mas, em um primeiro momento, respeitam o silêncio de Jó. Nesse período, Jó está avaliando suas perdas, verificando os recursos de que dispunha para enfrentar as crises. Os fatos seguintes, no entanto, expressam a maior, e até então inimaginável, crise de todas: a crise de fé. Essa crise é o cerne de todo livro, e dela provêm às principais discussões que os textos de Jó suscitam.

1.2.1.3 Os Diálogos Poéticos

Terminado o prólogo, iniciam-se os diálogos poéticos entre Jó e seus três amigos. Nessa parte, foram selecionados alguns textos para mostrar a crise de Jó, como o seu discurso de abertura, a resposta de um dos amigos e um dos questionamentos feitos a Deus.

Após o período de silêncio, Jó finalmente manifesta o resultado de suas reflexões na presença dos três amigos, conforme os versículos (3,1-7) transcritos abaixo:

Depois disso, Jó abriu a boca e amaldiçoou o dia do seu nascimento, dizendo: "Pereça o dia do meu nascimento e a noite em que se disse: Nasceu um menino! Transforme-se aquele dia em trevas, e Deus, lá do alto, não se importe com ele; não resplandeça a luz sobre ele. Chamem-no de volta as trevas e a mais densa escuridão; coloque-se uma nuvem sobre ele e o negrume aterrorize a sua luz. Apoderem-se daquela noite densas trevas! Não seja ela incluída entre os dias do ano, nem faça parte de nenhum dos meses. Seja aquela noite estéril, e nela não se ouçam brados de alegria."⁴²

O discurso de Jó expressa o grito de sua alma, pela perda total de sentido para a vida. Ao amaldiçoar o dia do seu nascimento, percebe-se que Jó não encontrava mais motivos para continuar vivendo. O fato de Jó desejar que o mundo retornasse ao caos inicial, assim como era antes da criação, mostra o seu anseio pela morte. O sofrimento gerou uma crise existencial em Jó, para quem é melhor morrer do que prosseguir convivendo com a angústia e a dor de tantas perdas.

Jó também faz vários questionamentos sobre a sua existência (3,10-16):

Por que não fechou as portas do ventre; nem escondeu dos meus olhos a canseira? Por que não morri eu desde a madre? E em saindo do ventre, não expirei? Por que me receberam os joelhos? E por que os peitos, para que mamasse? Porque já agora jazeria e repousaria; dormiria, e então haveria repouso para mim. Com os reis e conselheiros da terra, que para si edificam casas nos lugares assolados, ou com os príncipes que possuem ouro, que enchem as suas casas de prata, ou como aborto oculto, não existiria; como as crianças que não viram a luz.⁴³

Segundo Ternay, essas perguntas demonstram mudanças gradativas no desejo de Jó, que começa pela vontade de morrer ao nascer; depois, no período de amamentação, chegando ao ponto extremo do aborto no seio materno. Jó acredita que, ao menos no mundo dos mortos, ele não conheceria as aflições que o rodeavam e gozaria de uma plena paz e tranquilidade.⁴⁴

Contudo, Jó não enxergava outra solução para a sua crise além da morte. Porém, os amigos de Jó reagem ao seu discurso, tentando explicar as razões do sofrimento humano e sugerindo soluções para eliminar a crise.

O argumento dos amigos está baseado na teologia da retribuição, proveniente da sabedoria tradicional de Israel, que, segundo Terra, era inicialmente

⁴² BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

⁴³ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

⁴⁴ TERNAY, 2001, p. 51.

concebida em termos coletivos e progrediu para o individual.⁴⁵ As posições principais dessa teologia diante do sofrimento são: o bem é recompensado e o mal é punido; o inocente nunca sofre; o castigo é consequência do pecado; Deus encontra falhas em todo homem; o castigo existe para corrigir o homem.

Portanto, é correto afirmar que os amigos aplicaram as teses da teologia da retribuição ao caso de Jó e, conforme Ceresko, o raciocínio deles foi basicamente este: “se alguém passa pelo sofrimento, tem de ser porque esse alguém pecou; Jó sofre, logo tem que ser culpado.”⁴⁶

Essa ideia é evidente no discurso de Elifaz, que, para alguns comentaristas do Antigo Testamento, é o que mais desenvolve o argumento da teologia da retribuição, em comparação com a fala dos outros amigos (4,7-9):

Lembra-te agora qual é o inocente que jamais pereceu? E onde foram os sinceros destruídos? Segundo eu tenho visto, os que lavram iniquidade, e semeiam mal, segam o mesmo. Com o hálito de Deus perecem; e com o sopro da sua ira se consomem. (4,7-9).⁴⁷

Jó contesta de forma contundente esse tipo de resposta para o seu sofrimento, com base no mesmo raciocínio: é inocente, portanto, não deveria sofrer. Ou seja, a resposta ainda não colabora para resolver o dilema de Jó. Mesmo assim, os amigos insistem para que Jó confesse o seu pecado, proferindo vários ataques pessoais, em uma mescla de piedade e sarcasmo⁴⁸. A essa altura, Jó conclui que, talvez, a atitude mais sábia por parte dos amigos, seria a continuação do silêncio deles (13, 4-5):

Vocês, porém, me difamam com mentiras; todos vocês são médicos que de nada valem! Se tão-somente ficassem calados! Mostrariam sabedoria.⁴⁹

Insatisfeito com a resposta dos amigos, Jó questiona a justiça divina, acusa Deus de afligi-lo sem motivos e desafia o próprio Deus a responder-lhe (13,14-25):

Aquietem-se e deixem-me falar; e aconteça-me o que me acontecer. Por que me ponho em perigo e tomo a minha vida em minhas mãos? Embora ele me mate, ainda assim esperarei nele; certo é que defenderei os meus caminhos diante dele. Aliás, isso será a minha libertação, pois nenhum ímpio ousaria apresentar-se a ele! Escutem atentamente as minhas palavras; que os seus

⁴⁵ TERRA, 2002, p. 19.

⁴⁶ CERESKO, 2004, p. 88.

⁴⁷ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

⁴⁸ CERESKO, 2004, p.88.

⁴⁹ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

ouvidos acolham o que eu digo. Agora que preparei a minha defesa, sei que serei justificado. Haverá quem me acuse? Se houver, ficarei calado e morrerei. "Concede-me só estas duas coisas, ó Deus, e não me esconderei de ti: Afasta de mim a tua mão, e não mais me assuste com os teus terrores. Chama-me, e eu responderei, ou deixa-me falar, e tu responderás. Quantos erros e pecados cometi? Mostra-me a minha falta e o meu pecado. Por que escondes o teu rosto e consideras-me teu inimigo? Atormentarás uma folha levada pelo vento? Perseguirás a palha?"⁵⁰

O desafio de Jó, em princípio, não é respondido, uma vez que Deus mantém o seu silêncio. Todavia, Jó está preparado para mostrar a sua defesa. Ele tem a seu favor a integridade, a justiça e a retidão como qualidades que ele preservou durante toda uma vida. Jó se sente completamente injustiçado por Deus. No entanto, a sua crise de fé não chega ao ápice da negação da existência de Deus. O dilema maior se concentra no problema do sofrimento, que pode ser resumido na seguinte pergunta: é lícito o justo sofrer ?

1.2.1.4 Jó e o problema do sofrimento

Como descrito anteriormente, a resposta para o problema do sofrimento por parte dos amigos de Jó era o pecado, ou seja, todo o sofrimento se explicava pelo pecado. O fato é que no decorrer do livro fica claro que os justos também podem sofrer, porém, o autor de Jó não explica todas as razões para o sofrimento no mundo.

Segundo Terra, não é o objetivo do livro de Jó resolver o problema do mal, mas de rejeitar e desconstruir uma espécie de moralismo teológico, em que os designos divinos estão condicionados à moralidade humana.⁵¹

Terra propõe três intenções principais do autor de Jó: libertar a soberania divina na noção humana de justiça; delinear uma abordagem nova para realidade da fé; e mostrar que diante da santidade divina, o lutador deve desistir.⁵²

No momento em que Deus responde a Jó, ele o faz com novas perguntas, e algumas se relacionam com o tema da justiça (38, 1-5; 40, 6-8):

⁵⁰ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

⁵¹ TERRA, 2002, p. 125.

⁵² TERRA, 2002. p. 125.

Então o Senhor respondeu a Jó do meio da tempestade. Disse ele: "Quem é esse que obscurece o meu conselho com palavras sem conhecimento? Prepare-se como simples homem; vou fazer-lhe perguntas, e você me responderá. "Onde você estava quando lancei os alicerces da terra? Responda-me, se é que você sabe tanto. Quem marcou os limites das suas dimensões? Vai ver que você sabe! E quem estendeu sobre ela a linha de medir? [...] Depois, o Senhor falou a Jó do meio da tempestade: "Prepare-se como simples homem que é; eu lhe farei perguntas, e você me responderá. "Você vai pôr em dúvida a minha justiça? Vai condenar-me para justificar-se?"⁵³

As perguntas de Deus à Jó demonstram que existem mistérios que são impossíveis ao ser humano de serem descobertos. Uma vez que a fala de Deus acontece em um contexto que questiona as razões do sofrimento, pode-se inferir que as respostas que Jó tanto busca para a sua aflição também fazem parte dos mistérios divinos. Deus também expressa, de forma clara, a impossibilidade de Jó ou de qualquer outra criatura de julgá-lo e condená-lo, colocando em xeque a sua justiça.

Jó, de certa forma, compartilhava da mesma idéia de seus amigos quanto à teologia da retribuição, atribuindo a compreensão de justiça humana à justiça de Deus. No entanto, esse posicionamento demonstra uma relação com Deus baseada na troca, e Jó, equivocadamente, pensava que a sua integridade outorga-lhe direitos sobre Deus. Porém, ao final, Jó vai perceber que se deve amar e obedecer a Deus por "nada", simplesmente porque chegará a compreensão de que a Sua graça é suficiente para viver.

Os versículos seguintes retratam a mudança no entendimento de Jó em relação a suas crises e perdas (42,1-6):

Então Jó respondeu ao Senhor: "Sei que podes fazer todas as coisas; nenhum dos teus planos pode ser frustrado. Tu perguntaste: 'Quem é esse que obscurece o meu conselho sem conhecimento? Certo é que falei de coisas que eu não entendia, coisas tão maravilhosas que eu não poderia saber.' Tu disseste: 'Agora escute, e eu falarei; vou fazer-lhe perguntas, e você me responderá'. Meus ouvidos já tinham ouvido a teu respeito, mas agora os meus olhos te viram. Por isso menosprezo a mim mesmo e me arrependo no pó e na cinza".⁵⁴

Jó se rende à sabedoria e à santidade de Deus, reconhecendo que, apesar de não ter cometido os pecados pelos quais foi acusado, cometeu o pecado de julgar a Deus, de nivelar o senso de justiça divino ao humano.⁵⁵

⁵³ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

⁵⁴ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

⁵⁵ TERRA, 2002, p. 126.

Segundo Hoch, a história de Jó representa o estágio em que a maioria das pessoas se encontra quando não consegue entender o sofrimento gerado por alguma crise. É difícil para um pessoa aceitar uma situação de perda, quando sempre se procurou viver de maneira digna e correta. Todavia, Jó se tornou um exemplo de alguém que, mesmo sem entender o sentido do seu sofrimento e, muitas vezes, manifestando o seu protesto, nunca abandonou a sua fé e confiança em Deus.⁵⁶

Hoch, também afirma que, geralmente, quando se enfrenta crises e sofrimento, as pessoas passam a refletir sobre a forma como estavam conduzindo suas vidas e, conseqüentemente, após essas experiências, redefinem novos rumos e estabelecem novas prioridades.⁵⁷

Assim como Jó, muitos podem transcender ao sofrimento e aprofundar sentido da sua fé. Evidente que um Deus de amor não tem prazer na dor de seus filhos, e não é isso que o livro de Jó defende. Porém, é inegável que aqueles que recorrem a Deus na sua angústia experimentam de forma mais intensa a sua graça, cuidado e bondade.

Concorda-se plenamente com as palavras de C. S. Lewis sobre a relação entre o sofrimento e o conhecimento da vontade divina: “Deus sussura em nossos prazeres, fala em nossa consciência, mas brada em nosso sofrimento: o sofrimento é o megafone de Deus para despertar um mundo surdo.”⁵⁸

Os amigos de Jó foram duramente repreendidos por Deus pela forma como interviram nas suas crises e não os puniu somente porque se comprometeu a aceitar a intercessão de Jó pela vida deles (42,7-9). A escuta preconceituosa e uma fala carregada de julgamentos são atitudes presentes no comportamento dos amigos de Jó, que não devem servir de base no aconselhamento de pessoas em crise. De outro modo, é necessária uma escuta acolhedora e um ambiente de aceitação incondicional, para que a pessoa em crise possa expor toda a sua angústia e sofrimento.

⁵⁶ HOCH, Lothar Carlos. Sofrimento, resiliência e fé na Bíblia. In: HOCH, Lothar Carlos; ROCCA L., Susana M. (Orgs). *Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado*. São Leopolo: Editora Sinodal; EST, 2007, p. 77-78.

⁵⁷ HOCH, 2007, p.79.

⁵⁸ LEWIS, C. S. *O problema do sofrimento*. São Paulo: Editora Vida, 2006, p. 106.

Conclui-se que crises e sofrimento podem acontecer com pessoas boas, justas e inocentes, e a vida de Jesus Cristo, assim como a de Jó, corrobora de maneira clara para essa afirmação.

1.2.2. As Crises na Vida de Jesus

No evangelho de João (10, 11), Jesus se denomina como o “Bom Pastor” que dá a vida pelas suas ovelhas. Ele possui quatro características de um verdadeiro pastor: guiar, caminhar à frente das ovelhas, prover alimentação, defender e guardar e se ligar afetivamente ao rebanho. O Bom Pastor conhece pessoalmente cada uma de suas ovelhas com base em João 10,14: “[...] conheço as minhas ovelhas e elas me conhecem”. Portanto, o Bom Pastor é aquele que cuida pessoalmente de cada uma de suas ovelhas.⁵⁹

Em I Pedro 5, 2-4, o autor apresenta o paradigma de um verdadeiro pastor, segundo o modelo de Jesus:

Pastoreiem o rebanho de Deus que está aos seus cuidados. Olhem por ele, não por obrigação, mas de livre vontade, como Deus quer. Não façam isso por ganância, mas com desejo de servir. Não ajam como dominadores dos que lhe foram confiados, mas como exemplos para o rebanho. Quando manifestar o Supremo Pastor, vocês receberão a imperecível coroa de glória.⁶⁰

Mesmo sendo um bom pastor, dedicado as suas ovelhas e que desejava aproximar e aprofundar o seu relacionamento com elas, Jesus viveu uma experiência de crise circunstancial: a solidão no Jardim do Getsêmani.

Diferentemente de quando ele se retirava por iniciativa própria para orar e desfrutar a sós da comunhão com o Pai, a cena de Jesus no Jardim do Getsemâni mostra um momento de solidão involuntária, no qual ele ansiava que os seus amigos estivessem ao lado dele.

Na narrativa do evangelho de Mateus 26,36-45, encontra-se toda agonia e tristeza que Jesus sofreu no Getsêmani, momentos antes de ser preso pelos

⁵⁹ OLIVEIRA, Rose M. K. de. *Cuidando de Quem Cuida: um olhar de cuidado aos que ministram a palavra de Deus*. 3. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2007, p.30-31.

⁶⁰ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

guardas do templo. É possível interpretar cada parte dessa narrativa, buscando uma compreensão, ainda que limitada, da dimensão emocional de um episódio ímpar na vida de Jesus:

Então Jesus foi com seus discípulos para um lugar chamado Getsêmani e lhes disse: Sentem-se aqui enquanto vou ali orar. Levando consigo Pedro e os dois filhos de Zebedeu, começou a entristecer-se e a angustiar-se. Disse-lhes então: A minha alma está profundamente triste, numa tristeza mortal. Fiquem aqui e vigiem comigo.⁶¹

Antes de se dirigir ao Getsêmani, Jesus havia ceado a última páscoa com seus discípulos e, nessa ocasião, anunciou que seria traído por um dos doze e, posteriormente, anunciou a negação de Pedro, gerando uma crise entre os discípulos. Estavam se aproximando acontecimentos que marcariam profundamente os relacionamentos entre Jesus e o seu grupo de discípulos, sobretudo Pedro, Tiago, João e Judas.

Os versículos apresentados em Mateus 26 mostram o lugar, o objetivo e os sentimentos que Jesus estava vivenciando naquela situação.

Segundo Willian Hendriksen, Jesus e seus discípulos, após a última Páscoa, caminharam em direção à estrada que cruza o ribeiro de Cetron, ao norte da porta oriental do Templo de Jerusalém. Em um determinado ponto, a estrada se ramifica em três, e uma delas leva ao Monte das oliveiras. Perto Dessa encruzilhada havia um horto chamado Getsêmani que provavelmente significa “prensa de oliveira”. Era um lugar que Jesus frequentava constantemente com os seus discípulos para orar, ensinar e descansar. Quando chegaram à entrada do horto, Jesus escolheu três dos seus discípulos para estar com ele, o que demonstra a necessidade de Jesus por companheirismo humano.⁶²

Augusto Cury acredita que Pedro, Tiago e João (estes dois referidos como “filhos de Zebedeu”) eram os discípulos mais íntimos de Jesus. Por isso, ele os escolheu para compartilhar a sua dor e angústia. Ainda que Jesus desse oportunidade para que todos fossem íntimos dele, nem todos se aproximavam da mesma forma. Contudo, Jesus expôs aos seus amigos íntimos aquilo que estava no mais profundo do seu ser e os três discípulos, ao ouvi-lo, “ficaram surpresos com a

⁶¹ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

⁶² HENDRIKSEN, Willian. *Comentário do Novo Testamento: Mateus*. São Paulo: Editora Cultura Cristã, 2001, p.584-585.

dimensão da sua dor”. Ele não escondeu seus sentimentos e solicitou a companhia e a oração deles.⁶³

De acordo com Willian Hendriksen, vários são os possíveis motivos que levaram Jesus a se encher de tristeza e angústia, como: saber que Judas se aproximava para traí-lo; a dor de pensar que Pedro o negaria; e que seria condenado pelos judeus e crucificado pelos romanos. No entanto, tudo leva a crer que o pior seria a solidão gerada pelo abandono.⁶⁴

À medida que as horas avançavam, mais só ele ficava, começando pelos seus discípulos, até atingir o ápice na sensação de abandono por parte do Pai, percebida no clamor da cruz: “Meu Deus, meu Deus, porque me abandonaste?”.

Ao confessar sua tristeza mortal, Jesus demonstrava que, naquele momento, estava sentindo a maldição dos pecados da humanidade. A tristeza “ao ponto de morte”, não era somente por sua morte física, mas pela morte eterna que ele enfrentaria no lugar do seu povo e apela para que os discípulos vigiassem com ele.⁶⁵

“Indo um pouco mais adiante, prostrou-se com o rosto em terra e orou: “Meu Pai, se for possível, afasta de mim este cálice; contudo, não seja como eu quero, mas sim como tu queres”.⁶⁶

O versículo acima (Mateus 26,39) mostra o momento da oração de Jesus. Ao que parece, a dor se intensifica e Jesus, afastando-se um pouco dos discípulos, clama ao Pai, para que, se fosse possível, ele o livrasse do “cálice” que pode ser interpretado como todas as situações difíceis e dolorosas que estavam por vir.

Para Fritz Rienecker, o cálice “é símbolo da terrível morte na cruz, cuja imagem sangrenta e horrível está neste momento diante dele com extraordinária intensidade”.⁶⁷

Todavia, Jesus demonstra uma atitude de submissão a Deus ao renunciar a sua vontade, e a sua disposição em fazer a vontade do Pai. No evangelho de Lucas 22,43, o autor narra a situação de um anjo vindo confortar Jesus, podendo ser uma resposta a sua oração. Também em Lucas 22,44 é narrado que a tensão e a dor de Jesus eram tão fortes que o suor dele se transformou em gotas de sangue.

⁶³ CURY, Augusto. *O Mestre da Sensibilidade: análise da inteligência de Cristo*. São Paulo: Academia da Inteligência, 2000, p.105-107.

⁶⁴ HENDRIKSEN, 2001, p.585.

⁶⁵ HENDRIKSEN, 2001 p. 584-585.

⁶⁶ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

⁶⁷ RIENECKER, Fritz. *O Evangelho de Mateus: comentário esperança*. Curitiba: Editora Evangélica Esperança, 1998, p.421.

Depois, voltou aos seus discípulos e os encontrou dormindo. "Vocês não puderam vigiar comigo nem por uma hora?", perguntou ele a Pedro. "Vigiem e orem para que não caiam em tentação. O espírito está pronto, mas a carne é fraca." E retirou-se outra vez para orar: "Meu Pai, se não for possível afastar de mim este cálice sem que eu o beba, faça-se a tua vontade". Quando voltou, de novo os encontrou dormindo, porque seus olhos estavam pesados. Então os deixou novamente e orou pela terceira vez, dizendo as mesmas palavras. (Mt 26,40-44)⁶⁸

De acordo com Augusto Cury, a dor mais aguda "é aquela causada pelas pessoas que mais amamos". Além do sofrimento provocado pelas circunstâncias difíceis, agora Jesus convive com o sofrimento de não ter o seu pedido de conforto e companhia concretizado por parte de seus amigos. Augusto Cury acredita que a sonolência dos discípulos está relacionada com elevado estado de ansiedade e humor triste em que eles se encontravam, o que acarretou um estresse intenso e, conseqüentemente, um estado de extrema fadiga.⁶⁹

Para Wilian Hendriksen, a sonolência dos discípulos se relaciona com o fato de que, àquela hora, provavelmente, já era mais de meia-noite e eles tinham vivenciado fortes emoções no dia anterior. Porém, mesmo com as limitações físicas, eles poderiam ter ficado despertos, se tivessem orado, pedindo a Deus o fortalecimento. Por isso, Jesus falou sobre a fraqueza da "carne" e a disponibilidade do espírito. Embora Jesus tenha repreendido no plural, a repreensão foi dirigida a Pedro, possivelmente para testá-lo em sua declaração de lealdade na última Páscoa: "jamais te negarei". Os discípulos deveriam sempre estar espiritualmente em alerta e vigilantes.⁷⁰

Jesus novamente voltar a clamar a Deus as mesmas palavras, desfrutando da comunhão e presença do Pai. Porém, continua solitário em relação aos seus discípulos – amigos. O sono prevalecia sobre a necessidade de dar suporte a Jesus. Jesus, ao encontrar os discípulos dormindo pela segunda vez, não se dá ao trabalho de questioná-los outra vez. Ele percebe que os olhos dos seus companheiros "estavam pesados" e que aquela batalha seria combatida solitariamente por ele.

⁶⁸ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

⁶⁹ CURY, 2000, p.118.

⁷⁰ HENDRIKSEN, 2001, p. 88.

Em Mateus 26,45, Jesus ora pela terceira vez as mesmas palavras, completamente sozinho. Contudo, reafirma o seu desejo de realizar a vontade de Deus, acima da sua própria vontade.⁷¹

Depois voltou aos discípulos e lhes disse: Vocês ainda dormem e descansam? Chegou a hora! Eis que o Filho do homem está sendo entregue nas mãos de pecadores. Levantem-se e vamos! Aí vem aquele que me trai!(Mt 26,45-46)⁷²

Após orar, Jesus se volta para os seus discípulos, censura-os por continuarem dormindo e anuncia que é chegado o momento de ser preso, “entregue nas mãos dos pecadores”. Jesus tem o discernimento de que a situação exige uma atitude de levantar e ir em direção a cumprir a vontade de Deus. Apesar do fato de os discípulos dormirem durante a sua aflição e angústia, ele os convida para estarem ao seu lado em mais um momento doloroso: a traição de Judas.

O abandono dos amigos naquela situação de agonia se repetiria no momento da prisão, seguido da negação de Pedro, o abandono dos outros discípulos no julgamento, condenação e, finalmente, na cruz.

Contudo, na narrativa de Mateus, percebe-se que Jesus experimentou, de uma forma muito intensa, a crise da solidão e do abandono. Mesmo sendo Deus em sua humanidade, Jesus necessitou da presença de seus amigos mais íntimos para compartilhar a sua dor. Nenhuma palavra precisava ser dita. O que Jesus realmente desejava de seus discípulos era que eles estivessem efetivamente ao lado dele, vigilantes, alertas a tudo aquilo que acontecia a sua volta e intercedendo em todo tempo.

Entretanto, no exemplo de Jesus, percebe-se que, quando as pessoas enfrentam crises, elas precisam encontrar um ambiente de aceitação e solidariedade, para que seus sentimentos e emoções sejam acolhidos irrestritamente, além de uma rede de apoio sólida que possa prover o suporte necessário para superação da crise.

⁷¹ HENDRIKSEN, 2001, p. 589.

⁷² BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

1.2.2.1 Jesus e problema do sofrimento

De maneira semelhante à Jó, Jesus também se deparou com a questão do sofrimento do justo, sendo a diferença principal entre eles o fato de que Jesus sempre foi totalmente justo e inocente. Ao se encarnar como ser humano, o filho de Deus faz a opção de experimentar a realidade humana e, conseqüentemente, opta por sofrer.

Segundo Terra, é perceptível a proximidade e a sensibilidade de Jesus ao sofrimento humano na sua atividade messiânica no meio de Israel. Jesus priorizava a sua atenção para com aqueles que sofriam, pois constantemente curava doentes, dava alimento aos necessitados, exorcizava demônios e, em três ocasiões, trouxe pessoas mortas de volta à vida.⁷³

A tarefa designada por Deus a Jesus era de eliminar todo o sofrimento e, paradoxalmente, ele se submeteu ao mais profundo deles: a morte. Além disso, teve uma vida marcada pela dor, rejeição, humilhação e vergonha. Jesus se reconhece como Deus e, ao mesmo tempo, homem. Portanto, a “imagem de Deus” mostra sua face sofredora, na medida em que também se encontra a justiça e o amor.⁷⁴

Para Gerstenberger e Schrage, a história da paixão, conforme está narrada nos evangelhos, expressa que o sofrimento de Jesus Cristo é único e irrepetível, colocando-o à frente de todos os que sofrem e se tornando paradigmático para a compreensão da presença de Deus no sofrimento.⁷⁵

Jesus Cristo, no seu sacrifício na cruz, padeceu voluntariamente e inocentemente, acolhendo seu sofrimento e carregando a mesma pergunta que Jó e toda a humanidade sempre faz pelo porquê do sofrimento. É interessante notar que Jesus respondeu a essa pergunta com a sua própria experiência, quando o sofrimento humano atingiu seu ápice na sua paixão e entrou em uma nova dimensão: o sofrimento foi associado ao amor. Então, Jesus redime o sofrimento, elevando-o ao nível da redenção e chama o ser humano para participar dessa redenção e, conseqüentemente, do seu sofrimento. Ele nunca escondeu de seus

⁷³ TERRA, 2002, p. 127.

⁷⁴ GERSTENBERGER, Erhard S.; SCHRAGE, Wolfgang. *Por que sofrer? O sofrimento na perspectiva bíblica*. 3. ed. São Leopoldo: CEBI; Editora Sinodal, 2007, p. 130.

⁷⁵ GERSTENBERGER; SCHRAGE 2007, p. 132.

seguidores a necessidade do sofrimento, porém, ensinou como fazer o bem com o sofrimento e como fazer bem a quem está sofrendo.⁷⁶

O autor do livro de Hebreus, fazendo referência à pessoa de Jesus, afirma que aquele que sofre se torna apto para se solidarizar e socorrer os sofredores (2,18): “Porque, tendo em vista o que ele mesmo sofreu quando tentado, ele é capaz de socorrer aqueles que também estão sendo tentados.”⁷⁷ A tentação aqui é descrita no seu sentido de provação.

Henri Nouwen descreve a lenda rabínica do sarador ferido, em que o Messias está sentado entre os pobres, coberto de ferimentos que enfaixa e desenfaixa um por vez, ficando sempre de prontidão para ser requisitado e curar os ferimentos dos outros. Nouwen faz a relação direta dessa lenda com a obra de Jesus, na qual o Cristo “transformou o próprio corpo ferido em caminho de cura, para a libertação e para a nova vida”.⁷⁸

Em I Pedro 2.24, Jesus também é apresentado como sarador ferido, ou seja, aquele que sara o sofrimento humano através do seu próprio sofrimento: “Levando ele mesmo em seu corpo os nossos pecados sobre o madeiro, para que, mortos para os pecados, pudéssemos viver para a justiça; e pelas suas feridas fostes sarados.”⁷⁹

Através da experiência de Jesus, é possível acreditar que o sofrimento pode tornar uma pessoa mais sensível e solidária ao sofrimento do outro. Semelhantemente, quem passou por diversas crises na vida pode ter adquirido importantes estratégias e ferramentas de superação, que, uma vez compartilhadas, transformam-se em recursos de enfrentamento para quem ainda está na crise.

Enfim, aqueles que sofrem ao atravessar o “vale da sombra da morte”, também podem encontrar na ressurreição de Jesus Cristo uma fonte de esperança e consolo para o seu sofrimento.

⁷⁶ TERRA, 2002, p.128-129.

⁷⁷ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

⁷⁸ NOUWEN, Henri J. M. *O sofrimento que cura*. 2. ed. São Paulo: Paulinas, 2002, p. 119.

⁷⁹ BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

1.3 Crises diante da doença

Geralmente, a notícia do diagnóstico de alguma doença grave culmina em várias mudanças na vida da pessoa enferma e de sua família. A doença traz consigo uma situação diferente da habitual para o contexto de quem está doente, forçando a uma mobilização de recursos para encarar a nova realidade.

De acordo com Noé, a integralidade humana se refere às dimensões biológica, psicológica, social, ecológica e espiritual.⁸⁰ Quando se enxerga o ser humano nessa perspectiva, no processo da doença não é apenas uma parte do corpo que está comprometida, porém, todas as demais áreas da vida são afetadas.

Rolland afirma que a doença tem seu próprio desenvolvimento durante o ciclo da vida, descrevendo uma fase inicial, uma fase média e uma fase terminal. Os problemas e as necessidades do doente e de sua família serão diferentes em cada etapa da doença.⁸¹

A fase inicial concentra o período de crises. Inclui o tempo antes do diagnóstico, quando o paciente e a família podem observar os primeiros sintomas; continuando na fase do diagnóstico, em que o resultado, mesmo sendo já conhecido, pode provocar choques e reações de negação.

A fase média corresponde ao período crônico quando a família se adapta para conviver com a doença, reestruturando-se para cuidar do doente e ajudá-lo a encontrar novos caminhos para seguir em frente.

Já na fase terminal, as famílias começam a se preparar para a morte do doente, iniciando um longo processo de dor e sofrimento. A transição entre a fase média e a fase terminal é bastante difícil, uma vez que a família se mobiliza e reage de modo diferente das etapas anteriores.⁸²

Para Santos, uma pessoa que está em um leito, com uma doença crônica, grave ou terminal, está necessariamente em crise. Ele afirma que, nessas condições, a pessoa se sente ameaçada, desequilibrada, com a vida em risco e com

⁸⁰ NOÉ, Sidney Vilmar. *Amar é Cuidar: dez boas razões para integrar pessoas com deficiência, valorizar a terceira idade, cultivar a saúde integral, viver uma sexualidade sadia e buscar o perdão*. São Leopoldo: Editora Sinodal, 2005, p.65.

⁸¹ ROLLAND, 1994 apud SANTOS, Hugo N. *Perpectivas en torno a La visitación a los enfermos y enfermas del corpo. Visiones Y Herramientas: Itinerario por La Teología Práctica*, Buenos Aires, v. 5, 2007, p.134.

⁸² ROLLAND, 1994 apud Santos, 2007, p. 134.

suas rotinas alteradas. Porém, ao encarar a crise como oportunidade, o doente pode realizar novas adaptações, adquirir novos recursos de superação e revisar os seus valores, promovendo crescimento pessoal.⁸³

A situação de doença gera na pessoa um sentimento de solidão, que pode ser intensificado pela falta de conhecimento do que está se passando com ela e das suas reais necessidades. A descontinuidade das relações no âmbito social, profissional e eclesial também coopera para esse sentimento.⁸⁴

O paciente que fica acamado por um longo período, seja em casa ou no ambiente hospitalar, tem o seu universo físico e interior reduzidos. Seus movimentos, também reduzidos, geram uma dependência de outros para realizar tarefas básicas, que antes realizava sozinho. A dependência rompe com a reciprocidade, podendo levar a pessoa a regredir para estados infantis, ocasionando uma crise na comunicação com os demais.⁸⁵

Lopes concorda que pacientes submetidos a tratamentos prolongados, apresentam comprometimentos psicológicos:

O significado da doença para os pacientes, as consequências dos tratamentos prolongados e os mecanismos psicológicos acionados tem sido objeto de estudo de vários autores. Pesquisas com pacientes crônicos tem mostrado alterações nos padrões normais de atividade, dificuldade na readaptação e mobilização de certos mecanismos de defesa, frequentemente classificados como neuróticos. A maioria destes pacientes culpa-se ou atribui a outras pessoas a responsabilidade por sua doença.⁸⁶

As crises revelam o paradoxo da necessidade humana de continuidade e mudança. Sem a continuidade, a pessoa não consegue criar raízes; sem a mudança, a vida se esgota e se esvai. As crises também tornam as pessoas mais conscientes de suas fragilidades e vulnerabilidades, acabando as ilusões humanas de invencibilidade e auto-suficiência.⁸⁷

No processo da doença, as crises podem gerar nas pessoas uma nova forma de enxergar a vida, mudar suas prioridades e promover novas atitudes no relacionamento delas consigo mesmas, com o outro e com Deus.

⁸³ SANTOS, 2007, p. 140.

⁸⁴ SANTOS, 2007, p. 141.

⁸⁵ SANTOS, 2007, p. 141.

⁸⁶ LOPES, Vera Lúcia B. *Doutor, estou com câncer? Conduta médica e familiar nas comunicações dolorosas*. 2. ed. Porto Alegre: 2005, p. 29.

⁸⁷ SANTOS, 2007, p. 142.

1.4 Crises diante da morte e do morrer

Nos estágios terminais de uma doença, a pessoa pode se confrontar com uma nova situação: a crise diante da morte e do morrer. Nesse quadro, não existem mais possibilidades de tratamento que possam evoluir para a cura e, dependendo da opção médica e da família, administram-se apenas medicamentos para o alívio de dor e procedimentos para dar mais qualidade a curta vida do paciente.

O temor da morte, decorrente do instinto natural de sobrevivência e, ao mesmo tempo, advindo de uma cosmovisão condicionada por fatores culturais e sociais; desencadeiam uma série de reações, tanto nas famílias quanto nos doentes que se encontram na fase terminal de uma doença.

O primeiro estágio é a negação e o isolamento. Logo que o paciente recebe a notícia de sua doença grave, ele esboça atitude de recusa e negação ao diagnóstico dado. Nesse momento, é comum a pessoa se expressar em termos como: “não pode ser verdade; deve ter havido algum equívoco no diagnóstico”. Assim, é comum o doente procurar outros médicos para desmentir o primeiro diagnóstico, na tentativa de fortalecer sua ilusão. Evidentemente que a negação, nesse caso, serve como um importante mecanismo de defesa para evitar a desintegração psíquica da pessoa, a sensação de aniquilamento, até que retome sua ordem interna. É comum, após a negação, existir um período de aceitação parcial e a maioria dos doentes não permanece nesse período por muito tempo.⁸⁸

O segundo estágio é a raiva. Nesse estágio, a pessoa com diagnóstico de doença grave esboça uma profunda revolta, cólera, raiva contra todos a sua volta: os familiares, médicos, sacerdotes religiosos e Deus. A principal pergunta é: “Por que eu?”. É importante não fazer julgamentos ao doente, mas demonstrar aceitação e compreensão. Agindo dessa forma, geralmente os pacientes se acalmam e diminuem exigências mirabolantes.⁸⁹

A barganha é o terceiro estágio, em que o paciente procura fazer algum tipo de acordo para evitar a morte. Ele passa a oferecer para as pessoas a sua volta algum tipo de serviço, bom comportamento, promessas de investimentos, entre

⁸⁸ KUBLER-ROSS, Elizabeth. *Sobre a morte e o morrer*. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p. 43-46.

⁸⁹ KUBLER-ROSS, 2008, p. 55-57.

outros, sempre no intuito de prolongar sua vida. É uma tentativa de adiamento, em que um prêmio é oferecido caso a meta estabelecida seja alcançada. Muitos prometem levar uma vida mais dedicada a Deus, reconciliar-se com algum parente ou amigo, o que pode estar associado a uma culpa reprimida.⁹⁰

A depressão é o quarto estágio. Nessa fase, o doente percebe que não pode mais negar a sua doença e algumas circunstâncias, como o aumento da debilidade física após novos procedimentos cirúrgicos, custos financeiros elevados referentes ao tratamento ou mesmo a perda de emprego devido ao tempo de hospitalização são fatores de depressão. Contudo, o fator primordial que desencadeia a depressão é a aflição de ter que se preparar para morrer.⁹¹

O quinto estágio é o da aceitação. Se o paciente recebeu algum tipo de suporte para superar as fases anteriores, nesse estágio ele não sentirá mais raiva e nem depressão. A essa altura, o paciente já externou seus sentimentos bons e ruins, lamentou a perda iminente de pessoas amadas e, fisicamente, está muito fraco. Também sente a necessidade de dormir constantemente, em curtos intervalos, mas sem a intenção de fuga da realidade. É como se fosse o fim da luta pela vida, uma atitude de total entrega.⁹²

Vale ressaltar que nem sempre a pessoa doente passará por todos esses estágios. A morte pode acontecer repentinamente, dentro qualquer um dos estágios. Os estágios não acontecem exatamente na ordem apresentada, podendo um se sobrepor ao outro e o tempo em que cada pessoa permanece em um estágio pode variar.

As famílias dos pacientes e os profissionais de saúde envolvidos também podem passar pelos estágios das crises diante da morte e do morrer, no cuidado junto ao doente. É necessário, assim, que o acompanhamento pastoral e psicológico também seja direcionado a essas pessoas.

⁹⁰ KUBLER-ROSS, 2008, p. 87-89.

⁹¹ KUBLER-ROSS, 2008, p. 91-92.

⁹² KUBLER-ROSS, 2008, p. 117-118.

2. COMPREENDENDO O CÂNCER

O câncer é uma doença complexa, que pode gerar um momento de crise na vida do paciente devido a suas consequências físicas, psicológicas, sociais e espirituais; e acomete um número cada vez maior de pessoas.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no ano de 2005, o câncer foi responsável por 13% de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo. As estimativas para 2008, que também são válidas para 2009, mostravam que ocorreriam cerca de 466.730 novos casos de câncer no Brasil no período. O câncer de mama, que é o mais frequente nas mulheres, apontava a incidência de 67 casos para cada 100.000 mulheres na região sul; o câncer de pulmão é o segundo mais frequente nos homens na região sul (36/100.000) e o quarto mais frequente em mulheres na região sul (16/100.000). Já o câncer de próstata teve um risco estimado de 69/100.000 na região sul.⁹³

Quanto às estimativas de 2010, também válidas para 2011, são esperados 236.240 novos casos de câncer para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. Na distribuição de casos por localização, as regiões sul e sudeste continuam apresentando as maiores taxas. O câncer de mama ainda prevalece como o de maior incidência entre as mulheres dessas regiões e o câncer de próstata, o mais incidente entre homens.⁹⁴

Os dados acima revelam a magnitude e o impacto de uma doença como o câncer na sociedade, o que resulta na necessidade de uma melhor compreensão dessa patologia, analisando-se os seus principais efeitos e a maneira como o paciente e contexto no qual ele está inserido são direta e indiretamente afetados.

2.1. Causas e prevenção

O câncer ou a neoplasia refere-se a uma ampla lista de doenças, em vários

⁹³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

⁹⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

órgãos, que têm em comum uma proliferação celular descontrolada, anormal e rápida, diferenciando-se do tecido de origem, ultrapassando os seus limites e espalhando-se por estruturas vizinhas, podendo atingir o resto do organismo.⁹⁵

A célula cancerígena pode ser transportada pelo sangue para outro órgão mais distante, instalando-se e se reproduzindo, formando um novo tumor e, assim, o processo de metástase. É justamente nesse processo que reside a gravidade do câncer, pois, na medida em que a célula cancerígena se dissemina, ela provoca várias metástases. Ou seja, a partir de uma única célula, todo o organismo poderá ser comprometido.⁹⁶

Segundo Silva, a causa principal de um câncer ainda é desconhecida. A respeito disso, afirma que:

A razão pela qual certas células, de um momento para o 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 essa não responda mais ao controle intracelular, transformando-se assim em um oncogene que prolifera e contamina as células adjacentes.⁹⁷

Os principais mecanismos que podem desencadear um câncer são os fatores genéticos, o tabagismo, a alimentação e a radiação. O que se sabe a respeito dos fatores genéticos é que há um desarranjo no material genético da célula, o que faz com que ela sofra todas as alterações que geram as neoplasias.⁹⁸

De acordo com Silva, atualmente, a hipótese da suscetibilidade genética é defendida como um dos fatores que cooperam para a incidência de um câncer, uma vez que o risco tem sido comprovadamente maior quando existe um histórico familiar da doença.⁹⁹

O tabagismo é claramente reconhecido como um dos responsáveis pelo surgimento de tumores em vários órgãos, como a boca, laringe, esôfago, estômago e, principalmente, o pulmão. Inúmeras pesquisas têm demonstrado a relação causa-efeito do hábito de fumar com a manifestação de um tumor. Sendo assim, muitos

⁹⁵ STEFANI, Doral S. Compreendendo o Câncer. In: SCHWARTSMANN, Gilberto. *Cancerologia para leigo*. Porto Alegre: Editora Conceito, 2001, p. 39.

⁹⁶ MAYOL, Renato. *Câncer: corpo e alma*. São Paulo: Editora Mercuryo, 1989, p. 15.

⁹⁷ SILVA, Alexsandro Coutinho. *A Capelania Hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico*. São Leopoldo: Oikos, 2010, p. 66.

⁹⁸ STEFANI, 2001, p. 40.

⁹⁹ SILVA, 2010, p. 68.

países, inclusive o Brasil, têm combatido vorazmente o tabagismo, porque perceberam o custo elevado dos tratamentos para doenças causadas pelo tabaco, em relação ao suposto lucro que a nicotina oferece. Evitar o tabagismo ativo (fumando diretamente) ou passivo (compartilhando o ar com fumantes) é uma forma consideravelmente eficaz para a prevenção do câncer.¹⁰⁰

Uma dieta carente de vitaminas e fibras e com alta ingestão de gordura e álcool também está relacionada com o surgimento de vários tumores.¹⁰¹ O câncer de intestino tem uma das maiores incidências, devido especialmente aos maus hábitos alimentares. Alimentos contendo corantes, aromatizantes artificiais, pesticidas e outros conservantes também podem ter agentes químicos capazes de prejudicar a saúde.

Para a prevenção do câncer, recomenda-se a ingestão de alimentos naturais, como vegetais, frutas, cereais, peixes, leite e seus derivados, além de carnes brancas. Outra orientação é a não-insistência em um determinado tipo de alimento por longos períodos, pois uma diversificada alimentação diminui a possibilidade de ingestão excessiva de uma mesma substância química, o que, por sua vez, pode favorecer as alterações intracelulares.¹⁰²

A radiação, seja na forma natural, como a proveniente dos raios solares, ou na forma artificial, a exemplo de uma bomba atômica, tem sido bastante pesquisada na sua relação com o câncer, uma vez que é considerada um agente cancerígeno responsável por uma gama de tumores malignos e leucemias. Um fato fundamental é que o estudo da radiação ajuda a entender os mecanismos de mutação que iniciam o processo de “nascimento” de um câncer.¹⁰³

Mulheres gestantes, por exemplo, devem tomar as devidas precauções com procedimentos diagnósticos por meio de radiografias, devido a alta sensibilidade das células fetais com relação aos efeitos deletérios provocados pela radiação.

Os raios ultravioletas, emitidos pelo sol, são considerados potentes agentes cancerígenos e responsáveis pela grande maioria de tumores de pele. Portanto, é necessário que as pessoas evitem a exposição direta do corpo ao sol, entre as 10 horas da manhã e às 3h da tarde, quando a emissão da radiação ultravioleta é

¹⁰⁰ STEFANI, 2001, p. 40.

¹⁰¹ STEFANI, 2001, p. 40.

¹⁰² MAYOL, 1988, p. 18.

¹⁰³ STEFANI, 2001, p. 40.

maior. É extremamente recomendada a utilização de loções bloqueadoras solares para diminuir os riscos de uma exposição excessiva.¹⁰⁴

Segundo Silva, agentes farmacológicos como os esteróides anabólicos, contraceptivos orais, drogas imunossupressoras; agentes microbianos como o citomegalovírus, vírus da hepatite B, papiloma vírus; e a poluição ambiental, que gera a contaminação de elementos do meio ambiente com agentes químicos também são fatores que podem contribuir para a incidência de câncer.¹⁰⁵

Silva ressalta a ligação direta entre o sistema imunológico, os agentes cancerígenos e os aspectos emocionais de uma pessoa. Conforme o estudioso, o sofrimento por grandes perdas, alto padrão de estresse ou incapacidade de lidar com emoções podem enfraquecer o organismo, facilitando a ação de agentes cancerígenos.¹⁰⁶

Para Mayol, alguns psiquiatras afirmam que existem algumas características emocionais que podem aumentar a incidência de câncer:

Pessoas com maior probabilidade de adquirir câncer são as introvertidas, reprimidas, com traumas emocionais, que guardam as crises dentro de si, que racionalizam e que sempre procuram manter a calma. Pessoas que não usufruem de muito prazer, autodestrutivas, mas que não admitem tal agressividade. Pessoas que se sentem frustradas, infelizes e que nutrem um desejo inconsciente de morrer.¹⁰⁷

Percebe-se que são vários os fatores que podem corroborar para a manifestação de um câncer, não sendo possível fazer afirmações generalistas e nem privilegiar um aspecto sobre outro, uma vez que cada organismo pode reagir de diferentes formas quando exposto a algum agente cancerígeno. Contudo, é plausível seguir orientações preventivas que preconizam o cuidado com o corpo, a mente e o espírito.

2.2. Diagnóstico de câncer

A forma de se diagnosticar o câncer pode variar, dependendo da localização em que a doença está instalada. É preciso observar a presença de alguns sintomas

¹⁰⁴ MAYOL, 1988, p.18

¹⁰⁵ SILVA, 2010, p. 68.

¹⁰⁶ SILVA, 2010, p. 68.

¹⁰⁷ MAYOL, 1988, p. 20.

que alteram os hábitos de vida de uma pessoa, tais como: perda de peso, aumento da tosse, diarreia prolongada, nódulos na mama, aumento unilateral do testículo, caroços indolores no corpo, surgimento de alterações em exames de rotina (toque retal, mamografia, entre outros). Outros sintomas gerais, como fadiga, falta de apetite e febre podem aparecer em estágios avançados da doença. Porém, a ocorrência de um ou mais sintomas associados devem fomentar uma suspeita clínica e, conseqüentemente, a realização de exames específicos.¹⁰⁸

A confirmação do diagnóstico de câncer acontece somente por meio da visualização microscópica de uma ou mais células tumorais, o que descreve também o tipo e as características do tumor. A bateria de exames que identificam a extensão de um tumor, auxiliando na maneira correta de tratar a doença, é denominada “estadiamento”.¹⁰⁹

O estadiamento de um câncer se refere à análise da extensão da doença no momento do diagnóstico, classificando os casos em grupos semelhantes, de acordo com o comportamento, evolução clínica e diagnóstico. Os grupos são separados de I a IV, de gravidade crescente, sendo os de estágio I compostos por pacientes com câncer restrito ao órgão de origem, de dimensões pequenas e evolução favorável, e o estágio IV formado por pacientes com doença avançada, com o comprometimento de locais distantes do órgão de origem.¹¹⁰

Os exames diagnósticos se baseiam principalmente nos de imagem, sendo a radiografia, a ressonância magnética, a ecografia, a cintilografia e a tomografia computadorizada os mais utilizados.¹¹¹

O câncer de mama, que é considerado altamente incidente no sexo feminino, pode ser inicialmente diagnosticado por meio do autoexame de palpação na região mamária, verificando a presença de nódulos, que geralmente não são dolorosos ao toque. Já o câncer de próstata, que atinge um grande contingente de pessoas do sexo masculino, tem como um sintoma inicial a dificuldade urinar, com sensação persistente de bexiga cheia, mesmo após urinar, fato que pode ser observado pelo próprio paciente e confirmado pelo toque retal realizado por um médico.¹¹²

¹⁰⁸ STEFANI, 2001, p. 40.

¹⁰⁹ STEFANI, 2001, p. 41.

¹¹⁰ LEWGOY, Jairo; HUANG, Chen. Estadiamento do Câncer. In: SCHWARTSMANN, Gilberto. *Cancerologia para leigo*. Porto Alegre: Editora Conceito, 2001, p. 65.

¹¹¹ PINHEIRO, Claudio Pitta. Radiologia – Técnicas de Imagem no Manejo do Câncer. In: SCHWARTSMANN, Gilberto. *Cancerologia para leigo*. Porto Alegre: Editora Conceito, 2001, p. 88.

¹¹² MAYOIL, 1988, p. 88.

Assim, existem diversos métodos de diagnóstico de um câncer e talvez os mais importantes sejam aqueles através dos quais o próprio paciente consegue identificar alguma anomalia. Se a doença estiver nos estágios iniciais, no momento dessa identificação, isso poderá contribuir para um melhor prognóstico da doença.

2.3. Tratamento multidisciplinar do câncer

As três modalidades mais comumente utilizadas para o tratamento do câncer são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. O objetivo da cirurgia e da radioterapia é o controle local da doença, enquanto que na quimioterapia o efeito é sistêmico, ou seja, atinge outras partes do organismo, além das afetadas pelo câncer.¹¹³

A cirurgia é a forma terapêutica mais antiga no tratamento do câncer, tendo como vantagens sobre as demais modalidades a capacidade de cura em pacientes que apresentam doença localizada, assim como permitir uma avaliação mais precisa da extensão da doença, cooperando para realização de um estadiamento mais fidedigno. Como desvantagens, há riscos de morte decorrentes de procedimentos cirúrgicos, deformidades e incapacidade de sanar casos com metástase à distância.¹¹⁴

Diagnóstico, estadiamento e condições clínicas do pacientes são fundamentais no planejamento cirúrgico. O cirurgião precisa conhecer os aspectos biológicos do tumor e todo o histórico clínico do paciente, para ter um diagnóstico completo. O estadiamento auxilia o médico no planejamento terapêutico, na avaliação dos resultados do tratamento e indica o possível prognóstico.¹¹⁵

Quando o tumor não está mais restrito a apenas uma região, a cirurgia pode ser recomendada com outros objetivos, que não o de cura. Um exemplo é quando o objetivo da intervenção é fornecer alívio ao sofrimento e à dor do paciente, sendo, nesse caso, a cirurgia oncológica tomada como uma medida paliativa.¹¹⁶

¹¹³ LOPES, Ademar; MELLO, Celso A. Tratamento Multidisciplinar do Câncer. In: LOPES, Ademar et. al. *Oncologia para a graduação*. 2. ed. São Paulo: Tecmed, 2008, p. 161.

¹¹⁴ LOPES; MELLO, 2008, p. 162.

¹¹⁵ LOPES; MELLO, 2008, p. 162.

¹¹⁶ LOPES; MELLO, 2008, p. 163.

A radioterapia é uma modalidade de tratamento que utiliza radiações ionizantes para combater os tumores. Seu objetivo é liberar uma dose correta de radiação a um volume tumoral, com o menor dano possível aos tecidos sadios adjacentes. O processo de ionização acontece no interior da estrutura celular, resultando em alterações que levam à morte ou à inviabilidade biológica as células cancerosas. Lopes assim explica como ocorre esse processo:

As células neoplásicas têm maior sensibilidade a radiação ionizante por estarem em contínuo processo de multiplicação. A radiação atua diretamente no DNA, danificando sua estrutura, ou indiretamente, formando compostos químicos que interagem com o DNA. As duas situações ocasionam danos irreparáveis à sua estrutura, o que leva à incapacidade de multiplicação da célula tumoral.¹¹⁷

De modo geral, a radioterapia pode ser utilizada de forma associada – antes, durante ou depois – à cirurgia e à quimioterapia, mas, eventualmente, como tratamento exclusivo. A radioterapia pré-operatória pode colaborar com a cirurgia oncológica ao destruir células tumorais da superfície do tumor, facilitando, assim, a sua remoção adequada.¹¹⁸

A quimioterapia representa, na atualidade, um significativo arsenal terapêutico no combate ao câncer. Por meio da administração de drogas antineoplásicas, a quimioterapia age de forma sistêmica no controle de metástases ou micrometástases.¹¹⁹

Os procedimentos de uma quimioterapia são descritos da seguinte forma por Obando:

A quimioterapia consiste na utilização de medicamentos chamados antiblásticos, de forma isolada ou combinada, que agem no crescimento ou na duplicação da célula. Geralmente, as aplicações são realizadas uma a duas vezes por mês. Os medicamentos são dosificados, diluídos e preparados para serem aplicados por diversas vias de administração: via endovenosa – geralmente se utilizam veias periféricas do dorso da mão ou do antebraço [...]; via intramuscular – na região glútea ou do braço; via subcutânea – sob a pele, abdômem ou nas pernas; via oral – comprimidos, cápsulas ou líquidos; via intra-arterial – exige uma pequena cirurgia para colocar um dispositivo próprio na artéria escolhida, onde será feita a aplicação.¹²⁰

¹¹⁷ LOPES; MELLO, 2008, p. 164.

¹¹⁸ LOPES; MELLO, 2008, p. 164.

¹¹⁹ LOPES; MELLO, 2008, p. 165.

¹²⁰ OBANDO, Augusto César Valle. Quimioterapia Antineoplásica. In: SCHWARTSMANN, Gilberto. *Cancerologia para leigo*. Porto Alegre: Editora Conceito, 2001, p. 128.

Dependendo do momento em que a quimioterapia é adotada no tratamento, ela pode ser administrada de três formas: neo-adjuvante, adjuvante ou paliativa. A quimioterapia neo-adjuvante é realizada antes da cirurgia ou radioterapia, com a finalidade de diminuir o tumor e fornecendo melhores condições de remoção no momento da cirurgia. O propósito da quimioterapia neo-adjuvante é a preservação do órgão, como nos casos de câncer no canal anal, reto, laringe e bexiga.¹²¹

Já a quimioterapia adjuvante é o tratamento indicado para se combaterem pequenas metástases após o controle local da doença. É realizada após a cirurgia, visando a evitar o ressurgimento do câncer, seja no mesmo local ou à distância. Devem-se analisar diversos fatores antes fazer a opção por esse tratamento, como a condição clínica do paciente e um prognóstico de grande risco de reincidência do tumor. A quimioterapia adjuvante tem um impacto eficaz na sobrevivência de pacientes oncológicos, sendo, atualmente, bastante recomendada para um grande número de pacientes que realizaram cirurgia de câncer de mama ou cólon.¹²²

Nas situações em que os pacientes apresentam manifestações clínicas de doença neoplásica ou câncer em atividade, é indicada a quimioterapia paliativa, em que se acompanha diretamente as respostas ao tratamento.¹²³

Outras formas de tratamento também podem ser utilizadas juntamente com as estratégias quimioterápicas, como a hormonoterapia (ou manipulação hormonal) e a imunoterapia (ou terapia através de vacinas).¹²⁴

A multidisciplinaridade do tratamento oncológico não se restringe apenas à cirurgia, à radioterapia e à quimioterapia. O paciente oncológico requer cuidados específicos de profissionais de diferentes áreas da saúde. Se não houver uma intervenção multidisciplinar, o tratamento certamente ficará comprometido. Enfermagem, fisioterapia, fonoterapia, psiquiatria, psicologia e nutrição são algumas das áreas de saúde com papel fundamental no tratamento de câncer. Profissionais que integram diferentes abordagens diagnósticas e terapêuticas no manejo da doença em seus pacientes obtêm melhores taxas de cura.¹²⁵

¹²¹ LOPES; MELLO, 2008, p. 165.

¹²² OBANDO, 2001, p. 128.

¹²³ OBANDO, 2001, p. 128.

¹²⁴ LOPES; MELLO, 2008, p. 166.

¹²⁵ LOPES; MELLO, 2008, p. 166.

Vale ressaltar que a espiritualidade também é um aspecto importante do paciente, que deve ser considerado no tratamento multidisciplinar, sendo necessária a presença de um profissional capacitado para dar a devida assistência nessa área. Posteriormente, será abordado, de uma forma mais clara, o papel da espiritualidade no tratamento do câncer.

2.4. O câncer e o universo do paciente

Todo o contexto em que o paciente oncológico vive, perpassando pelas suas relações familiares, sociais, profissionais, assim como os aspectos emocionais, físicos, econômicos e espirituais são, de uma forma ou de outra, atingidos pelo câncer.

Sendo assim, pode-se afirmar que o câncer afeta o universo do paciente, ou seja, cada área da sua vida sofre alterações consequentes do processo de adoecimento, o que o torna vulnerável emocionalmente e, ao mesmo tempo, aberto a diferentes formas de intervenção.

O conhecimento desse universo possibilita aos profissionais, familiares e ao próprio paciente o desenvolvimento de estratégias que possam atenuar o impacto dos efeitos da doença em todas as suas esferas.

2.4.1. Aspectos emocionais do paciente

Para Bonazzi, é consenso entre vários pesquisadores que os aspectos emocionais são de grande relevância entre os múltiplos fatores que corroboram para a eclosão clínica do câncer. Isso fornece um espaço de discussão para importância da ação de profissionais do campo da psicologia e psiquiatria, assim como da pastoral.¹²⁶

¹²⁶ BONAZZI, Lucy Ghirardini. Resiliência em mulheres com câncer de mama. In: HOCH, Lothar Carlos; ROCCA L., Suzana M. (orgs.) *Sofrimento, Resiliência e Fé: implicações para as relações de cuidado*. São Leopoldo: Sinodal, 2007, p. 92.

São diversas as reações emocionais que podem se manifestar em uma pessoa que recebe o diagnóstico de câncer. A própria palavra “câncer”, por si só, já traz consigo um vasto conteúdo emocional negativo e pode suscitar várias fantasias com relação à dor, morte e sofrimento. É comum que algumas pessoas, principalmente as mais idosas, neguem-se a pronunciar “câncer” e a substituem por “aquela doença”.¹²⁷

Segundo Lopes, estudos demonstraram que transtornos psiquiátricos estavam presentes na metade dos pacientes oncológicos avaliados, sendo que 68% apresentaram ansiedade ou depressão reativa, 13% depressão maior, 8% transtorno mental orgânico, 7% transtorno de personalidade e 4% transtorno de ansiedades preexistentes.¹²⁸

Devido à gama de reações emocionais do paciente diante do câncer, é pertinente analisar como este lida com a descoberta do diagnóstico, as limitações e os efeitos colaterais do tratamento, a dor, a fase terminal, a depressão e o relevante papel da família.

2.4.1.1. Reações do paciente diante do diagnóstico

A maioria das pessoas diagnosticadas com câncer apresentam significativos níveis de estresse emocional. Geralmente, os pacientes sentem medo de uma possível morte, dor, mutilação e ruptura de relacionamentos. Na medida em que o estresse pelo diagnóstico e tratamento da doença aumenta, caso a pessoa não tenha recursos interiores suficientes para enfrentá-lo, pode se instaurar um quadro de ansiedade e depressão, que são os sintomas mais comuns nos pacientes oncológicos.¹²⁹

A crise gerada pelo diagnóstico de câncer exige dos pacientes rápidas adaptações em seu modo de vida. Devem-se levar em consideração os aspectos sócio-econômicos, como a falta de condições de saúde adequadas do paciente para exercer a sua profissão, o que pode resultar no comprometimento do seu orçamento

¹²⁷ LOPES, 2005, p. 31.

¹²⁸ LOPES, 2005, p. 34.

¹²⁹ LOPES, 2005, p. 33.

familiar, acarretando prejuízos financeiros e exigindo mudanças involuntárias de papéis dentro do convívio familiar.¹³⁰

Outras atividades desenvolvidas pelo paciente, como estudar, praticar esportes, frequentar grupos ou comunidades religiosas, entre outras, poderão ficar seriamente comprometidas devido às limitações provocadas pela doença.

Lopes defende que, se o estresse causado pela doença acarretar sintomas incapacitantes por um período superior a 14 dias, deve-se avaliar a condição psiquiátrica do paciente. Além disso, muitos transtornos podem ser reincidentes de traumas anteriores que vêm à tona com a experiência da doença e pelo trauma inicial do diagnóstico.¹³¹

Hertel realizou um estudo em um grupo de mulheres diagnosticadas com câncer de mama e percebeu que, em seus relatos, estava presente a manifestação da angústia diante da notícia de câncer. Constata-se esse fato ao analisar uma das frases coletadas, que remetem ao sentimento de angústia:

O meu primeiro pensamento foi que a minha vida estava no fim. Como me pegou realmente de surpresa. Eu achava que ia morrer. Foi interessante na minha mente a vida passou como um filme de trás pra frente. Olhei minha vida e pensei: só isso? É, a minha vida terminou [...] . Eu fui para a casa desesperada e a primeira coisa que fiz, foi me ajoelhar abri a Bíblia e Deus falou para mim de uma maneira muito especial.¹³²

Para Hertel, o câncer promove angústia e, ao mesmo tempo, revolta, porque representa uma grande ameaça à vida, afinal, é algo que não faz parte do projeto de vida de uma pessoa.¹³³ Além disso, há uma perda de propósito e sentido de vida, pois a morte se torna algo muito próximo da realidade do paciente, fazendo com que desista de almejar planos e objetivos a médio e longo prazo.

Segundo Moraes, devido à angústia provocada pelo medo da morte, o paciente oncológico fica centrado em si mesmo ou faz uso de mecanismos psicológicos de defesa. Esses mecanismos, quando utilizados, possuem um duplo propósito: lutar contra a angústia resultante da ameaça da doença e estabelecer

¹³⁰RODRIGUES, Ana Cristina S. Aspectos Psicossociais do Paciente Oncológico. In: SCHWARTSMANN, Gilberto. *Cancerologia para leigo*. Porto Alegre: Editora Conceito, 2001, p. 180.

¹³¹ LOPES, 2005, p. 34.

¹³² HETEL, Hildegart. *Espiritualidade e crise existencial na vivência do câncer*. 2. ed. São Leopoldo: Oikos, 2008, p. 33.

¹³³ HETEL, 2008, p. 33.

uma nova forma de relacionamento da pessoa doente com o meio e consigo mesma.¹³⁴

Para Moraes, alguns dos temores constatados em pacientes oncológicos se explicam pelas seguintes razões:

De um lado a expectativa de as células cancerosas estarem desenvolvendo-se, e com isso desequilibrando o organismo, e, de outro lado, a mutilação, a dor, a apreensão quanto aos exames médicos desconhecidos, a perda de força física (resultante dos tratamentos), a perda de ideais do ego dos objetivos de vida, papéis sociais e o fato de causar sofrimento à família.¹³⁵

Um fator essencial é a maneira que a equipe médica utiliza para comunicar ao paciente e sua família o diagnóstico de câncer. É um momento que exige sensatez, bom senso e equilíbrio emocional, para que a notícia seja dada da melhor forma possível, com o devido cuidado de não provocar reações que possam prejudicar o tratamento do paciente.

Lopes afirma que as reações emocionais decorrentes do diagnóstico de uma doença crônica podem representar um desafio maior do que a necessidade de lidar com as manifestações clínicas da doença. Sendo assim, é primordial que o paciente tenha pleno conhecimento da sua atual condição, para que ele assuma as medidas terapêuticas indispensáveis e tome as providências econômicas, religiosas, sociais e outras necessárias.¹³⁶

A informação do diagnóstico deve ser dada em momento oportuno, acompanhada de esclarecimento, orientações e apoio. Não existem fórmulas prontas para comunicação do diagnóstico, uma vez que cada pessoa é diferente da outra e, para cada situação, uma abordagem diferente deve ser utilizada. O importante é que a equipe médica não oculte informações e nem adie o momento de avisar a família e ao paciente sobre a gravidade da situação. Muitas vezes, isso ocorre pelo fato de o médico não suportar o seu próprio sofrimento pessoal e profissional gerado pela responsabilidade de transmitir notícias ruins e pelo medo de

¹³⁴ MORAES, Maria Carolina. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: CARVALHO, Maria Margarida M.J. (Org.) *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editora Psy, 1994, p. 57.

¹³⁵ MORAES, 1994, p. 58.

¹³⁶ LOPES, 2005, p. 51.

serem participantes de uma cadeia de reações emocionais que os faria perder o autocontrole.¹³⁷

De acordo com Hetel, várias mulheres entrevistadas por ela na sua pesquisa sobre câncer de mama disseram sobre a importância de estarem bem informadas pelo médico sobre a doença, após a confirmação do diagnóstico; Dentre os depoimentos, destaca:

Eu acho que o médico tinha razão. Ele não quis consolar, mas conscientizar. O que é muito importante é a verdade. Desde o início saber a verdade. É importante que os médicos expliquem as coisas para a gente assim como elas são. Assim a gente pode confiar na equipe de saúde. É indispensável para a cura do câncer saber o que se passa com a gente. Também saber: uma vez câncer sempre câncer. O que para mim ainda foi importante saber é que tipo de câncer eu tenho. Pode ser fulminante, pode durar meses, pode ser anos. Preciso saber o que me resta de vida.¹³⁸

É recomendável que o médico fale sem rodeios sobre o diagnóstico de um tumor maligno, não o relacionando necessariamente ao risco de morte iminente. Devem-se deixar as portas abertas à esperança, informando ao paciente sobre novos medicamentos, novo tratamentos, técnicas e pesquisas. Dessa forma, deixando claro que nem tudo está perdido e que o paciente será assistido e apoiado em todo o tempo, independentemente do resultado final. Prognósticos quanto ao tempo de vida também devem ser evitados, pois ninguém pode saber com precisão quanto tempo o paciente viverá.¹³⁹

Quando é preciso dizer que a doença está na fase terminal, existem alguns fatores que podem facilitar essa comunicação, como a crença em uma vida após morte por parte do paciente e de seus familiares, o que ajuda no diálogo sobre a morte e o processo do morrer. Outro fator é a ausência de conflitos nas relações internas da família, deixando o médico à vontade para se comunicar apenas com os familiares, ao invés de fazê-lo com várias pessoas diferentes.¹⁴⁰

Lopes apresenta algumas orientações gerais para comunicações dolorosas, que também podem ser úteis durante o acompanhamento do paciente oncológico:

Local: quieto, confortável, privativo. Estrutura: diálogo conveniente, sem interrupções, tempo suficiente para toda informação necessária, contato

¹³⁷ LOPES, 2005, p. 52.

¹³⁸ HETEL, 2008, p. 36.

¹³⁹ LOPES, 2005, p. 53.

¹⁴⁰ LOPES, 2005, p. 54.

direto, pessoalmente, olhar nos olhos do paciente e sentar próximo a ele evitando barreiras físicas. Pessoas: identificar a existência ou não da rede social de apoio, que pode inclusive estar presente, o que dá a sensação ao paciente que está preparado para enfrentar sua crise. Preparação: o paciente deve estar preparado, receber um pequeno aviso para ser identificado o que ele já sabe. Deve ser transmitida alguma medida de esperança, explorando a reação do paciente, permitindo-se a expressão emocional e perguntas. Como é dito: de modo caloroso, empático, respeitoso e interessado. A linguagem deve ser simples, com cuidadosa escolha de palavras, direta, evitar jargões médicos, acompanhar o ritmo do paciente. Tocar o paciente, dar-lhe a mão ou até abraçá-lo, quando adequado, auxilia muito o vínculo neste momento.¹⁴¹

Para manter a esperança do paciente, nos casos de morte iminente, não é preciso omitir os fatos, mas a esperança se demonstra ao ser garantida a capacidade dos profissionais de controlar os sintomas e atenuar o desconforto. Auxiliar o paciente a expressar seus sentimentos promove a sensação de amparo e permite a identificação de quais os serviços adicionais, sejam eles emocionais, físicos ou de outra natureza, de que o paciente e a família necessitam.¹⁴²

Infelizmente, nem sempre a comunicação do diagnóstico de câncer, terminalidade da doença, entre outras informações importantes, é transmitida da forma sugerida acima ao paciente e a seus familiares. Uma comunicação mal sucedida pode tornar o processo de assimilação e aceitação do quadro mais angustiante e doloroso para o paciente, prejudicando também a sua relação de confiança com a equipe médica e com o tratamento proposto.

A recomendação de identificar a rede social de apoio do paciente, que pode estar presente no momento do diagnóstico, abre espaço para uma eventual atuação de pessoas ligadas às comunidades de fé do paciente, como capelães, sacerdotes, ministros religiosos ou conselheiros pastorais, que, por sua vez, podem prover o devido suporte e assistência espiritual a todos os envolvidos, auxiliando no processo de enfrentamento da crise.

¹⁴¹ LOPES, 2005, p. 55.

¹⁴² LOPES, 2005, p. 55.

2.4.1.2. Reações do paciente diante da hospitalização

Geralmente, após a confirmação do diagnóstico de câncer, o paciente inicia o seu tratamento e, como descrito anteriormente, são diversas as questões emocionais que exigem um amplo apoio para serem atenuadas. Todavia, a angústia, o medo e outros sentimentos não ficam restritos apenas ao momento do diagnóstico, mas perpassam todas as fases do tratamento, incluindo os períodos de internação hospitalar.

Segundo Moraes, a internação hospitalar gera no paciente oncológico grande apreensão e sofrimento devido à exigência de uma separação de tudo aquilo que lhe é familiar e conhecido. Acarreta experiências de isolamento e rompimento de laços afetivos, sociais, profissionais, religiosos, entre outros.¹⁴³

Muitas vezes, verifica-se uma despersonalização do paciente, que torna a ser o número de um leito ou mais um caso “interessante” para estudantes e profissionais da saúde. Esse processo pode abalar ainda mais a integridade do paciente, que já se encontra em um estado de desarticulação de suas experiências cotidianas.¹⁴⁴

A despersonalização transforma os procedimentos terapêuticos, as rotinas e as condutas hospitalares, que originalmente têm a finalidade de promover o bem-estar do paciente, em algo ameaçador, agressivo e invasivo. O paciente experimenta de forma intensa sentimentos de impotência, vulnerabilidade e perda da autonomia.¹⁴⁵

Moraes ainda destaca algumas reações do paciente diante da internação hospitalar:

O paciente tem dificuldade de se reconhecer nesta fase, pois estando apreensivo com sua condição, muitas vezes sentindo dores e mal-estares, teme por sua vida ou por seque-las que objetiva ou subjetivamente possam ocorrer. Fora isso, se vê limitado em seus recursos para o controle da situação, despojado de seu poder anterior de decisão e afastado de sua possibilidade de ação. Tais fatos são reforçados pelas atitudes do pessoal hospitalar.¹⁴⁶

¹⁴³ MORAES, 1994, p. 58.

¹⁴⁴ MORAES, 1994, p. 58.

¹⁴⁵ MORAES, 1994, p. 58.

¹⁴⁶ MORAES, 1994, p. 59.

Vale ressaltar que não se deve fazer generalizações, pois existem vários hospitais, tanto privados quanto públicos, que primam por um atendimento humanizado e um profundo respeito pela condição do paciente, buscando assisti-lo em todas as áreas (isso será descrito com mais detalhes em um tópico a parte).

Um estudo sobre aspectos emocionais em pacientes oncológicos realizado por Leshan identificou a presença marcante de um sentimento de auto-desprezo e falta de confiança dos pacientes em si próprios. Os pacientes não valorizavam suas próprias realizações, nem gostavam das características que percebiam em si.¹⁴⁷ Essa cosmovisão distorcida de si pode ser reforçada, dependendo do tratamento que é dispensado ao paciente.

As sessões de quimioterapia geram um grande temor nos pacientes oncológicos. De acordo com Hetel, o tratamento quimioterápico foi apontado pelas pacientes entrevistadas, como o mais agressivo e que representou o momento mais sofrido e difícil de ser superado, o que é evidenciado no relato de uma das entrevistadas abaixo:

Trabalhar as sessões de quimioterapia foi algo muito difícil. É uma situação muito difícil quando não se tem condições de sentar, deitar, de caminhar, ou você tem fome e não consegue comer, ou você come e fica com dor no estômago.¹⁴⁸

Em grande medida, isso acontece em função de o paciente oncológico não saber lidar com o mal-estar generalizado, somado à baixa resistência imunológica provocados pela quimioterapia. A falta de informações sobre o que exatamente o medicamento aplicado causa no corpo também colabora para aumentar o medo e a angústia.¹⁴⁹

Segundo Moraes, durante o período de hospitalização, todos os profissionais de saúde envolvidos se tornam parte da “família” do paciente, uma vez que ele é visto na sua intimidade e com certa frequência. Contudo, os profissionais devem encarar essa responsabilidade, proporcionando ao paciente e seus familiares todos os cuidados requeridos, além de um apoio afetivo. O trabalho de forma coordenada

¹⁴⁷ LESHAN, Lawrence. *Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer*. Tradução de Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1994, p.39.

¹⁴⁸ HETEL, 2010, p. 36.

¹⁴⁹ HETEL, 2010, p. 37.

e integrada da equipe multiprofissional, também é um fator que demonstra respeito pela dignidade do paciente e uma melhor forma de atendê-lo.¹⁵⁰

Sumarizando, na fase de internação hospitalar, seja ela decorrente de sessões de quimioterapia, cirurgias ou outros procedimentos, é fundamental que o paciente oncológico tenha conhecimento de todas as informações referentes ao seu quadro e das condutas administradas, sendo tratado de uma forma digna e respeitosa. Dessa forma, o paciente oncológico será capaz de participar ativamente do seu tratamento, tomando decisões conscientes, além de atenuar os sentimentos de isolamento, medo e angústia.

2.4.1.3. O câncer na fase terminal

Quando não existem mais expectativas de que o paciente oncológico possa ter a sua saúde plenamente restabelecida e o único prognóstico possível é a morte, pode-se afirmar que ele está na fase terminal da doença. Nessa fase, o paciente lida diretamente com o medo da morte, com a dor crônica e, possivelmente, com um quadro de depressão e ansiedade. Além disso, ele também se depara com a angústia de seus familiares, amigos e até mesmo da própria equipe de profissionais que o acompanha.

Para Sancho, o paciente terminal é aquele que tem uma “enfermidade avançada, progressiva e incurável, associada à falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento específico.”¹⁵¹ Os cuidados prestados ao paciente na terminalidade da doença – médicos, psicológicos, e espirituais – têm a finalidade de aliviar e atenuar a dor e o sofrimento do mesmo.

Segundo Leshan, os pacientes oncológicos terminais têm um intenso desejo de viver, que pode variar de pessoa para pessoa em etapas distintas da vida. Esse desejo pode influenciar as reações do organismo diante do estresse causado pela doença. O desejo de viver pode provocar duas reações diferentes: de um lado, criar

¹⁵⁰ MORAES, 1994, p. 61.

¹⁵¹ SANCHO, 2000 apud AITKEN, Eleny Vassão de Paula. *Aconselhamento a pessoas em final de vida*. 4. ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2009, p. 43.

uma habilidade eficaz no paciente para enfrentar a doença; de outro, enfraquecê-lo até o ponto de morrer.¹⁵²

Leshan observou uma característica comum em pacientes na fase terminal: todos sabem da existência de um problema que se refere à perda de sua força vital, porém, não têm capacidade para solucioná-lo. O seguinte depoimento de um paciente em fase de tratamento demonstra esse conflito: “Aquilo que eu realmente desejava na vida jamais conseguirei ter. Aquilo que posso ter, na verdade, eu não desejo. Nunca haverá uma saída para mim”.¹⁵³ Esse comportamento pessimista deve ser trabalhado junto ao paciente terminal, para que não resulte em atitudes que possam prejudicar um tratamento.

Lopes afirma que as reações à terminalidade são diferentes em cada faixa etária:

As crianças portadores de cânceres avançados, submetidas a múltiplos tratamentos, entremeados de dor e medo, adotam atitudes fatalistas, com anseios de morte, em posição à aquelas que tornam dependentes e sugestionáveis em relação à sua cura. Os adolescentes parecessem aceitar melhor a idéia de que têm câncer e são capazes de discutir a doença com menos ansiedade do que os adultos. A noção da casualidade da morte é influenciada pela sua vivência e formação religiosa. Na mulher, em especial a jovem, a cirurgia de mama gera problemas psicológicos especiais, uma vez que a cultura moderna enfatiza a importância das mamas, como símbolo de feminilidade, maternidade e sexo. No homem, a cirurgia para certo tipo de cânceres pode determinar impotência, isso causa muitas inseguranças pela impossibilidade de ser um parceiro sexual normal. No adulto idoso, a fragilidade da saúde e a longevidade limitada alteram o entusiasmo e a energia terapêutica com que é focado o tratamento do câncer avançado.¹⁵⁴

2.4.1.4. O medo da morte

Ao mesmo tempo em que o paciente terminal experimenta o desejo de viver, ele é confrontado com o medo da morte. Conforme dito anteriormente, as perspectivas de cura para o paciente oncológico terminal são mínimas, o que fatalmente acarreta uma reflexão sobre morte e o impacto que ela causará na vida dos familiares ao redor.

¹⁵² LESHAN, 1994, p. 90-91.

¹⁵³ LESHAN, 1994, p. 91.

¹⁵⁴ LOPES, 2005, p. 44.

Segundo Leshan, relatos clínicos demonstram que o medo da morte não contribui para aumentar a capacidade de enfrentamento do câncer. Ao contrário, o medo restringe e limita os recursos de que o paciente dispõe, fazendo com que esse sentimento se torne algo extremamente negativo para o tratamento.¹⁵⁵ Porém, uma pergunta se faz necessária em todo o processo de acompanhamento de um doente terminal: por que ele tem medo da morte?

No capítulo anterior, quando se discutiram as crises diante da morte e do morrer, foram apresentadas detalhadamente as fases que Kubler – Ross descreve em sua pesquisa com doentes terminais: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. É provável que todas essas fases sejam influenciadas pelo medo da morte. Também foi dito que o temor da morte tem a sua origem no instinto natural de sobrevivência e em uma cosmovisão condicionada por fatores culturais e sociais.

Na antiguidade, o homem tinha conhecimento dos sinais que antecediam a sua morte e tomava todas as medidas necessárias em relação a sua vida e família. A morte era um acontecimento público, com a participação de familiares e amigos. Após a descoberta da contaminação no século XVIII, a morte passa a ter um caráter um solitário. Com a revolução industrial, o ser humano passa a entender a morte como uma perda em todas as áreas, não representando mais a morte em sua arte e pintura.¹⁵⁶

Atualmente, a morte é considerada um tabu. Somente a vida é digna de reflexão. O que anteriormente era visto como um evento natural, assistido pelos familiares mais próximos no aconchego do lar, foi transferido para o ambiente dos hospitais. Porém, muitos profissionais que trabalham em um hospital também não estão preparados para lidar com a morte, pois focam as suas ações somente na cura e na vida.¹⁵⁷

Segundo Aitiken, o grande desafio de uma pessoa ao enfrentar uma morte iminente é viver plena e intensamente o tempo que lhe resta, substituindo o medo e o desespero pela alegria de viver. Para essa autora, os principais medos de um paciente terminal são: incerteza do desconhecido, sofrimento da última hora, da perda e separação dos entes queridos, extinção, autocontrole, perda de identidade,

¹⁵⁵ LESHAN, 1994, p. 91.

¹⁵⁶ AITIKEN, 2009, p. 21.

¹⁵⁷ AITIKEN, 2009, p. 22.

regressão, solidão, desumanização, tornar-se um fardo e medo do julgamento dos seus atos terrenos.¹⁵⁸

O medo da incerteza e do desconhecido pode ser encarado sob três ângulos diferentes: medo de não saber as reações do corpo na evolução da doença, o medo da reação da família diante da sua morte e o medo de não saber o que acontecerá após a morte. O desconhecimento de como será o momento da morte, quem estará ao seu lado, quais serão as últimas sensações geram no paciente terminal o sofrimento da última hora. A perda de entes queridos representa um momento de uma ruptura definitiva, em que cessam todas as possibilidades de comunicação e participação na vida do outro.¹⁵⁹ Sonhos e projetos arquitetados em conjunto exigirão novas configurações e toda essa reflexão provoca medo no paciente.

O medo da extinção se refere ao temor de não ser mais aceito em sua nova condição física por parte de seus familiares e de cair no esquecimento. A perda do corpo, para o paciente terminal, representa o fim da história de sua existência e do impacto na vida de outras pessoas. Devido ao fato da sociedade atual valorizar demasiadamente a aparência, o doente oncológico teme a rejeição e o desprezo das pessoas, pois sua aparência fica comprometida em um leito de hospital, com cabelos sujos e despenteados, barba por fazer, além do aumento da dependência nas suas atividades diárias, o que, para o paciente, representa perda da dignidade.¹⁶⁰

A identidade do paciente, muitas vezes, perde-se no momento da internação hospitalar, em que ele passa a ser tratado pelo nome da doença e o número do leito, além de que suas roupas são substituídas por um “camisolão” padronizado para todos os pacientes. Pode haver um estado de regressão, em que o paciente fica constantemente na posição fetal e assume um comportamento infantil. O medo da solidão ocorre, em grande medida, pela ausência de amigos, familiares e profissionais, que, pouco a pouco, vão se distanciando do paciente terminal, diminuindo a frequência das visitas. Acontece que muitos não estão preparados para falar sobre a morte com o paciente, respondendo aos seus

¹⁵⁸ AITIKEN, 2009, p. 33.

¹⁵⁹ AITIKEN, 2009, p. 34.

¹⁶⁰ AITIKEN, 2009, p. 34.

questionamentos e, por isso, evitam o contato. O perigo de ser tratado como objeto quando não puder mais levantar do leito causa o medo da desumanização.¹⁶¹

O paciente terminal, ao pensar em quais mudanças o seu estado saúde causará na sua família, principalmente no que diz respeito a questões financeiras e a disponibilidade dos membros da família para os seus cuidados específicos, teme se tornar um fardo. E, finalmente, existe o medo do julgamento terreno para aqueles que cometeram vários erros aqui na terra. Acreditam que serão julgados por Deus na eternidade.¹⁶²

Todos os medos de um paciente oncológico terminal devem ser respeitados e tratados com paciência e compreensão. A postura da equipe de profissionais que acompanha o paciente é essencial para ajudá-lo na superação dos seus temores. O medo precisa ser encarado com coragem, tanto pelo paciente quanto pela família e a equipe envolvida, sem a preocupação de fornecer respostas prontas e escapistas, que pouco contribuirão para o empoderamento do paciente.

2.4.2. O câncer e os cuidados paliativos

Os cuidados paliativos têm um papel singular na fase terminal do câncer ou de qualquer outra doença crônica. Sua finalidade principal é o controle da dor e o alívio de sintomas, sendo uma forma de cuidado integral e contínuo oferecido aos pacientes e familiares, para que, após diagnóstico de uma doença crônica, o paciente possa lidar com os transtornos, sejam eles físicos, psicológicos ou espirituais, com mais qualidade de vida.¹⁶³

Os avanços tecnológicos e, conseqüentemente, a modernização dos procedimentos médicos, devem ser encarados com cautela no tratamento de doentes terminais, pois podem prolongar a dor e o sofrimento do paciente. É necessária uma avaliação dos tratamentos que realmente são úteis na fase terminal

¹⁶¹ AITIKEN, 2009, p. 35.

¹⁶² AITIKEN, 2009, p. 35.

¹⁶³ MELO, Ana Georgia C.; CAPONERO, Ricardo. Cuidados Paliativos: uma abordagem contínua e integral. In: SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, 257.

e descartar aqueles que, mesmo sendo fruto de pesquisas atuais, não promoverão um bem-estar para o paciente.¹⁶⁴

O conceito de cuidados paliativos tem sua origem no movimento *hospice*, que vem da palavra latina *hospes*, significando “estranho” e, depois, “anfitrião”, *hospitalis*, que significa “amigável”. Ou seja, “bem-vindo ao estranho”, que acabou evoluindo para o significado atual: hospitalidade. No século XIX, na França, os *hospices* eram lugares destinados a peregrinos e tinha uma origem religiosa, onde eram cuidados os enfermos que estavam morrendo. Em 1967, foi inaugurado o *Saint Christopher’s Hospice*, que revolucionou a forma de cuidado para com doentes terminais.¹⁶⁵

O termo *Palliare* também se origina do latim. Significa proteger, amparar, cobrir, abrigar, ou seja, o intuito de cuidar e não somente curar surge de modo amplo, trazendo a essência da medicina como foco principal. Essa nova filosofia de cuidado foi defendida e amplamente divulgada pelo mundo por Cecily Saunders e colaboradores, preconizando não só o curar, focando no paciente até o final de sua vida.¹⁶⁶

Os princípios básicos dos cuidados paliativos que corroboram com o seu objetivo principal, o cuidar, são: escutar o paciente, realizar um diagnóstico antes de tratar, conhecer profundamente as drogas que serão utilizadas, administrar drogas que têm mais de um objetivo de alívio, manter tratamentos o mais simples possível. A filosofia dos cuidados paliativos defende um aprendizado e um reconhecimento de desfrutar de pequenas realizações, consciente de que terá sempre algo a ser feito pelo paciente.¹⁶⁷

Melo e Caponero descrevem como deve ser a postura dos profissionais que trabalham com cuidados paliativos:

Os profissionais de saúde, embasados nesses princípios, podem valorizar pequenas realizações e dividi-las com seus pacientes. A discussão de casos com outros profissionais é outra ferramenta extremamente útil, pois acrescenta dados sobre o histórico de pacientes e familiares e contribui para o crescimento profissional, colocando em prática o tratamento multidisciplinar.¹⁶⁸

¹⁶⁴ MELO; CAPONERO, 2009, p. 258.

¹⁶⁵ MELO; CAPONERO, 2009, p. 259.

¹⁶⁶ MELO, CAPONERO, 2009, p. 259.

¹⁶⁷ MELO; CAPONERO, 2009, p. 261.

¹⁶⁸ MELO; CAPONERO, 2009, p. 261.

A adaptação do paciente aos cuidados paliativos dependerá da idade, do desenvolvimento familiar, da natureza da doença, do padrão de enfrentamento, da experiência prévia familiar e individual em relação à doença e a morte.¹⁶⁹ As condições socioeconômicas e outros fatores culturais também influenciam neste processo de adaptação.

De acordo com Melo e Caponero, um programa de cuidados paliativos contém os seguintes itens: clínica dia, assistência domiciliar, internação, serviços de consultoria e suporte para o luto. A clínica-dia se refere ao espaço destinado para informar e orientar o paciente sobre o seu quadro, além da prestação de cuidados diários pela equipe multidisciplinar. No caso de agravamento da doença ou impedimento temporário, encaminhar os cuidados em domicílio.¹⁷⁰

A assistência domiciliar consiste no atendimento integral, dentro do contexto familiar, usando serviços especializados que monitoram o paciente em sua própria casa, promovendo uma integração entre a família e o paciente, gerando um ambiente acolhedor. É necessário que exista uma Unidade de Cuidados Paliativos disponível 24 horas para orientar familiares e cuidadores a identificarem sinais de emergência, capacitando-os para solucionar problemas. A equipe de Cuidados Paliativos precisa ser eficientemente treinada, para responder às perguntas do paciente, aliviar o seu sofrimento e, acima de tudo, estar com ele.¹⁷¹

Segundo Melo e Caponero, no Brasil, existem alguns obstáculos para a implementação de Unidades de Cuidados Paliativos. A ausência de uma política nacional de controle da dor, a deficiência na educação dos profissionais de saúde, a preocupação contra o abuso de morfina, limitação no fornecimento de drogas necessárias para o alívio de dor, carência de recursos financeiros para pesquisa são fatores que prejudicam a disseminação de Unidades de Cuidados Paliativos em território nacional.¹⁷²

De acordo com Juver e Verçosa, estima-se que mais de 50% dos pacientes oncológicos apresentam dor durante a doença. Na fase terminal, 70 a 90% dos pacientes queixaram de dor, com intensidade moderada ou insuportável em 30 a 50% dos casos. A origem da dor no câncer, seja aguda ou crônica, tem diversas

¹⁶⁹ MELO; CAPONERO, 2009, p. 261.

¹⁷⁰ MELO; CAPONERO, 2009, p. 262.

¹⁷¹ MELO; CAPONERO, 2009, p. 263.

¹⁷² MELO; CAPONERO, 2009, p. 263.

causas como: relacionadas com o tratamento, tumor, aparecimento de síndromes paraneoplásicas e não relacionadas com o tumor.¹⁷³

A alta incidência de dor na fase terminal do câncer torna os cuidados paliativos algo essencial para a melhora da qualidade de vida dos pacientes oncológicos. É importante frisar que este tipo de cuidado trabalha com o conceito de dor total, em que o sintoma da dor pode acontecer na esfera física, mental, emocional ou espiritual, o que abre um significativo espaço para integração de conselheiros pastorais ou outras pessoas da área da espiritualidade, junto às equipes de cuidados paliativos.

2.4.3. Depressão no paciente oncológico

Geralmente, a depressão é algo comum em doentes crônicos devido ao estigma da doença e as conseqüentes limitações. No câncer, os efeitos colaterais do tratamento como a queda de cabelo, náuseas, vômito, falta de apetite, problemas digestivos, entre outros, afetam a auto-imagem do paciente gerando sentimentos como desvalia, angustia, ansiedade, pessimismo, culpa e mudanças de humor que podem evoluir para um quadro depressivo. Vale ressaltar que a depressão pode aumentar a morbidade e a mortalidade dos pacientes.¹⁷⁴

De acordo com Bottino et al., pessoas com câncer e outras doenças graves, quando comparados com a população em geral, apresentam um risco maior de manifestar transtornos depressivos.¹⁷⁵

As taxas de prevalência da depressão em pacientes oncológicos variam entre 22% a 29%. São vários os fatores que influenciam essa prevalência como o tipo de câncer, presença ou não de dor, evolução do quadro clínico, tratamento administrado, e a metodologia utilizada nas pesquisas. Baseado em alguns estudos, Bottino et al. descreve, conforme o tipo de câncer, algumas taxas de prevalência da depressão:

¹⁷³ JUVÉ, Jean Pereira da Silva; VERÇOSA, Núbia. Depressão em Pacientes com dor no câncer avançado. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 288, 2008.

¹⁷⁴ LOPES, 2005, p. 35.

¹⁷⁵ BOTTINO, Sara Mota Borges et al. Depressão e Câncer. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, 2009, v. 36, n. 3, 2009, p. 110.

- 35% a 50% no câncer de pâncreas,
- 6% a 15% no câncer de orofaringe,
- 10 a 25% no câncer de mama, sendo que estudos brasileiros apontam a prevalência de até 33% das mulheres, sobretudo nas mulheres mais jovens.¹⁷⁶

Uma pesquisa realizada por Santos et. al. estudou a relação entre fadiga em depressão em pacientes com câncer de colo – retal. Os resultados encontrados demonstraram que a fadiga é um sintoma importante para se instaurar um quadro depressivo, uma vez que a fatigabilidade limita várias atividades de vida diária do paciente oncológico afetando diretamente no seu estado de humor.¹⁷⁷

A depressão em pacientes oncológicos é dificilmente diagnosticada, e, conseqüentemente, não tratada. As limitações para o tratamento da depressão decorrem da incerteza sobre o diagnóstico, além do tempo que muitas vezes é curto para investigar questões emocionais. A própria natureza da síndrome depressiva – sentimentos de desvalia e desespero – inibe a busca de cuidado e altera a habilidade do paciente em avaliar as alterações emocionais e cognitivas decorrentes da depressão, muitas vezes atribuídas ao câncer.¹⁷⁸

Para Bottino et al, a maior barreira para o diagnóstico de depressão em pacientes oncológicos consiste em identificar o transtorno depressivo maior, sem confundi-lo com outras fontes de tristeza do paciente. Os sintomas depressivos podem ser decorrentes dos tratamentos administrados como a quimioterapia, radioterapia e outras terapias anti-neoplásicas.¹⁷⁹

Segundo León, o transtorno depressivo maior refere-se ao estado de ânimo depressivo, que está presente na maior parte do dia durante um período de no mínimo duas semanas, podendo acontecer em épocas distintas, com sintomas graves. Já no transtorno depressivo menor, ou distímia, a pessoa permanece depressiva por vários dias ao longo de dois anos, porém, apresenta sintomas de menor gravidade.¹⁸⁰

A depressão tem um impacto significativo na evolução de pacientes com câncer. Ela está diretamente associada a uma maior permanência de hospitalização para o tratamento do câncer. Pacientes com depressão podem colaborar de forma

¹⁷⁶ BOTTINO et.al., 2009, p. 110.

¹⁷⁷ SANTOS, Juliana et al. Co – morbidade, fadiga e depressão em pacientes com câncer de colo-retal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, 2008, v. 43, n. 4, 2008, p. 913.

¹⁷⁸ BOTTINO et al., 2009, p. 111.

¹⁷⁹ BOTTINO et al., 2009, p. 112.

¹⁸⁰ LEÓN, Jorge A. *Psicología pastoral de la depresión*. Buenos Aires: Kairós, 2005, p. 52-53.

insuficiente com os esquemas de tratamento, apresentando comportamentos prejudiciais, como por exemplo, fumar. Nos casos de pacientes com câncer que se concentra na região da cabeça e pescoço, a depressão tem sido relacionada à piora do prognóstico e aumento da mortalidade. Fatores biológicos, como o aumento da resposta inflamatória em pacientes com transtornos depressivos, também são atribuídos ao pior prognóstico do paciente oncológico.¹⁸¹

Estudos recentes têm demonstrado a relação entre a depressão no paciente oncológico e o risco de suicídio. Estes estudos apresentam alguns fatores relacionados ao comportamento suicida em pacientes com câncer, são eles: sexo masculino, presença de transtorno depressivo maior, malignidade da doença com pior prognóstico, declínio da função física, dor, delírio, fadiga, exaustão, falta de esperança, sensação de desamparo e falta de apoio social.¹⁸²

O tratamento da depressão em pacientes oncológicos pode ser realizado através de terapêuticas farmacológicas e intervenções psicossociais. Os medicamentos antidepressivos são comumente utilizados em pacientes oncológicos, e algumas pesquisas apontam a sua eficiência. Outras pesquisas também sugerem a utilização de intervenções psicossociais para o tratamento da depressão, por meio de técnicas de relaxamento, hipnose, terapia individual e em grupo.¹⁸³

Dessa forma, a depressão pode prejudicar o bom andamento do tratamento de um paciente oncológico. Sendo assim, mesmo que a depressão seja apenas um sintoma resultante do tratamento, ele deve ser diagnosticada a tempo para que a equipe multidisciplinar consiga diminuir os seus efeitos deletérios na evolução do paciente.

2.4.4. O câncer e a família

O câncer traz um grande sofrimento não apenas para o paciente, porém, todas as pessoas que estão a sua volta padecem junto com ele, sobretudo, a sua

¹⁸¹ BOTTINO et al., 2009, p. 113.

¹⁸² FANGER, Priscila Caroline et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Revista da Associação Medicina Brasileira*. Campinas, v. 56, n. 2, 2010, p. 174.

¹⁸³ BOTTINO et al., 2009, p. 114.

família. Geralmente, são os membros da família que acompanham todo o processo de adoecimento pelo câncer, desde o diagnóstico até a sua cura ou morte.

Os familiares desempenham um papel fundamental no período da doença de câncer, uma vez que as suas reações podem influenciar as próprias reações do paciente. Um exemplo é quando homem, que desempenha o papel de provedor do lar, precisa permanecer por um longo período hospitalizado, acarretando várias mudanças na rotina e no padrão de vida familiar. Nesse caso, a esposa ou outro membro da família terá de assumir responsabilidades com as quais não estavam habituados, e isso pode gerar um grande sentimento de desvalia e de culpa no paciente.¹⁸⁴

Após o diagnóstico de câncer, as mudanças nas configurações familiares podem ser dramáticas e extremamente dolorosas. No caso das crianças, quando um dos pais é acometido pela doença, pode haver um distanciamento destes, pois o cônjuge sadio estará ocupado com as responsabilidades da casa e do cuidado para com o doente, o que leva a necessidade de outra pessoa se responsabilizar pelos cuidados das crianças.¹⁸⁵

A comunicação do diagnóstico ou da gravidade da doença, geralmente é primeiramente transmitida aos pais ou, no caso de pessoas casadas, ao marido ou à esposa, e caberá a eles a decisão de qual o melhor momento para revelar ao paciente. Da mesma forma, pertence a eles o direito de comunicar aos filhos do paciente, sendo uma tarefa mais árdua, principalmente quando o paciente tem crianças menores.¹⁸⁶

A presença de uma pessoa fora do convívio familiar poderá ser de grande apoio para a família. Ela será muito útil no papel de escutar as preocupações, necessidades e aspirações, sendo uma espécie de mediadora entre o paciente e a família. Também pode orientar quanto a assuntos legais e auxiliar a tomar as devidas providências nos casos de morte.¹⁸⁷

Segundo Kubler-Ross, os membros da família experimentam fases semelhantes às do paciente diante da doença. Muitos podem negar que existe tal doença na família, buscando vários médicos diferentes, na esperança de que tenha acontecido algum erro no diagnóstico. Muitas vezes, os familiares buscam

¹⁸⁴ KUBLER-ROSS, 2008, p. 163.

¹⁸⁵ KUBLER-ROSS, 2008, p. 164.

¹⁸⁶ KUBLER-ROSS, 2008, p. 166.

¹⁸⁷ KUBLER-ROSS, 2008, p. 166.

primeiramente alternativas não convencionais de cura ou mesmo fazem viagens caras a clínicas famosas e consultórios de médicos renomados, somente encarando aos poucos a dura realidade que mudará radicalmente o curso de suas vidas.¹⁸⁸

Uma boa relação de diálogo e confiança é fundamental para diminuir o sofrimento familiar. Os familiares do paciente devem compartilhar suas emoções, chorando junto com o doente, expressando suas preocupações e não ocultando informações importantes.¹⁸⁹ O paciente precisa enxergar dentro do seu lar um ambiente que acolhe de maneira compreensiva todos os sentimentos, independentemente se são bons ou ruins.

Se o paciente estiver na fase da raiva, os familiares também podem sentir a mesma reação emocional com relação aos profissionais responsáveis, aos funcionários do hospital, demonstrando insatisfação quando aos cuidados dispensados ao paciente. Caso a família tenha alguém para compartilhar os sentimentos de raiva, ressentimento e culpa. Isso pode trazer alívio e forças para suportar a doença do ente querido.¹⁹⁰

De acordo com Kubler-Ross, o apoio mútuo entre o paciente e sua família colabora positivamente para o estágio de aceitação da doença, afirmando que “se os membros de uma família podem juntos compartilhar estas emoções, enfrentarão, aos poucos, a realidade da separação iminente e chegarão juntos a aceitá-la.”¹⁹¹

Segundo Lopes, a fase terminal é um período extremamente importante para família, uma vez que a capacita “a se preparar para a perda de um de seus membros e resolver junto a ele, falhas, culpas e ambivalências que afetaram a relação.”¹⁹²

As famílias também têm um papel de manter a esperança no paciente, que não precisa necessariamente estar relacionada com uma cura completa, porém, com uma forma de encarar a doença positivamente, ajudando-o a melhor enfrentar o sofrimento. Simonton corrobora essa tese, afirmando que:

Na verdade a esperança é apenas uma atitude que se tem em relação a um fim incerto – o que é quase sempre o caso quando a doença é o câncer. Assim, se quisermos ser lógicos, não nenhuma falsa “esperança” no caso

¹⁸⁸ KUBLER-ROSS, 2008, p. 174.

¹⁸⁹ KUBLER-ROSS, 2008, p. 174.

¹⁹⁰ KUBLER-ROSS, 2008, p. 175.

¹⁹¹ KUBLER-ROSS, 2008, p. 175.

¹⁹² LOPES, 2005, p. 80.

de diagnóstico de câncer. Há apenas esperança, que é uma força positiva para a saúde.¹⁹³

O acompanhamento às famílias dos pacientes oncológicos é tão essencial quanto a assistência prestada aos próprios pacientes. Afinal, os membros da família passam grande parte do tempo com o doente, convivendo com os seus dramas, questionamentos e sofrimento. A equipe de cuidadores deve estar atenta às atitudes e necessidades das famílias, consciente de que a dinâmica familiar e as preocupações do paciente para com seus entes queridos podem influenciar no seu quadro clínico.

¹⁹³ SIMONTON, Stephanie Matthews. *A família e a cura*. Tradução de Heloisa Costa. São Paulo: Summus, 1990, p. 44.

3. INTERVENÇÃO DO ACONSELHAMENTO PASTORAL COM ÊNFASE NA ESPIRITUALIDADE

Conforme descrito nos capítulos anteriores, o câncer exige uma série de cuidados para com paciente e sua família. Como é uma doença que traz consequências físicas, emocionais e espirituais, é necessário que o atendimento preconize uma perspectiva integral, não sendo coerente tratar sobre a integralidade humana sem mencionar a dimensão espiritual. Porém, uma pergunta se faz necessária: quem, dentro de uma equipe multidisciplinar, tem condições de lidar com essa dimensão?

A resposta para essa pergunta abre o campo de atuação para o aconselhamento pastoral, com ênfase na espiritualidade, como uma das opções que relacionam fé, saúde e qualidade de vida em pacientes oncológicos. Todavia, é preciso compreender qual o conceito de espiritualidade e de saúde que servirá de base para o aconselhamento pastoral.

3.1 Espiritualidade e integralidade humana

A espiritualidade é um conceito que evoca diferentes conotações, dependendo do contexto em que a palavra é empregada. De acordo com Noé, a integralidade humana abarca as dimensões *biopsicossocioecoespirituais*. A espiritualidade, como uma dessas dimensões, relaciona-se com a busca humana de sentido para vida e muitas pessoas encontram na fé e na crença em Deus esse sentido, assim como respostas as suas angústias e aflições.¹⁹⁴

Segundo Kovacs, a espiritualidade na sua busca pelo sagrado vai além dos dogmas das religiões tradicionais, pois a tentativa de compressão de uma força superior, que pode estar ligada a uma figura divina ou outra entidade transcendental, traz um sentimento de pertencimento maior do que o âmbito pessoal. A caminhada

¹⁹⁴ NOÉ, 2005, p. 65.

espiritual em direção ao sentido da vida pode acontecer através de uma religião ou de uma projeção interior.¹⁹⁵

A espiritualidade cristã não se reduz apenas a interioridade, sentimento ou a necessidade subjetiva da pessoa. Porém, a espiritualidade relaciona o homem com a realidade divina, “com Deus que se revela na criação e no mistério de Cristo”.¹⁹⁶ Ela se enraíza no acontecimento da revelação de Deus e na concretização histórica da revelação em Jesus Cristo como na tradição da igreja.

De acordo com Zilles, a espiritualidade cristã possui as seguintes características essenciais:

- a) é teocêntrica: não se trata apenas de uma satisfação subjetiva, nem somente da salvação da alma, mas da entrega a Deus, a seu amor.
- b) cristocêntrica: em Cristo, como o cabeça, toda a criação está unida ao Pai.
- c) eclesial: a igreja é o lugar no qual o Senhor reúne os que se confiam a ele na fé, no amor e na esperança para a salvação.
- d) sacramental: os sacramentos são maneiras pelas quais o Senhor glorifica o Pai na sua igreja e conduz os homens a salvação.
- e) pessoal: os sacramentos agem pela sua realização, mas só frutificam na medida em que recebemos com fé e amor e levados a eficiência ética.
- f) comunitária: por mais que se acentue o aspecto pessoal, o cristão ativa a sua espiritualidade na comunidade.
- g) escatológica: marcada pela esperança que mantém o cristão vigilante e o prepara para a vinda gloriosa de Cristo.¹⁹⁷

Para Brandt, o conceito de espiritualidade precisa ser dissociado da compreensão ocidental cristã que sempre definiu “espírito” como algo imaterial, oposto ao corpóreo, em que o corpo impede o espírito. Essa dicotomia gera uma negação das necessidades físicas de uma pessoa e o desprezo pelo corpo. Porém, a espiritualidade autenticamente cristã é comprometida e engajada com a promoção humana, consciente de que a relação com Deus também passa pela relação com o próximo.¹⁹⁸

¹⁹⁵ KOVACS, Maria Júlia. Espiritualidade e Psicologia: cuidados compartilhados. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. *Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade*. São Paulo: Paulinas, 2008, p. 145.

¹⁹⁶ ZILLES, Urbano. Espiritualidade Cristã. In: TEIXEIRA, Evilázio Francisco; MULLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre (Orgs.). *Espiritualidade e Qualidade de Vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004, p. 14.

¹⁹⁷ ZILLES, 2004, p. 16.

¹⁹⁸ BRANDT, Hermann. *Espiritualidade – vivência da graça*. Tradução de Martin Volkmann. São Leopoldo: Sinodal, 2006, p. 29.

3.1.1. Espiritualidade, saúde e qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida, como uma variável importante para a saúde, surgiu a partir de 1970, no contexto do progresso da medicina, trazendo um prolongamento na expectativa de vida, na medida em que doenças anteriormente letais se transformaram em curáveis ou passaram a ter, ao menos, o controle dos sintomas, retardando o seu curso natural. Assim, esse prolongamento fez com que viesse a ter relevância para a saúde mensurar a forma de como as pessoas vivem esses anos a mais.¹⁹⁹

De acordo com Panzini et al., seis grandes vertentes contribuíram para o conceito de qualidade de vida: estudos epidemiológicos sobre felicidade e bem-estar; a busca de indicadores sociais; a falta de medidas objetivas de desfecho em saúde; a satisfação do cliente; o movimento de humanização da medicina e a psicologia positiva.²⁰⁰

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que saúde engloba o “bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Isso retirou das pesquisas, na área da saúde, a predominância do foco exclusivo na doença, resultando em uma abertura para estudar a relação entre saúde e característica adaptativas, como esperança, coragem, sabedoria e espiritualidade. Sendo assim, a espiritualidade deixa de ser alheia à qualidade de vida, tornando-se uma de suas dimensões.²⁰¹

Não existe um consenso definitivo na literatura sobre o conceito de qualidade de vida. Alguns autores acreditam que qualidade de vida consiste nas características globais do modo de viver das pessoas, nos aspectos socioeconômicos, demográficos e de cuidados básicos de saúde disponíveis. Outros autores defendem a tese de que a percepção daquilo que é saudável e proporciona bem-estar é subjetiva e pode não coincidir com um padrão pré estabelecido.²⁰²

O Grupo de Avaliação de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS, reconhecido pela sigla em inglês WHOQOL, concluiu que a percepção

¹⁹⁹ PANZINI, Raquel Gehrke et al. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre, v. 34, n. 1, 2007, p. 106.

²⁰⁰ PANZINI, 2007, p. 107.

²⁰¹ PANZINI, 2007, p. 107.

²⁰² PANZINI, 2007, p. 107.

subjetiva sobre saúde tem sua origem na cultura onde o indivíduo está inserido. Isso faz com que a cultura seja um fator primordial para a qualidade de vida, uma vez que diferentes culturas tendem a priorizar diferentes aspectos. Esse grupo, formado por clínicos e cientistas que trabalham juntos há mais de 12 anos desenvolveu a seguinte definição de qualidade de vida: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.²⁰³

Segundo Panzini et al., são vários os estudos que têm se dedicado às pesquisas sobre qualidade de vida e a influência de variáveis espirituais e religiosas. Os resultados de um desses estudos apontaram que:

1) organizações religiosas contribuem para a integração da comunidade, conseqüentemente aumentando a qualidade de vida; 2) como a frequência/presença em serviços religiosos esteve perfeitamente associada com qualidade de vida; 3) a concepção americana de “vida boa” se baseia fortemente em ideais judaico-cristãos; 4) os princípios da religião podem atrair pessoas com disposição para a felicidade; 5) a religião pode explicar um propósito na vida que promova bem-estar.²⁰⁴

Um estudo realizado em pacientes oncológicos constatou que, independentemente do tipo de câncer, esses pacientes relacionaram positivamente qualidade de vida e bem-estar espiritual, existencial e religioso. Também em pacientes com HIV/AIDS, fatores como a fé, afiliação religiosa e o estado de saúde contribuíram para os índices mensurados de qualidade de vida.²⁰⁵

Percebe-se que as categorias de espiritualidade e qualidade de vida têm sido pesquisadas de forma associativa, com o intuito de apontar o impacto que uma tem sobre outra. Essa realidade coloca a espiritualidade como algo que contribui significativamente para a qualidade de vida de uma pessoa e, conseqüentemente, para a sua saúde. Por isso, existe uma tendência atual de se analisar a espiritualidade como uma estratégia de enfrentamento de crises e doenças, sobretudo, em abordagens que consideram uma perspectiva integral de saúde.

²⁰³ PANZINI, 2007, p. 107.

²⁰⁴ PANZINI, 2007, p. 108.

²⁰⁵ PANZINI, 2008, p. 109.

3.1.2. Espiritualidade e enfrentamento religioso

Alguns autores definem enfrentamento como “esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais”.²⁰⁶ Dessa forma, é coerente afirmar que as tentativas de superação e a busca de recursos internos ou externos fazem parte do enfrentamento, especialmente diante de situações de crises.

Existem dois tipos de estratégias de enfrentamento, sendo uma focada no problema e a outra na emoção. A primeira se refere a estratégias ativas de aproximação com a situação estressora. A segunda desenvolve a função de regular a resposta emocional causada pelo evento estressor, podendo ser representada por reações, como a esquiva e a negação. O enfrentamento religioso pode estar presente em ambas as estratégias.²⁰⁷

O enfrentamento religioso é considerado uma estratégia que fornece planejamento, reinterpretação positiva dos fatos e um suporte social e emocional, mediante as situações consideradas difíceis, como o diagnóstico de um câncer. A religiosidade e a espiritualidade são importantes aliados para pessoas doentes, porém, são as consequências do enfrentamento religioso que determinarão se o impacto da espiritualidade foi positivo ou negativo. As estratégias positivas são aquelas que melhoram a saúde mental, crescimento espiritual e redução do estresse. As estratégias negativas são aquelas que resultam em piora da qualidade de vida e da saúde; como por exemplo, quando o indivíduo não adere ao tratamento por acreditar na cura divina.²⁰⁸

Para Fornarazi e Ferreira, o enfrentamento religioso compreende a religiosidade e espiritualidade, porém, são duas categorias com características distintas. A religiosidade se define pela pertença a um determinado grupo religioso, em que o indivíduo adota o seu sistema de valores, crenças e práticas. A espiritualidade é uma característica inerente ao ser humano, que pode incluir a crença na divindade representando a ligação do pessoa com o universo e com os

²⁰⁶ FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 265.

²⁰⁷ FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 265.

²⁰⁸ FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 266.

seus semelhantes. A espiritualidade transcende religiosidade, pois envolve questões como o significado e o propósito da vida.²⁰⁹

A espiritualidade também tem sido vista como um grande fator de prevenção no desenvolvimento de diversas doenças. Algumas pesquisas relataram que a prática regular de atividades religiosas diminui o risco de óbito em até 30%, o que contribui para firmar o papel da espiritualidade como uma medida preventiva de saúde.²¹⁰

A pesquisa realizada por Fornazari e Ferreira sobre enfrentamento religioso em paciente oncológicos observou, em seu relato, referências a um “Deus”, ou ser supremo, e apontou o uso de cinco categorias relacionadas à espiritualidade, que são: suporte emocional, cura (transformação de vida), busca de significado, contribuições no tratamento e controle da doença. A busca por significado e o suporte emocional foram as características que mais se destacaram, estando presentes em 80% e 70% dos relatos, respectivamente. Os autores explicam essa ocorrência da seguinte forma:

Tal fato pode demonstrar que a religiosidade e/ou espiritualidade proporcionam um forte auxílio tanto no acolhimento como na procura por significação, aparecendo como variáveis importantes para o enfrentamento da problemática. Esse fator demonstra o quanto o indivíduo precisa buscar uma explicação para os eventos que o cercam e até mesmo para seu futuro no longo prazo, além do quanto essa estratégia pode ajudá-lo a enfrentar a situação atual que vivencia.²¹¹

No caso da pesquisa descrita acima, o enfrentamento religioso teve um impacto positivo para os pacientes oncológicos. Eles atribuíram à espiritualidade um papel fundamental para a compreensão do significado de sua doença, suporte emocional e na melhora na qualidade de vida.

²⁰⁹ FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 266.

²¹⁰ FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 267.

²¹¹ FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 267.

3.2. Aconselhamento pastoral e espiritualidade

O aconselhamento pastoral é uma dimensão do cuidado pastoral, tendo como referencial a fé cristã, podendo ser exercido por pastores e leigos de uma comunidade, e que visa o crescimento saudável pessoal e relacional com Deus, com o próximo e consigo mesmo.

Para Schneider-Harppercht, objetivo do aconselhamento pastoral é:

Descobrir com as pessoas em diferentes situações da sua vida e especialmente em conflitos e crises o significado concreto da liberdade cristã dos pecadores, cujo direito de viver e cuja aceitação vem da graça de Deus.²¹²

Em situações de crise, segundo Clinibell, o aconselhamento deve despertar sentido e esperança realista nas pessoas, ajudando-as a perceber “significatividade última da vida num relacionamento com Deus, cujo amor inabalável está sempre disponível, mesmo em meio a terríveis tragédias.”²¹³

De maneira geral, o aconselhamento pastoral direciona o seu foco para a dimensão da espiritualidade das pessoas. O papel de um conselheiro pastoral exige um profundo conhecimento bíblico-teológico, aliado à capacidade de integrar outros saberes, como a psicologia e as ciências sociais. Porém, dentro de uma equipe multidisciplinar que lida com pacientes oncológicos, o conselheiro ou conselheira pastoral é a pessoa que tem as habilidades necessárias para cuidar das questões relativas à fé, espiritualidade e ao sentido último da existência.

3.2.1. Modelos de aconselhamento pastoral nas crises do paciente oncológico

Tendo em vista que o aconselhamento pastoral se propõe a auxiliar as pessoas a resolverem seus conflitos, na literatura, encontram-se diversas

²¹² SCHNEIDER-HARPPERCHT, *Teologia Prática no Contexto da América Latina*. São Leopoldo: Sinodal: ASTE, 1998, p. 292.

²¹³ CLINEBELL, 2002, p. 187.

abordagens de intervenção nas crises através do aconselhamento pastoral. Algumas dessas possibilidades de intervenção estão presentes nas perspectivas dos autores Gary Collins, Howard Clinebell e Daniel Schipani, que podem ser aplicadas como ferramentas importantes no acompanhamento e suporte das crises em pacientes oncológicos.

3.2.1.1. Modelo de Intervenção de Gary Collins

Segundo Collins, intervir nas crises é uma forma de prestar uma primeira ajuda emocional imediata a pessoas que sofrem traumas psicológicos e físicos. Devido a sua durabilidade limitada, a crise deve ser tratada desde o seu surgimento. Os objetivos do aconselhamento neste modelo são:

- 1) Ajudar a pessoa a superar o momento agudo da crise e voltar ao seu estado normal.
- 2) Diminuir o nível de ansiedade, preocupação e outras inseguranças que podem seguir durante a crise e permanecer depois que ela passar.
- 3) Ensinar técnicas de controle de emergências para que a pessoa possa antever e lidar eficazmente com crises futuras.
- 4) Ministrando os ensinamentos bíblicos sobre situações de crise, para que a pessoa possa tirar lições dos acontecimentos e amadurecer.²¹⁴

Collins salienta que os conselheiros devem atentar para a individualidade e as especificidades de cada família e pessoa em crise, para que não adotem procedimentos generalistas de intervenção. Ele oferece alguns passos para o conselheiro ajudar pessoas em crise como: fazer contato, reduzir a ansiedade, focalizar a atenção, avaliar os recursos disponíveis, planejar a intervenção, dar esperança e acompanhamento.²¹⁵

Fazer contato se refere ao movimento do conselheiro de procurar a pessoa ou a família em crise e se colocar à disposição para escutar pacientemente, demonstrando compreensão e interesse sincero. O contato físico e visual com o aconselhado também é fundamental para que este se sinta seguro. Porém, deve-se ter o devido cuidado com toques físicos, para que o conselheiro não seja mal

²¹⁴ COLLINS, 2004, p. 77.

²¹⁵ COLLINS, 2004, p. 77.

interpretado e o aconselhado entenda o gesto com alguma intenção sexual, ou possa fazer com que o aconselhado sinta-se ameaçado devido a traumas pessoais medo de intimidade.²¹⁶

O conselheiro ajudará a reduzir a ansiedade do aconselhado ao transmitir-lhe calma e tranquilidade, a fim de confortá-lo. Passar confiança, sugerir outras interpretações do problema e responder honestamente às perguntas também podem diminuir a ansiedade do aconselhado.²¹⁷

Devido às diversas demandas que surgem em um momento de crise, o conselheiro deve orientar a ordenação de prioridades do aconselhado, estimulando-o a identificar objetivamente e a focar nos problemas mais emergenciais, evitando desperdícios de tempo e esforço.²¹⁸

Uma doença como o câncer promove uma série de transtornos na vida do paciente e de sua família, gerando uma alta carga de estresse e ansiedade. O conselheiro pastoral, ao auxiliar na diminuição do nível da ansiedade, pode restabelecer o equilíbrio emocional do paciente, capacitando-o para um melhor enfrentamento da doença.

O desempenho do conselheiro no manejo das crises é mais eficiente quando ele promove, junto com a pessoa em crise, uma avaliação dos recursos disponíveis para o enfrentamento. Os recursos espirituais se relacionam às questões de fé, como a utilização da Bíblia e a confiança na ação do Espírito Santo. Os recursos pessoais são as capacidades intelectuais, habilidades e experiências que devem ser despertadas no aconselhado para ajudar o paciente a amadurecer na crise. Os relacionamentos interpessoais dentro da família, igreja, ambiente de trabalho e amigos são importantes, pois servem como uma rede de apoio e devem ser reativados. Outros recursos adicionais também podem ser utilizados, como legais, médicos, psicológicos, financeiros, educacionais, entre outros.²¹⁹

O conselheiro pode incentivar a pessoa a tomar atitudes para resolver a crise, auxiliando-a avaliar os possíveis riscos e resultados. Pode ser útil estabelecer os seguintes passos: saber qual é o problema, fazer uma lista de alternativas de ação,

²¹⁶ COLLINS, 2004, p. 78.

²¹⁷ COLLINS, 2004, p. 78.

²¹⁸ COLLINS, 2004, p. 79.

²¹⁹ COLLINS, 2004, p. 80.

avaliar os resultados da ação realizada, continuar no caminho escolhido ou repetir os passos anteriores.²²⁰

A família e o paciente oncológico frequentemente estarão diante de questões cruciais no tratamento na da doença. O conselheiro pastoral poderá colaborar no processo de tomada de decisões quando solicitado, ouvindo compreensivamente, contribuindo para reflexão e posicionando-se contrariamente a procedimentos prejudiciais a dignidade e qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Dependendo da relação estabelecida, o conselheiro pastoral pode ser uma espécie de mediador das relações entre o paciente, família e a equipe médica.

A esperança realística de um futuro melhor traz alívio para o sofrimento da pessoa em crise, porque ajuda a evitar que entre em desespero e não tenha energia suficiente para continuar enfrentando a situação de crise.²²¹

O conselheiro pode despertar no paciente oncológico sentido de esperança, sobretudo, na fase terminal, utilizando os recursos espirituais, através da sabedoria bíblica e do conteúdo da mensagem cristã, que, como um todo, está permeado de esperança, motivando a pessoa a aprofundar no seu relacionamento com Deus.

Outras formas de despertar esperança é contestar a lógica derrotista do indivíduo, apontando evidências otimistas e mantendo a pessoa em atividade e movimento, para dar-lhe a sensação de que algo está sendo feito.²²²

O modelo de Collins para intervenção em casos de crises preconiza aspectos fundamentais na relação de ajuda entre o conselheiro, paciente oncológico e seus familiares, como o estímulo a ordenação de prioridades, avaliação dos recursos pessoais e o tratamento de questões relativas à fé e à espiritualidade. Porém, observa-se a ausência, nesse modelo, de uma discussão mais aprofundada sobre a necessidade de verificar aspectos relevantes do contexto sócio econômico e cultural das pessoas e famílias em crise, uma vez que a realidade latino-americana tem as suas particularidades e diferenças em relação ao contexto norte-americano, em que esse modelo tem sua origem.

²²⁰ COLLINS, 2004, p. 81.

²²¹ COLLINS, 2004, p. 81.

²²² COLLINS, 2004, p. 82.

3.2.1.2. Modelo de Intervenção de Howard Clinebell

Segundo Clinebell, a posição que um pastor ocupa dentro de sua comunidade permite-lhe encontrar várias pessoas que não procurariam um aconselhamento formal. Por essa razão, ele inicialmente propõe o modelo de aconselhamento informal, em que o pastor aprende a reconhecer as oportunidades de poimênica em contatos interpessoais. O pastor começa a realizar aconselhamento em casos de crise, de cunho informal, em encontros corriqueiros no dia a dia da igreja.²²³

O aconselhamento é caracterizado de informal quando o ambiente é a esquina de uma rua, um quarto de hospital, uma sala de estar; um encontro casual que não se identifica como uma sessão de aconselhamento; e sem estrutura e sequência de duração. As oportunidades frequentemente ocorrem em visitas do pastor a membros nas suas casas ou hospitais. Duas condições tornam esses encontros um aconselhamento informal: certo grau de consciência do problema por parte do membro e a disposição de receber ajuda do pastor.²²⁴

O modelo informal é a forma mais comum de aconselhamento pastoral com pacientes oncológicos. As limitações que o câncer traz pode afetar a mobilidade e locomoção do paciente oncológico, sobretudo, quando o paciente está hospitalizado. Isso faz com que a iniciativa de um primeiro contato, visando a assistir pastoralmente o paciente, seja feita pelo pastor ou pessoa responsável por essa área na comunidade.

Para Clinebell, muitas pessoas enfrentam também dificuldade em marcar um aconselhamento formal por reforçar sentimentos de fracasso, impotência e baixa autoestima. Sendo assim, o pastor pode utilizar esse recurso do aconselhamento informal se colocando à disposição de seus membros, oferecendo-lhes a ajuda necessária.²²⁵

Algumas dicas que Clinebell fornece para a criação de oportunidades de aconselhamento informal são: ter uma lista confidencial e atualizada de pessoas que o pastor suspeita ou sabe que se encontram em uma situação de crise; identificação de oportunidades por meio da sensibilidade para sinais sutis de dificuldades, como

²²³ CLINEBELL, 2007, p.185

²²⁴ CLINEBELL, 2007, p. 186.

²²⁵ CLINEBELL, 2007, p. 186.

tentativa de manter a conversa sempre na superfície; fazer perguntas ou afirmações que rompam a barreira da superficialidade e tragam a tona os verdadeiros sentimentos e anseios; ouvir e responder aos sentimentos manifestos pelas pessoas em crise.²²⁶

Na fase terminal de uma doença, o aconselhamento geralmente é de curto prazo, o que exige do pastor habilidades necessárias para prestar ajuda num breve contato, o que não significa superficialidade nos resultados. Entretanto, o pastor pode se pautar pelos seguintes objetivos no aconselhamento de curto prazo: proporcionar um relacionamento caracterizado por apoio e empatia; ajudar a restabelecer o funcionamento das pessoas, reduzindo, por meio da catarse emocional, a pressão de sentimentos bloqueantes; ajudar as pessoas a mobilizar seus recursos intrínsecos de enfrentamento; ajudar as pessoas a lidar direta e responsabilmente com uma decisão específica; auxiliar no processo de obtenção de uma perspectiva mais ampla e construtiva da situação; interromper reações de pânico e agressivas; ajudar na escolha de um plano de ação promissor e sua execução; orientação por meio de idéias úteis e sugestões; estimular a autoconfiança e competência funcional; estabelecer um relacionamento caloroso e aceitador, que promova um posterior retorno; fazer encaminhamentos se forem constatados distúrbios profundos que necessitam de assistência médica, psiquiátrica ou outra forma de ajuda especializada.²²⁷

Clinebell também sugere alguns métodos úteis no aconselhamento de curta duração, de acordo com os objetivos estabelecidos:

1) Escute intensivamente e reflita sentimentos com solicitude (respostas de compreensão)[...] Na maioria dos casos em que o aconselhamento se resume em uma única entrevista, a pastora deveria passar pelo menos metade da sessão escutando. 2) Use perguntas com cuidado a fim de concentrar-se rapidamente em áreas de conflito. [...] 3) Ajude as pessoas a examinar o problema em sua totalidade. Isso lhe dá condições de obter uma perspectiva mais clara e ajuda a prepará-las para tomar decisões sábias. [...] 4) Forneça informações úteis. [...] 5) Concentre-se nos principais conflitos, problemas e decisões da pessoa com o objetivo de clarificar as alternativas viáveis. [...] 6) Ajude a pessoa a tomar uma decisão quanto ao próximo passo e a dá-lo. [...] 7) Quando necessário, dê orientação prática. [...] 8) Dê apoio emocional e inspiração à pessoa. [...] 9) Passe para um aconselhamento de longo prazo se o de curto prazo se revelar inadequado. Isso pode significar aconselhamento prolongado com a pastora ou um encaminhamento.²²⁸

²²⁶ CLINEBELL, 2007, p. 188.

²²⁷ CLINEBELL, 2007, p. 190-191.

²²⁸ CLINEBELL, p. 193-195.

Vale ressaltar que, ainda que Clinebell opte na sua abordagem que enfatiza a figura do pastor ou pastora, o aconselhamento em casos de crise pode ser realizado por qualquer pessoa da comunidade que se disponha a buscar as ferramentas e a capacitação necessária para fazê-lo.

Também se percebe nessa abordagem a falta de reflexão sobre a relação entre crises, aconselhamento pastoral e aspectos contextuais, assim como uma análise mais sistêmica, ou seja, avaliação das influências das relações familiares, profissionais e outras redes sociais com as quais o paciente oncológico em crise possa estar envolvido.

3.2.1.3 Modelo de intervenção de Daniel Schipani

O autor Daniel Schipani, professor visitante em diversos seminários na América Latina e no Caribe, na área da Teologia Prática, propõe um modelo de aconselhamento pastoral que utilize prioritariamente a sabedoria bíblica na sua abordagem. Apesar de não tratar especificamente da intervenção em casos de crises, os princípios descritos nesse modelo servem de base para a atuação do conselheiro pastoral nestas situações.

Schipani propõe o resgate daquilo que denomina “sabedoria à luz de Deus” como o cerne do aconselhamento pastoral, considerando as sabedorias de procedência humana, como a psicologia e o senso comum, sabedorias menores. Ele fundamenta a sua proposta em três razões:

Primeiro, a sabedoria, uma parte significativa da tradição bíblica e do legado teológico judaico- cristão, representa uma maneira única de fazer teologia prática. Segundo, Jesus, o exemplo maior da cura d’almas à luz divina, era um sábio e um educador de sabedoria; e Jesus, o Cristo, é reconhecido como Salvador e Senhor e como a sabedoria de Deus (Sofia) feita carne. Terceiro, a orientação e a linguagem da sabedoria bíblica são especialmente apropriadas quando retomamos o aconselhamento pastoral como ministério da Igreja.²²⁹

²²⁹ SCHIPANI, Daniel. *O Caminho da Sabedoria no Aconselhamento Pastoral*. Sinodal: São Leopoldo, 2004, p. 45-46.

A sabedoria bíblica está presente, principalmente, nos escritos classificados como literatura sapiencial, como os livros de Jó, Salmos, Provérbios, Eclesiastes e Cantares de Salomão. Schipani defende a idéia de que sabedoria bíblica é uma teologia natural, e mostra aspectos desse tipo de teologia, que são claramente encontrados nesses livros: reflexão sobre a criação; busca de dados nas experiências de vida; a experiência é considerada confiável, regular e coerente; inclui uma dimensão ética intransigente; a experiência é discernida de forma sábia; preconiza que a revelação e a manifestação de Deus sustentam todas as coisas, assegurando uma ordem de vida, e despertando confiança e reverência.²³⁰

Também os Evangelhos sinóticos (Marcos, Mateus e Lucas) apresentam Jesus como um mestre sábio direcionado pela visão do reino de Deus; e demonstram que o estilo do seu ministério era baseado na sabedoria bíblica. Esse fato fica evidente ao observar o uso que Jesus fazia de “parábolas, provérbios, máximas e ditados, além da própria maneira como envolvia as pessoas”.²³¹

Na sua reflexão da relação entre sabedoria bíblica e aconselhamento pastoral, Schipani propõe a compatibilidade de se trabalharem juntas essas duas categorias teológicas, afirmando que “a base bíblica e a ressonância da noção de sabedoria e a solidez da reflexão histórica, pastoral e teológica, que lhe dá sustentação, justificam a adoção da sabedoria como metáfora principal do aconselhamento pastoral”.²³²

Schipani estabelece algumas diretrizes para a prática do aconselhamento pastoral à luz da sabedoria divina, que seguem expostas resumidamente: aconselhamento visto e praticado de forma pastoral, sendo definido e realizado como parte do ministério de cuidado pastoral da igreja, em que os conselheiros são vistos como sábios cuidadores, habilitados na linguagem da teologia e da psicologia, com uma vocação e ideologia vistas como parte do trabalho da igreja; aconselhamento contextualizado eclesiologicamente, no qual os conselheiros servem sob uma perspectiva comunitária e contextual de cuidado pastoral, reconhecendo a tarefa da Igreja de manifestar o reino de Deus neste mundo; aconselhamento centrado em Jesus Cristo, em que os conselheiros buscam inspiração na visão de Cristo da integralidade da vida e plenitude humana,

²³⁰ SCHIPANI, 2004, p. 49-50.

²³¹ SCHIPANI, 2004, p. 51-53.

²³² SCHIPANI, 2004, p. 60.

encarando o aconselhamento como uma forma de discipulado, e buscando o seu próprio crescimento em Cristo.²³³

Outras diretrizes apresentadas por Schipani são: aconselhamento ancorado na Escritura, a partir de um modelo de sabedoria bíblicamente instruído, que enxerga nos textos bíblicos de sabedoria, a iluminação para a resolução das dificuldades e conflitos existenciais das pessoas, orientado por um processo hermenêutico que visa o discernimento sábio para tomada de decisões; aconselhamento praticado como um processo recriativo e guiado pelo Espírito, em que os conselheiros buscam inspiração, orientação e sustentação para a sua tarefa pelo Espírito de Deus; e, finalmente, aconselhamento orientado para o reino de Deus, caracterizado por uma postura condizente com a cultura do reino de Deus, que preconiza “sabedoria no discernimento, orientação e crescimento, reconciliação, cura, libertação e integralidade”.²³⁴

O modelo de aconselhamento pastoral defendido por Schipani é o que melhor enfatiza a espiritualidade em comparação com os modelos anteriores, ao dissertar sobre valor das Escrituras Sagradas no aconselhamento pastoral, resgatando o papel da sabedoria bíblica. Os pacientes oncológicos podem ser inspirados a enfrentar suas crises através do exemplo de personagens bíblicos como Jó e Jesus Cristo, que superaram momentos de dor e sofrimento com o auxílio de uma fé inabalável em Deus.

Outro aspecto importante desse modelo é a discussão sobre a necessidade de contextualização na prática do aconselhamento, o que é um aspecto fundamental de uma pastoral que almeja ser relevante e cumprir bem o seu papel de promotora do reino de Deus no contexto latino-americano.

3.2.2. Exemplo de aconselhamento pastoral em um ambiente hospitalar

Conforme descrito no capítulo anterior, um dos momentos de maior fragilidade do paciente oncológico é quando ele necessita passar por longos

²³³ SCHIPANI, 2004, p. 74-83.

²³⁴ SCHIPANI, 2004, p. 83-89.

períodos de internação hospitalar. A forma como a equipe de profissionais de um hospital enxerga o paciente tem uma influência direta no seu tratamento e evolução.

Se o paciente é visto apenas como um corpo ou simples número de leito, provavelmente ele será assistido apenas no aspecto físico. Porém, se a filosofia de um hospital é trabalhar sob a visão de integralidade humana, é possível que o paciente seja atendido em todas as suas necessidades, abrindo espaço para a intervenção do aconselhamento pastoral que prestará assistência espiritual e emocional ao paciente, familiares a equipe. Um bom exemplo de como isso ocorre pode ser observado no Hospital Moinhos de Vento, que conta com um serviço organizado de acompanhamento e suporte pastoral e espiritual.

O Hospital Moinhos de Vento, localizado na cidade de Porto Alegre/RS e inaugurado em 2 de outubro de 1927, tem como premissa básica a visão do ser humano em sua totalidade, criado a imagem de Deus, que é físico, psíquico, espiritual, social e transcendente. Desse modo, o hospital busca atender ao paciente de maneira holística, assistindo-o através de uma equipe multidisciplinar, que contempla também as necessidades espirituais de cada pessoa, quando manifestadas de forma livre e espontânea.²³⁵

Para cumprir o seu objetivo, o hospital possui uma equipe de serviço pastoral, denominada Clínica Pastoral Ecumênica, disponível 24 horas ao dia, prestando um serviço de apoio às demais equipes assistenciais, aos pacientes e seus familiares. A equipe é constituída de pastores e diaconisas ligados à Igreja Evangélica de Confissão Luterana do Brasil (IECLB), que são devidamente treinados e capacitados para a assistência espiritual.²³⁶

A rotina do serviço de pastoral consiste em visitas aos pacientes, de segunda a sexta-feira. Aos sábados, domingos e feriados, as visitas são realizadas por um plantonista às Unidades de Tratamento Intensivo Adulto e Pediátrico, assim como ao Centro de Diálise. Por ser uma pastoral ecumênica, às terças-feiras, a equipe conta com representantes da Igreja Católica e, às sextas-feiras, pacientes israelitas recebem visitas de um rabino. Também existe um momento específico de oração pelos enfermos na capela do Hospital. Além disso, um dia da semana é reservado

²³⁵ LICHTENFELS, Ivo (Org.). *Top ser humano: Clínica Pastoral Ecumênica do Hospital Moinhos de Vento*. (Portifólio). Porto Alegre, 2005, p. 2.

²³⁶ LICHTENFELS, 2005, p. 7.

para o Coral Feminino do Hospital Moinhos de Vento, que se apresenta percorrendo todas as unidades.²³⁷

A Clínica Pastoral Ecumênica faz trabalhos especiais em datas comemorativas, tais como: Natal, Ano Novo, Páscoa entre outros. O serviço atende a solicitações de pacientes familiares quanto a rituais religiosos, como Santa Ceia, oração, bênção e outros. Outro aspecto importante é que a Clínica Pastoral trabalha de forma integrada com os profissionais da equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros), compartilhando informações sobre o paciente e cooperando para o seu tratamento.²³⁸

O serviço de pastoral se baseia nos seguintes princípios, pautados pela assistência humanizada e integral aos pacientes, familiares e membros da equipe: postura pessoal, em que os princípios e valores individuais são respeitados; sensibilidade e espiritualidade, através de uma relação de empatia com o sofrimento do outro e a valorização da dimensão espiritual; e integridade, que se estabelece na confiança mútua entre a Clínica Pastoral, pacientes e familiares.²³⁹

As visitas dos membros da Pastoral aos leitos são os momentos em que acontece o aconselhamento pastoral. Geralmente, nos primeiros contatos, a visita tem um caráter mais social, em que o visitador procura ouvir empaticamente o paciente e busca desenvolver com ele um diálogo, abordando assuntos corriqueiros do dia a dia. A oportunidade de aconselhamento pastoral vai surgindo na medida em que o paciente começa a falar sobre as suas emoções, sentimentos e questionamentos e, principalmente, quando se verifica a presença de conteúdos referentes a sua fé e espiritualidade. Cabe ao visitador ter a sensibilidade de perceber esses momentos e introduzir nas visitas recursos espirituais como a oração, leitura de mensagens bíblicas, bênçãos, entre outros, sempre respeitando as crenças religiosas do paciente.

Ainda que o paciente não solicite nenhuma prática espiritual, o visitador pode trabalhar a espiritualidade durante os diálogos e, caso o paciente não possua nenhuma crença, o visitador da Pastoral pode simplesmente estar ao lado do paciente, dando-lhe suporte emocional e apoio, o que também faz parte de uma relação de ajuda através do aconselhamento pastoral.

²³⁷ LICHTENFELS, 2005, p. 7.

²³⁸ LICHTENFELS, 2005, p. 8.

²³⁹ LICHTENFELS, 2005, p. 10.

A equipe da Clínica Pastoral Ecumênica se divide para atender os diversos setores do hospital. No setor de Oncologia, a pastoral designa uma pessoa que visita todos os pacientes internados diariamente. No relato abaixo, de um cônjuge de uma paciente com câncer, é evidente os benefícios promovidos pelo serviço de pastoral:

Ela muitas vezes me fala o quanto gosta quando recebe a visita da Pastoral e como se sente mais aliviada quando pode fazer uma oração. Nas quintas-feiras espera o coral passar no corredor. Eu abro a porta no quarto para ela ouvir melhor as canções. Sinto que isso a deixa mais tranquila.²⁴⁰

Outro relato de uma paciente oncológica demonstra que o serviço de pastoral prima pelo respeito a diversidade religiosa, e que o fato de paciente ter crenças diferentes do visitador não se constitui em uma barreira para a relação de ajuda estabelecida :

Quando me perguntaste o que quero de um serviço de pastoral em um hospital, eu posso te responder que quero o respeito e a compreensão que sinto da parte de vocês. Mesmo sendo espírita, vocês não deixam de me fazer visitas diariamente. Ouvir uma voz meiga, desejar um bom dia, se interessar como passamos a noite fa muito bem. No início eu até pensei que a pastoral iria vir aqui no meu quarto trazer santinhos , querer ler a Bíblia ou me converter. Hoje sei que vocês estão aí, disponíveis para todos aqueles que precisarem.²⁴¹

Constata-se que o Hospital Moinhos de Ventos representa um bom exemplo de aconselhamento pastoral em um ambiente hospitalar. A metodologia de trabalho empregada pela Clínica Pastoral Ecumênica permite que o paciente e sua família sejam, de fato, assistidos de forma holística, cooperando para a o bem-estar do paciente. Sendo assim, o aconselhamento pastoral, aplicado em um serviço de pastoral hospitalar, poderá ser uma ferramenta efetiva no enfrentamento das crises geradas pela doença.

²⁴⁰ LICHETENFELS, 2005, p. 32.

²⁴¹ LICHETENFELS, 2005, p. 34.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entender os processos dinâmicos que envolvem uma crise, assim como a natureza e os principais tipos é importante para capacitar as pessoas a superarem esses momentos mais conscientes daquilo que está se passando com elas. Ao olhar para o exemplo de vida de Jó e de Jesus, que atravessaram momentos de doença, sofrimento e dor, os pacientes oncológicos podem encontrar inspiração nestes exemplos de fé para combaterem melhor as crises geradas pela doença.

Uma doença como câncer acarreta alterações em todas as esferas da vida de uma pessoa. Aspectos socioeconômicos, profissionais, emocionais e espirituais de um indivíduo podem sofrer várias limitações e consequências decorrentes da vivência com câncer. São diversas as reações emocionais desencadeadas pela doença, desde o diagnóstico até a fase terminal, sendo possível a manifestação de um quadro depressivo. A família do paciente oncológico também tem o seu universo afetado pelo câncer, sendo necessário um cuidado especial e suporte para a mesma.

Quando é visto como uma ferramenta eclesial de diaconia e de serviço ao mundo, o aconselhamento pastoral preconizará a escuta e o acolhimento às pessoas nas mais diferentes situações que vivenciam, sobretudo em momentos de crise. As experiências de crises e vulnerabilidade advindas de uma doença como o câncer podem suscitar nas pessoas uma reflexão sobre questões que se relacionam com a fé e o sentido de vida. Na fase terminal, diante da iminência de uma morte, o paciente faz uma avaliação sobre suas experiências de vida e, muitas vezes, não encontra sentido para o seu sofrimento, sendo importante a presença de alguém para ajudá-lo nesta tarefa.

O aconselhamento pastoral, dentro uma equipe multiprofissional que presta atendimento ao paciente oncológico, pode ser visto como um parceiro na assistência integral, uma vez que essa forma de cuidado é a que tem condições de tratar as questões referentes à fé e à espiritualidade. O fato de várias pesquisas demonstrarem a relação entre saúde, qualidade de vida e espiritualidade abre um importante espaço para a atuação do aconselhamento pastoral em pacientes oncológicos.

Em suas diferentes visões, os modelos de aconselhamento pastoral pesquisados fornecem subsídios importantes para auxiliar as comunidades de fé a cumprirem sua missão de servir ao próximo, através do apoio e suporte a pacientes oncológicos. O modelo Gary Collins para intervenção em casos de crises preconiza aspectos fundamentais na relação de ajuda entre o conselheiro, paciente oncológico e seus familiares, como o estímulo à ordenação de prioridades, análise dos recursos pessoais e a utilização de recursos espirituais na sua abordagem.

O modelo de Clinebell oferece instruções pertinentes sobre a postura correta de um conselheiro pastoral em casos de crises. O aconselhamento pastoral informal apresentado por Clinebell parece ser o que melhor se encaixa em uma situação de acompanhamento a um paciente oncológico e sua família.

Ao resgatar o papel da sabedoria bíblica no aconselhamento pastoral, o modelo de Schipanni permite compreender de uma maneira mais clara como a espiritualidade cristã pode auxiliar efetivamente pessoas que estão vivenciando um momento de crise. Essa abordagem pode ser perfeitamente aplicada ao drama de um paciente oncológico.

O serviço de pastoral do Hospital Moinhos de Vento pode ser adotado como um referencial de aconselhamento pastoral em pacientes oncológicos dentro de um contexto hospitalar. Os relatos apresentados de alguns pacientes e familiares mostram que o trabalho desenvolvido traz vários benefícios que cooperam para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, assim como a de seus familiares e a de toda a equipe envolvida no tratamento.

Finalmente, os benefícios do aconselhamento pastoral nas crises que envolvem o câncer não são restritos ao paciente, à família e à equipe envolvida, porém, as pessoas que se dispõem a caminhar como conselheiros pastorais nesse contexto podem aprender a lidar de uma melhor forma com as suas próprias crises e amadurecer emocionalmente e espiritualmente.

REFERÊNCIAS

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

ANDERSEN, Francis I. *Jó: Introdução e Comentário*. São Paulo: Mundo Cristão; Vida Nova, 1984.

BÍBLIA. Português. *Nova Versão Internacional*. São Paulo: Vida Nova, 2000.

BLANCHES, Paula de. A Fé como Suporte nas Crises. In: HOCH, Lothar Carlos; SCHEUNEMANN, Arno V (orgs). *Redes de Apoio na Crise*. São Leopoldo: EST, 2003.

BOFF, Leonardo. *Saber Cuidar: Ética do Humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2008.

BONAZZI, Lucy Ghirardini. Resiliência em mulheres com câncer de mama. In: HOCH, Lothar Carlos; ROCCA L., Suzana M. (orgs.) *Sofrimento, Resiliência e Fé: implicações para as relações de cuidado*. São Leopoldo: Sinodal, 2007.

BOTTINO, Sara Mota Borges et al. Depressão e Câncer. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, 2009, v. 36, n. 3, p. 109-115, 2009.

BRANDT, Hermann. *Espiritualidade – vivência da graça*. Tradução de Martin Volkmann. São Leopoldo: Sinodal, 2006.

CERESKO, Anthony R. *A Sabedoria no Antigo Testamento: Espiritualidade Libertadora*. São Paulo: Paulus, 2004.

CLINIBELL, Howard J. *Aconselhamento Pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento*. 4º Ed. São Leopoldo: Sinodal, 2007.

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

CURY, Augusto. *O Mestre da Sensibilidade: análise da inteligência de Cristo*. São Paulo: Academia da Inteligência, 2000.

D'ARAÚJO F., Caio Fábio. *O Enigma da Graça: um comentário bíblico existencial sobre o livro de Jó*. São Paulo: Editora Prólogos, 2002.

DILLARD, Raymond B. LONGMAN III, Tremper. *Introdução ao Antigo Testamento*. São Paulo: Vida Nova, 2005.

FANGER, Priscila Caroline et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Revista da Associação Medicina Brasileira*. Campinas, v. 56, n. 2, p. 173-178, 2010.

FERREIRA, Renata El Rafihi. FORNAZARI, Sílvia A. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v.26, n. 2, p. 265-272, 2010.

GERSTENBERGER, Erhard S.; SCHRAGE, Wolfgang. *Por que sofrer? O sofrimento na perspectiva bíblica*. 3. ed. São Leopoldo: CEBI; Editora Sinodal, 2007.

HENDRIKSEN, Willian. *Comentário do Novo Testamento: Mateus*. São Paulo: Editora Cultura Cristã, 2001.

HERNÁNDEZ, Carlos J. WONDRACECK, Karin Hellen K. *Aprendendo a Lidar com Crises*. São Leopoldo: Sinodal, 2004.

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

HOCH, Lothar Carlos. A Crise Pessoal e sua Dinâmica. In: SANTOS, Hugo N. (Org). *Dimensões do Cuidado e Aconselhamento Pastoral*. São Paulo: ASTE; São Leopoldo: CETELA, 2008.

_____. Sofrimento, resiliência e fé na Bíblia. In: HOCH, Lothar Carlos; ROCCA L., Susana M. (Orgs). *Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado*. São Leopoldo: Editora Sinodal; EST, 2007.

JUVER, Jean Pereira da Silva; VERÇOSA, Núbia. Depressão em Pacientes com dor no câncer avançado. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 287-298, 2008.

KOVACS, Maria Júlia. Espiritualidade e Psicologia: cuidados compartilhados. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. *Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade*. São Paulo: Paulinas, 2008.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. *Sobre a morte e o morrer*. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008, p.

LEÓN, Jorge A. *Psicologia pastoral de la depresión*. Buenos Aires: Kairós, 2005.

LESHAN, Lawrence. *Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer*. Tradução de Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1994.

LEWGOY, Jairo; HUANG, Chen. Estadiamento do Câncer . In: SCHWARTSMANN, Gilberto. *Cancerologia para leigo*. Porto Alegre: Editora Conceito, 2001.

LEWIS, C. S. *O problema do sofrimento*. São Paulo: Editora Vida, 2006.

LICHTENFELS, Ivo (Org.). *Top ser humano: Clínica Pastoral Ecumênica do Hospital Moinhos de Vento*. (Portifólio). Porto Alegre, 2005.

LOPES, Ademar; MELLO, Celso A. Tratamento Multidisciplinar do Câncer. In: LOPES, Ademar et. al. *Oncologia para a graduação*. 2. ed. São Paulo: Tecmed, 2008.

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

MALDONADO, Jorge E. Intervenção em Crises. In: SANTOS, Hugo N. (Org). *Dimensões do Cuidado e Aconselhamento Pastoral*. São Paulo: ASTE; São Leopoldo: CETELA, 2008.

_____. *Crises e Perdas na Família: consolando os que sofrem*. Viçosa: Ultimato, 2005.

MAYOL, Renato. *Câncer: corpo e alma*. São Paulo: Editora Mercuryo, 1989.

MELO, Ana Georgia C.; CAPONERO, Ricardo. Cuidados Paliativos: uma abordagem contínua e integral. In: SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

_____. *Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

MORAES, Maria Carolina. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: CARVALHO, Maria Margarida M.J. (Org.) *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editora Psy, 1994.

NOÉ, Sidney Vilmar. *Amar é Cuidar: dez boas razões para integrar pessoas com deficiência, valorizar a terceira idade, cultivar a saúde integral, viver uma sexualidade sadia e buscar o perdão*. São Leopoldo: Editora Sinodal, 2005.

NOUWEN, Henri J. M. *O sofrimento que cura*. 2. ed. São Paulo: Paulinas, 2002.

OBANDO, Augusto César Valle. Quimioterapia Antineoplásica. In: SCHWARTSMANN, Gilberto. *Cancerologia para leigo*. Porto Alegre: Editora Conceito, 2001.

OLIVEIRA, Rose M. K. de. *Cuidando de Quem Cuida: um olhar de cuidado aos que ministram a palavra de Deus*. 3. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2007.

PANZINI, Raquel Gehrke et al. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 105-115, 2007.

PINHEIRO, Claudio Pitta. Radiologia – Técnicas de Imagem no Manejo do Câncer. In: SCHWARTSMANN, Gilberto. *Cancerologia para leigo*. Porto Alegre: Editora Conceito, 2001.

PITTMAN III, Frank S. *Momentos Decisivos: Tratamiento de Familias em Situaciones de Crisis*. Buenos Aires: Paidós, 1990.

RIENECKER, Fritz. *O Evangelho de Mateus: comentário esperança*. Curitiba: Editora Evangélica Esperança.

RODRIGUES, Ana Cristina S. Aspectos Psicossociais do Paciente Oncológico. In: SCHWARTSMANN, Gilberto. *Cancerologia para leigo*. Porto Alegre: Editora Conceito, 2001.

SANTOS, Hugo N. Perpesctivas en torno a La visitación a los enfermos y enfermas del corpo. *Visiones Y Herramientas: Itinerario por La Teologia Práctica*, Buenos Aires, v. 5, p. 5-173, 2007.

SANTOS, Juliana et al. Co – morbidade, fadiga e depressão em pacientes com câncer de colo-retal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, 2008, v. 43, n. 4, p. 909-914, 2009.

SCHIPANI, Daniel S. *O caminho da sabedoria no aconselhamento pastoral*. São Leopoldo: Sinodal, 2004.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. (org.) *Teologia Prática no Contexto da América Latina*. São Leopoldo: Sinodal: ASTE, 1998.

SILVA, Alexsandro Coutinho. *A Capelania Hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico*. São Leopoldo: Oikos, 2010.

SIMONTON, Stephanie Matthews. *A família e a cura*. Tradução de Heloisa Costa. São Paulo: Summus, 1990.

STEFANI, Doral S. Compreendendo o Câncer. In: SCHWARTSMANN, Gilberto. *Cancerologia para leigo*. Porto Alegre: Editora Conceito, 2001.

STONE, Howard H. *Crises Counseling*. Philadelphia: Fortress, 1978.

TERNAY, Henri de. *O Livro de Jó: da provação a conversão, um longo processo*. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

TERRA, D. João E. M. Introdução ao Livro de Jó. *Revista de Cultura Bíblica*, São Paulo, v.25, n. 103/104, p.9-129, 2002.

ZILLES, Urbano. Espiritualidade Cristã. In: TEIXEIRA, Evilázio Francisco; MULLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre (Orgs.). *Espiritualidade e Qualidade de Vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.