

FACULDADES EST
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

DANIEL ANNUSECK HOEPFNER

CUIDADO PASTORAL NUM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO ADULTO:
Referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais

São Leopoldo

2012

FACULDADES EST
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

DANIEL ANNUSECK HOEPFNER

CUIDADO PASTORAL NUM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO ADULTO:
Referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais

Tese de Doutorado
Para obtenção do grau de
Doutor em Teologia
Faculdades EST
Programa de Pós-Graduação
Área de Concentração: Teologia Prática

Orientador: Lothar Carlos Hoch

São Leopoldo

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

H694c Hoepfner, Daniel Annuseck

Cuidado pastoral num centro de tratamento intensivo adulto: referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais / Daniel Annuseck Hoepfner ; orientador Lothar Carlos Hoch. – São Leopoldo : EST/PPG, 2012.
168 f.

Tese (doutorado) – Escola Superior de Teologia. Programa de Pós-Graduação. Doutorado em Teologia. São Leopoldo, 2012.

1. Aconselhamento pastoral. 2. Pacientes hospitalizados – Aconselhamento pastoral. 3. Unidade de tratamento intensivo. 4. Cuidados com os doentes – Aspectos religiosos – Cristianismo. 5. Sofrimento – Aspectos religiosos – Cristianismo. 6. Morte – Aspectos religiosos – Cristianismo. I. Hoch, Lothar Carlos. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

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

2º Examinador: _____
Prof.^a Dr.^a Karin Hellen Kepler Wondracek (EST)

3º Examinador: _____
Prof. Dr. Julio Cezar Adam (EST)

4º Examinador: _____
Prof. Dr. Arno Vorpapel Scheunemann (ULBRA/RS)

5º Examinador: _____
Prof. Dr. Ronaldo Sathler Rosa (UMESP/SP)

*Este trabalho é dedicado a
Cintia.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Miriam e Romeu,
pelo amor incondicional.

Aos meus irmãos Martina e Samuel, demais familiares e amigos,
pelo carinho, paciência na ausência e apoio.

À minha esposa Cintia,
pelos sorrisos compartilhados e as lágrimas acolhidas.

Ao meu orientador Prof. Lothar,
por seu guiar acadêmico e pastoral.

Ao amigo P. Ivo,
pela paixão à capelania hospitalar.

Às irmãs do Moinhos,
pela amizade e compreensão.

À CAPES,
por apoiar esta pesquisa.

Ao Senhor da vida,
por este sonho concretizado.

RESUMO

Esta tese tem como objetivo definir referenciais bíblico-teológicos, visando ampliar as competências práticas do cuidado pastoral num Centro de Tratamento Intensivo adulto, mais precisamente, numa unidade de internação voltada a pacientes em estado grave de saúde. A fragilidade humana, neste contexto, representa um grande desafio para a teologia e, de forma especial, para a teologia pastoral. Dentre estes referenciais teológicos são enfatizadas tanto a dimensão da solidariedade divina em meio ao sofrimento humano quanto a da *graça* e da *paixão* reveladas na pessoa em Jesus Cristo, as quais alicerçam tanto a perspectiva da *resistência* quanto a da *submissão* humanas frente à realidade da morte. A partir dos conteúdos alcançados, a pesquisa se propõe a mapear as competências do agente pastoral junto ao paciente (e de sua família) que nortearão a prática da visitação numa perspectiva ecumênica, o estabelecimento de uma comunicação eficaz, o testemunho sensível e responsável da Palavra de Deus, o uso da oração e dos ritos religiosos e uma intera o adequada com a equipe assistencial.

Palavras-chave: Cuidado Pastoral, Centro de Tratamento Intensivo, Referenciais Bíblicos e Teológicos, Competências Pastorais.

ABSTRACT

This thesis aims to define biblical and theological references in order to extend the pastoral care practical skills in an adult Intensive Care Unit, more precisely in an inpatient unit dedicated to patients in critical health conditions. In this context, human frailty represents a great challenge to theology and, in a particular way, to pastoral theology. Among these theological references, both the theological dimension of the divine solidarity in the midst of the human suffering and the theological dimension of the *grace* and of the *passion* revealed in the person of Jesus Christ are emphasized, which underpin both the perspective of the human *resistance* and of the human *submission* against the reality of death. Based on the contents achieved, the research aims to map the skills of the pastoral agent when with the patient (and with family members), which will guide the visiting practice in an ecumenical perspective, the establishment of an effective communication, the sensitive and responsible testimony of the Word of God, the use of prayer and religious rituals and of an appropriate interaction with the care team.

Keywords: Pastoral Care, Intensive Care Unit, Biblical and Theological References, Pastoral Skills.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 CARACTERIZANDO UM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO ADULTO	16
1.1 A história do hospital: um breve revoar	16
1.2 O Centro de Tratamento Intensivo	22
<i>1.2.1 Alguns prolegômenos.....</i>	<i>22</i>
<i>1.2.2 Surgimento do CTI</i>	<i>23</i>
<i>1.2.3 As bases do método de atendimento no CTI</i>	<i>24</i>
<i>1.2.4 Conceituando o CTI.....</i>	<i>25</i>
<i>1.2.4.1 Critérios para admissão e alta.....</i>	<i>26</i>
<i>1.2.4.2 Descrevendo o ambiente e os seus objetivos.....</i>	<i>28</i>
<i>1.2.4.3 A equipe assistencial</i>	<i>31</i>
<i>1.2.5 CTI como um lugar de sofrimento</i>	<i>33</i>
1.3 Considerações finais.....	38
2 O SER HUMANO DIANTE DO SOFRIMENTO: BUSCANDO REFERENCIAIS BÍBLICOS.....	39
2.1 Na busca por referenciais	39
<i>2.1.1 Respostas humanas diante do sofrimento</i>	<i>42</i>
<i>2.1.1.1 Derrota do orgulho humano.....</i>	<i>42</i>
<i>2.1.1.2 Tentação e provação</i>	<i>43</i>
<i>2.1.1.3 Castigo.....</i>	<i>44</i>
<i>2.1.1.4 Destino.....</i>	<i>44</i>
<i>2.1.1.5 Um bem.....</i>	<i>45</i>
<i>2.1.2 Das respostas para três imagens de Deus</i>	<i>45</i>
<i>2.1.2.1 A imagem de um Deus-juiz.....</i>	<i>46</i>
<i>2.1.2.2 A imagem de um Deus-apático.....</i>	<i>48</i>
<i>2.1.2.3 A imagem de um Deus-sádico</i>	<i>50</i>
<i>2.1.3 Algumas considerações.....</i>	<i>50</i>
2.2 O testemunho bíblico se descortina: as três imagens de Deus colocadas em discussão.....	51

2.2.1 Sobre o Deus-apático	52
<i>Crítica pastoral frente à imagem de um Deus-apático</i>	57
2.2.2 Sobre o Deus-juiz.....	59
<i>Crítica pastoral frente à imagem de um Deus-juiz</i>	64
2.2.3 Sobre o Deus-sádico.....	65
<i>Crítica pastoral frente à imagem de um Deus-sádico</i>	70
2.3 De um Deus-apático para o Emanuel – de um Deus-juiz para o da graça – de um Deus-sádico para o da paixão	71
2.4 Considerações finais.....	74
3 O SER HUMANO DIANTE DA MORTE: BUSCANDO UM REFERENCIAL TEOLÓGICO	76
3.1 Sobre a morte.....	76
3.1.1 A morte como pressuposto da vida	76
3.1.2 A morte como problema humano	77
3.1.3 O ser humano como um ser-para-a-morte.....	79
3.1.4 A morte nos horizontes da atualidade	81
3.1.5 Enfoque biomédico da morte.....	85
3.2 A morte numa perspectiva teológica	91
3.2.1 A vida como dom de Deus.....	93
3.2.2 Morte e ressurreição	97
3.3 Resistência e submissão frente à morte num CTI.....	103
3.4 <i>Ars vivendi e ars moriendi</i>	108
3.5 Considerações finais.....	111
4 COMPETÊNCIAS PASTORAIS NO CONTEXTO DE UM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO ADULTO	113
4.1 Uma proposta de cuidado pastoral hospitalar.....	113
4.2 Competências pastorais no CTI Adulto	116
4.2.1 A visitação pastoral numa perspectiva ecumênica	117
4.2.1.1 Sobre o ecumenismo.....	117
4.2.1.2 A visitação pastoral como prática de hospitalidade	121
4.2.2 Comunicação entre agente pastoral e paciente	126
4.2.2.1 Comunicação verbal e não verbal.....	127
4.2.2.2 O agente pastoral como comunicador da Palavra de Deus.....	130
4.2.2.3 Comunicação eficaz entre agente pastoral e paciente	135

<i>4.2.3 A oração e os ritos religiosos</i>	<i>139</i>
<i>4.2.3.1 A oração</i>	<i>140</i>
<i>4.2.3.2 Os ritos religiosos</i>	<i>141</i>
<i>4.2.4 O agente pastoral e sua interação com a equipe assistencial</i>	<i>144</i>
4.3 Considerações finais	148
CONCLUSÃO	151
REFERÊNCIAS	158

INTRODUÇÃO

Abordar a ampla temática do cuidado¹ nos leva a um campo epistemológico complexo, pois envolve questões antropológicas e sociais, filosóficas e teológicas, físicas, psíquicas e espirituais, entre outras, e que, invariavelmente, apontam para o fato de que o cuidado não apenas sustenta, mas igualmente, compreende uma condição da vida humana.

Nesse sentido, a delimitação da presente pesquisa tem início quando voltamos a nossa atitude investigativa para uma dimensão específica do cuidado: o cuidado pastoral. Segundo Sathler Rosa, o cuidado pastoral “consiste de atos de ajuda realizados por representantes cristãos, voltados para *curar, suster, guiar e reconciliar* as pessoas em dificuldade, cujos problemas emergem no contexto de preocupações e significados últimos”.²

No entanto, a atitude de *cuidar* pastoralmente de uma pessoa sempre deve levar em conta o seu contexto e a sua situação e condição de vida. Assim sendo, esta pesquisa tem em vista o cuidado pastoral num ambiente reconhecido pela sociedade hodierna como sendo o centro do sistema de prestação de cuidados à saúde: o hospital.³ Uma instituição hospitalar, entretanto, compreende uma realidade complexa, composta de inúmeros setores e unidades de internações específicas. Por conseguinte, o objeto deste estudo tangencia o cuidado pastoral hospitalar⁴ numa unidade denominada de Centro de Tratamento Intensivo (CTI) Adulto.

Deve-se ressaltar que, no Brasil, o cuidado pastoral num contexto hospitalar se apresenta como uma prática ainda pouco estabelecida e sistematizada. Nos países do

¹ Para alguns estudiosos, o termo *cuidar* advém do latim *cura*, - em sua forma arcaica se escrevia *coera* -, sendo utilizado num contexto relacional de amor e amizade, expressando uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação em relação a alguém ou a algo estimado. Já outros derivam cuidado de *cogitare-cogitatus*, apesar de seu sentido não se distanciar do de *cura*, isto é, significa cogitar, pensar, mostrar atenção e interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. Tal propósito surge quando a existência de alguém ou de algo passa a ter importância pessoal, existencial, e, por conseguinte, estabelece-se uma dedicação e uma preocupação frente à vida do outro ou frente a algo. Cf. BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 90-91.

² SATHLER-ROSA, Ronaldo. **Cuidado pastoral em tempos de insegurança: uma hermenêutica contemporânea**. São Paulo: ASTE, 2004. p. 37. “Cuidado pastoral” não é, literalmente, um conceito bíblico, mas tem longa história na tradição da Igreja e vasto respaldo na Bíblia. É a tradução do latim *cura animarum* (cura ou cuidado da alma). Cf. SATHLER-ROSA, 2004, p. 35-36.

³ ELLIS, Janice R; HARTLEY, Célia L. **Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências**. 5. ed. Tradução de Maria Virgínia Godoy da Silva. Porto Alegre: ArtMed, 1998. p. 363.

⁴ Para Hulme, o cuidado pastoral no contexto hospitalar recebe também o nome de capelania hospitalar, cujo agente é denominado de capelão. Cf. HULME, William E. **Pastoral care & counseling**. Minneapolis: Augsburg Publishing House, 1981. p. 9. Outras terminologias conhecidas são: “clínica pastoral”, “pastoral hospitalar” e “pastoral da saúde”, esta, bastante usual no contexto católico romano.

hemisfério norte, como Estados Unidos e Alemanha, essa *práxis* de cuidado é uma realidade comum. Talvez o motivo esteja na pouca valorização que esse “tipo de serviço” recebe das próprias igrejas. Cursos, por exemplo, que tenham como objetivo a capacitação de agentes para uma atuação pastoral sistemática, organizada e eficaz junto à esfera hospitalar são raros. Soma-se a isso o fato de que, em instituições de saúde, principalmente públicas, o cuidado pastoral, inúmeras vezes, confunde-se com uma prática “proselitista” e “sacramentalista”, sobrando, por vezes, a “boa vontade” de pessoas, mas lhes faltando a devida capacitação, tanto bíblico-teológica, como prático-pastoral. Essa falta de preparo acaba gerando prejuízos na vida do paciente, quando mal assistido do ponto de vista pastoral, como na “imagem” desse serviço junto à instituição hospitalar e seu corpo clínico-assistencial. Acrescenta-se ao escopo justificativo desta pesquisa, que se ressentir de um consistente estudo que atente para a presente temática num contexto de cuidados intensivos.

O itinerário que levou a esta pesquisa – no Programa de Pós-Graduação (PPG) da Faculdades EST –, foi motivado a partir da nossa atuação no serviço de cuidado pastoral do Hospital Moinhos de Vento (HMV), localizado em Porto Alegre. Esse labor teve início em março de 2004 e, do ponto de vista acadêmico, resultou, há aproximadamente quatro anos, numa dissertação de mestrado.⁵

Nessa dissertação, procuramos fundamentar o cuidado pastoral a partir da teologia da *imago Dei*, isso é, do ser humano criado à imagem e semelhança de Deus, portanto, criado como um ser digno perante o seu Criador; do Cristo, que foi o Bom Pastor, “exemplo” e “norte” do cuidado pastoral; e, da antropologia bíblica, que testemunha a integralidade humana, o ser humano como uma unidade somática, psíquica e espiritual, devendo, por extensão, ser assistido integralmente. Esses três fundamentos podem ser compreendidos como dimensões essenciais do cuidado pastoral hospitalar e que, portanto, alicerçam esse *cuidar*, todavia, em termos gerais.

Transcorrida a defesa desse trabalho, fomos desafiados a atuar no CTI adulto do HMV e, concomitantemente, ingressamos no programa de doutorado acadêmico do PPG.

Após alguns meses de atuação no CTI, passamos a compreender o ambiente hospitalar como uma “cidade”, com seus “bairros” e suas “avenidas e praças arborizadas”, mas também com suas “periferias escuras”, por vezes, “sombrias e frias”. Assim num hospital, temos a maternidade – setor da alegria e do choro da vida –, mas também o CTI –

⁵ HOEPFNER, Daniel. **Fundamentos Bíblico-Teológicos da Capelania Hospitalar**: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa. 2008. 121 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2008.

setor hospitalar, tantas vezes, angustiante e, por vezes, realidade última de uma jornada de vida. Com essa metáfora, desejamos comunicar a necessidade de contextualizar o cuidado pastoral num ambiente hospitalar. Quer dizer, o “olhar” do agente pastoral⁶ deve ser específico, tendo em vista a particularidade de cada setor hospitalar, de cada pessoa internada e de sua condição de vida.

O assunto desta pesquisa, então, passou a ser finalmente delimitado e isso a partir de um questionamento e de uma inquietação nossa: o que envolve o cuidado pastoral num CTI?

A partir dessa “formulação de problema”, surgiu uma gradativa e frutífera relação e paixão entre o ato de pesquisar a partir do nosso pastorear. Assim sendo, a presente pesquisa foi influenciada pela nossa experiência pastoral, na qual passamos a perceber que as situações de sofrimento humano e de terminalidade de vida, comumente encontradas num CTI, exigem conteúdos e aportes que “alimentam” e “iluminam” a prática do cuidado pastoral neste contexto. Por conseguinte, o objetivo geral da tese consiste em pesquisar os referenciais teórico-práticos do cuidado pastoral num CTI.

Enquanto dimensão da Teologia Prática, a *poimênica*⁷ e, especificamente o cuidado pastoral hospitalar, partem de referenciais, cujo cunho é bíblico-teológico. E é precisamente a partir desse referencial que a assistência pastoral, também num contexto de CTI, deve ser fundamentada e acontece como uma prática embasada e teoricamente refletida. Por conseguinte, os objetivos específicos desta pesquisa concentram-se na busca por referenciais bíblicos e teológicos, tanto para o sofrimento quanto para a morte, bem como visam a mapear as competências prático-pastorais do agente num contexto de um CTI.

⁶ A fim de permitir uma melhor fluência, optamos pelo uso do masculino neste trabalho.

⁷ O termo *poimén* é o correspondente grego para “pastor”, empregado com frequência pelo Novo Testamento em sentido metafórico. *Poimano* significa “ser pastor”, “pastorear”, metaforicamente remete ao “cuidar de”. Cf. BROWN, Colin; COENEN, Lothar (Org.). **Dicionário internacional de teologia do Novo Testamento**. 2. ed. São Paulo: Vida Nova, 2000. v. 2. p. 1587. Assim sendo, a *poimênica*, - termo artificial, que não se encontra na Bíblia e nem dicionarizado na língua portuguesa, - remete à questão do cuidado no sentido do agir pastoral. A *poimênica* pode ser definida como “o ministério amplo e inclusivo de cura e crescimento mútuos dentro de uma congregação e de sua comunidade, durante todo o ciclo de vida”. Cf. CLINEBELL Howard. **Aconselhamento pastoral**: modelo centrado em libertação e crescimento. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Paulus, 2007. p. 25. Para Winkler, Jesus de Nazaré, a partir de sua forma de agir individual, a partir de sua consciência interior e a partir de seu efeito sobre o meio de sua época (apresentado pelas histórias bíblicas) pode ser visto como o inaugurador do comportamento *poimênico*. Cf. WINKLER, Klaus. **Seelsorge**. Berlin; New York: Walter de Gruyter, 2000. p. 80. Na tradição protestante o conceito “*poimênica*” engloba todo e qualquer acompanhamento pastoral em qualquer situação de vida. Ele inclui, portanto, o acompanhamento a pessoas doentes tanto quanto pessoas em dificuldades familiares, pessoas idosas, etc. Um conceito alternativo é Aconselhamento Pastoral. Este tem a vantagem de ser mais conhecido além do próprio termo já apontar para o seu significado. A dificuldade reside no fato do termo “Aconselhamento” sugerir que se trata duma disciplina que se propõe a dar conselhos. Isso por sua vez dá a ideia dum relacionamento hierárquico entre interlocutores. Nesse sentido, optamos nesse trabalho pelo conceito “*poimênica*” e que deve ser compreendido como sinônimo da expressão “cuidado pastoral”.

Com relação à estrutura da tese, ela está subdividida em quatro capítulos, sendo seus conteúdos baseados em fontes bibliográficas. Em algumas passagens, tecemos comentários a partir da nossa experiência, ou seja, as temáticas auscultadas serão ilustradas mediante o uso de algum exemplo ou situação extraída da nossa prática pastoral.

Tendo em vista que um CTI compreende um centro de internação específico no ambiente hospitalar, iniciamos o trabalho com um breve “revoar” histórico em torno desse contexto. Em seguida, atentaremos para o surgimento do CTI, para as bases do seu método de atendimento e conceituaremos essa unidade de internação, descortinando o perfil dos seus pacientes, clareando o seu ambiente e apresentando a sua equipe assistencial. Encerramos o primeiro capítulo com uma reflexão em torno do sofrimento humano encontrado num CTI.

Os três capítulos seguintes são de teor bíblico, teológico e pastoral. Assim sendo, na segunda parte, procuramos *buscar* referenciais bíblicos a partir dos quais possamos alicerçar o cuidado pastoral diante do sofrimento humano, este comumente encontrado num CTI. Assevera-se que a delimitação dessa ampla temática transcorrerá a partir do momento no qual partimos de respostas humanas e suas subjacentes imagens de Deus, que buscam compreender e justificar “teologicamente” o sofrimento humano. O testemunho bíblico se descortina na medida em que averiguamos a existência, no imaginário do paciente ou dos seus familiares, de uma relação – ou não – entre essas imagens de Deus e a imagem do Deus-*bíblico*.

Um dos “panos de fundo” que transversalizam o assunto desta pesquisa é o tema da finitude da vida humana, ou seja, da morte. Nesse sentido, na primeira parte do terceiro capítulo, trazemos um enfoque biológico, social e biomédico em torno da morte. Em seguida, buscaremos um referencial teológico para o cuidado pastoral frente à morte. Encerramos o capítulo trazendo um aporte mais pastoral em torno dessa temática que, invariavelmente, pertence e acompanha a rotina do agente pastoral num CTI.

No quarto e último capítulo, atentaremos para prática, propriamente dita, do cuidado pastoral num CTI. É o que denominamos de “competências pastorais”, ou seja, aquilo que compete ao agente exercer e fazer nesse ambiente. Iniciamos a exposição, atentando brevemente para a proposta de cuidado pastoral do Hospital Moinhos de Vento, que influenciou os rumos tomados por esta pesquisa e, sobretudo, os conteúdos apresentados neste capítulo. Em seguida, a exposição transcorrerá a partir de quatro blocos temáticos: a visitação pastoral numa perspectiva ecumênica; a comunicação entre agente pastoral e paciente (e seus familiares); a oração e o uso de ritos religiosos; e a interação do agente com a equipe assistencial.

Desejamos, nesta introdução ao trabalho, justificar e esclarecer também o uso da terminologia “agente pastoral”, ou seja, do sujeito que exerce o cuidado pastoral, especificamente num CTI. Por agente pastoral entendemos tanto o profissional que pertence ao quadro funcional de determinada instituição, ou seja, que é remunerado pelo hospital em sua função pastoral, como aqueles que exercem essa função em caráter voluntário. Há de se considerar também que, para o presente trabalho, agentes pastorais podem ser tanto religiosos ou sacerdotes (pastores, padres, diáconos, irmãs...), como pessoas “leigas” que exercem o cuidado pastoral junto ao CTI. Esta pesquisa, portanto, tem a intenção de ser uma contribuição teórico-prática para todo aquele que já exerce ou deseja exercer o cuidado pastoral num CTI.

Encerra-se esta parte, afirmando que agentes pastorais devem se sentir chamados a justificar a sua ação – o seu *cuidar* – em meio ao contexto hospitalar e, especificamente num CTI, através de um construto teórico próprio. Um construto que procure demonstrar as boas novas dessa *práxis* específica de cuidado, tanto em seus referenciais teóricos, como prático-pastorais. É isso que doravante propomos examinar.

1 CARACTERIZANDO UM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO ADULTO

Este capítulo tem como objetivo, num primeiro momento, descortinar brevemente a história do hospital. Em seguida, apresentar o contexto de um Centro de Tratamento Intensivo (CTI), atentando para o surgimento desse setor hospitalar, caracterizando o seu ambiente e sua equipe assistencial, seus objetivos junto ao paciente e seus efeitos na vida da pessoa internada nesse lugar *sui generis*.

1.1 A história do hospital: um breve revoar

O hospital “pode ser visto como o eixo ou o centro do sistema de prestação de cuidados à saúde”.⁸ Em outros termos:

A palavra *hospital* é sinônimo de lugar, onde as pessoas doentes são recebidas, tratadas e assistidas por profissionais da saúde, em ordem à sua completa reabilitação psico-física e à superação do estado de crise em que se encontravam no momento da sua entrada nele.⁹

Todavia, o surgimento do hospital como um ambiente no qual é privilegiada a assistência profissional técnico-médica, a fim de cumprir finalidades terapêuticas, é fato relativamente recente. Remete ao final do século XVIII.¹⁰

Uma incursão histórica demonstra que, originalmente, os hospitais eram estabelecimentos onde se praticava a hospitalidade para com as pessoas necessitadas, ou seja, não eram voltados, somente, para as pessoas enfermas, mas, igualmente, eram locais nos quais eram acolhidos órfãos, idosos e peregrinos.¹¹ A própria etimologia do termo “hospital”, na medida em que provém do latim *hospes* (hóspede),¹² aponta para isso, pois esse verbete latino “deu origem a ‘hospitalis’ e ‘hospitium’ que designavam o lugar onde se hospedavam na Antigüidade, além de enfermos, viajantes e peregrinos”.¹³

⁸ ELLIS, Janice R; HARTLEY, Célia L. **Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências**. 5. ed. Tradução de Maria Virgínia Godoy da Silva. Porto Alegre: ArtMed, 1998. p. 363.

⁹ LEONE, Salvino. Hospital. In: LEONE, Salvino; PRIVITERA, Salvatore; CUNHA, Jorge Teixeira da (Coord.). **Dicionário de Bioética**. Tradução de A. Maia da Rocha. Revisão de José Madureira Beça. Aparecida: Santuário, 2001. p. 558-565. p. 559.

¹⁰ PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 39.

¹¹ AIRES, Gameiro. Hospitalidade. In: VENDRAME, Calisto; PESSINI, Leocir (Dir.). **Dicionário Interdisciplinar da pastoral da saúde**. Tradução de Calisto Vendrame et. al. São Paulo: Paulus, 1999. p. 603-606. p. 605.

¹² CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995. p. 15.

¹³ CAMPOS, 1995, p. 15-16.

Segundo Leone, as primeiras instituições “do tipo hospitalar” surgiram na Índia, por volta do ano 400 a.C., por influência do budismo. Já no mundo grego, existiam duas estruturas assistenciais: os *asclepiei* e os *iatreia*. Os *asclepiei* eram santuários, onde a cura estava ligada a uma taumaturgia divina. Já os *iatreia* eram “estabelecimentos laicos”, em que se tratavam pessoas e já se praticava a cirurgia. Destes, o templo de Epidauro destacou-se por sua dedicação tanto aos cuidados físicos quanto espirituais dos “seus pacientes”, surgindo, nesse templo, os primeiros registros acerca do histórico e da evolução do tratamento de cada pessoa.¹⁴

Nesse sentido, Campos postula:

Muitos séculos antes da Era Cristã, se encontram na Grécia construções semelhantes a hospitais junto aos templos dedicados a Esculápio. Nesses locais, eram colocadas as pessoas enfermas ante a estátua do Deus, para que a ação dos sonhos associada à de medicamentos empíricos preparados pelos sacerdotes pudessem curar os doentes.¹⁵

Já na Roma antiga, eram três as instituições que se ocupavam com a saúde: os templos; as *medicatrinae*, que podem ser vistos como os predecessores das atuais instituições hospitalares, e os *valetudinari*, onde, em grandes áreas, eram tratados escravos e militares.¹⁶ Nessa época, surgem, igualmente, locais e estabelecimentos para o descanso e o tratamento de pessoas portadoras de doenças contagiosas e que, por conseguinte, permaneciam isoladas da sociedade.¹⁷

Contudo, “pode-se dizer que, antigamente, o hospital era apenas uma espécie de depósito em que se amontoavam pessoas doentes, destituídas de recursos; sua finalidade era mais social do que terapêutica”.¹⁸ Schneider-Harpprecht vai ao encontro dessa citação, ao postular que “antigamente, o hospital era um abrigo para enfermos e fracos”.¹⁹

Assim sendo, o que contribuiu significativamente para a criação dos hospitais foi o advento do Cristianismo. Para Campos, “a história do hospital começa a ser contada a partir de Cristo, pois, recebendo influência direta da religião cristã, o homem passou a se preocupar

¹⁴ LEONE, 2001, p. 558.

¹⁵ CAMPOS, 1995, p. 16.

¹⁶ LEONE, 2001, p. 558.

¹⁷ CAMPOS, 1995, p. 16.

¹⁸ CAMPOS, 1995, p. 16.

¹⁹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. **Como acompanhar doentes**. São Leopoldo: Sinodal, 1994. p. 22.

com o seu semelhante”.²⁰ “Podemos dizer que o hospital, assim como o encontramos hoje, é uma invenção cristã”.²¹

Baseada na fidelidade à missão de Cristo, de pregar o evangelho e curar os enfermos (Lc. 9.2), a assistência as pessoas necessitadas se torna uma das principais atividades caritativas da comunidade eclesial. Atividade esta calcada na prática do amor ao próximo.²²

Em Roma, o Papa Fabião (240-253) ordena a instituição das *diaconias*, como anexas aos ofícios do bispo, para que assistissem várias categorias de pessoas fragilizadas. Patrícios romanos transformam os seus lares em casas de acolhida, hospitais, asilos, leprosários e hospícios.²³

Em 325, o Concílio de Nicéia incumbe os bispos de instituírem, em cada cidade, uma casa de hóspedes, onde os viajantes pobres e enfermos deveriam ser assistidos. No Oriente, o bispo Basílio Magno (330-379) fez erigir, fora dos muros de Cesaréia de Capadócia, uma cidade de caridade, a *Basiliade*.²⁴

Durante o feudalismo, surgem as Ordens Militares e Hospitalares; já na época das comunas, com a difusão de doenças infecto-contagiosas, multiplicam-se os leprosários e os lazaretos. No Renascimento, o hospital se torna também um edifício de relevo artístico, sendo mais notável pelo seu elevado ideal estético e arquitetônico do que pela correspondente melhoria da assistência à saúde.²⁵

Os primeiros hospitais foram criados como locais de isolamento onde a caridade se exercia como uma prática de cristianismo. Eram locais para pobres, mulheres desamparadas, velhos e doentes crônicos, sob o cuidado de monges e religiosos. Constituíam o último recurso que a caridade oferecia para o paciente pobre. A tecnologia médica disponível só minorava o sofrimento: os pacientes com maiores recursos tratavam-se a domicílio e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar.²⁶

Somente no final da Idade Média, alguns dos hospitais existentes passaram, pouco a pouco, a concentrar suas ações exclusivamente a pessoas enfermas, passíveis de tratamento. Em 1084, a Inglaterra construiu o primeiro hospital geral, com a finalidade principal de restaurar a saúde. No mesmo século, também nesse país, surge o primeiro hospital

²⁰ CAMPOS, 1995, p. 16.

²¹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 22.

²² LEONE, 2001, p. 558.

²³ LEONE, 2001, p. 558.

²⁴ MASSIMO, Petrini. Hospital Católico. In: VENDRAME, Calisto; PESSINI, Leocir (Dir.). **Dicionário Interdisciplinar da pastoral da saúde**. Tradução de Calisto Vendrame et. al. São Paulo: Paulus, 1999. p. 593-597. p. 593.

²⁵ LEONE, 2001, p. 558-559.

²⁶ CAMPOS, 1995, p. 18.

especializado para combater a hanseníase. No século seguinte, o Concílio Ecumênico proibiu monges de exercerem a cirurgia. O primeiro hospital do continente americano foi erguido na Cidade do México, em 1524. No Brasil, em 1538, funda-se a primeira Santa Casa, localizada em Santos Já em 1915, a partir do labor de Florence Nightingale, surge a primeira escola de enfermagem.²⁷

Ainda assim, Pitta afirma que o surgimento do hospital como um ambiente privilegiado pela tecnologia médica e que cumpre finalidades terapêuticas remonta ao final do século XVIII, somente.²⁸

Foi quando Howard, um filantropo inglês, e Tenon, um médico designado pela Academia de Ciências da França, desenvolvem relatórios a respeito dos hospitais na Europa. Nesses relatórios, esses ambientes eram caracterizados, tinham examinados os seus postos de trabalho e fluxos, bem como eram identificadas possíveis aberrações e condições de maus tratos às pessoas internadas. Esses documentos formam as primeiras sistematizações de olhar o hospital, com intenções terapêuticas e, como tal, tinham a finalidade de desenvolver um programa de reforma nessas instituições. Em verdade, tais estudos puderam revelar que os hospitais existentes não curavam tanto quanto deveriam ao, por exemplo, negligenciarem regras básicas de higiene que acabavam por resultar em surtos epidêmicos no seu interior.²⁹

Ressalta-se que, ao final do século XVIII, viceja uma nova era: o capitalismo. Com o advento do modo de produção capitalista, o ser humano passa a interessar enquanto força de trabalho. Logo, é do somático que a sociedade passa a necessitar. Portanto, o hospital, enquanto ambiente que cura, passa a ser relevante também para os interesses do capitalismo.³⁰

É certo que a história posterga bastante a entrada em cena do corpo produtivo, o corpo do trabalhador enquanto objeto das práticas de saúde. Somente na segunda metade do século XIX, com Chadwick na Inglaterra, é que os produtivos e não os mendigos e vagabundos se constituem clientela preferencial das preocupações sanitárias. E é também nesta época que certamente o trabalho na doença também, pressionado pela força da industrialização, vai abandonando suas características artesanais, de “ofício” e absorve as novas tecnologias, dentro de um movimento amplo, desencadeado a partir do século XVIII, com as invenções da química, da metalurgia, da física e outras. A medicina e suas técnicas vão sistematicamente preenchendo espaços e determinando novas formas de relação e divisão do trabalho no interior dos hospitais.³¹

²⁷ CAMPOS, 1995, p. 17-18.

²⁸ PITTA, 1991, p. 41.

²⁹ PITTA, 1991, p. 39-40.

³⁰ PITTA, 1991, p. 44.

³¹ PITTA, 1991, p. 44.

É com o advento da Revolução Industrial e do modo de produção capitalista, portanto, que o sistema hospitalar passa por um período de transição. Conforme Pitta, é o momento no qual “o ‘ofício’ de cuidar se transforma em ‘tecnologia’”.³² Isso é, de um caráter religioso e caritativo de cuidados, o hospital passa a se articular como uma instituição que liga saberes específicos com equipamentos técnico-médicos.

Por conseguinte, o princípio dominante do hospital passou a ser racional-científico, no qual se tem uma visão quase que estritamente técnica e biofísica da enfermidade. Tal visão levou à “dessacralização da corporeidade”. Da intangibilidade sagrada, que culminou com a proibição de Bonifácio VIII da dissecação anatômica, chegou-se a uma percepção rigorosamente metodológica, racional, cognitiva e asséptica do corpo humano, tornando-o, assim, um objeto de estudo e não de contemplação.³³

A esse escopo se acrescenta que, hodiernamente, a “tecnologia” passa a ser indispensável no diagnóstico de doenças a partir de imagens radiográficas ou exames laboratoriais, o que leva, por vezes, a uma desarticulação, pois, com frequência, parece não estar em evidência o ser, mas a patologia que ele abriga.³⁴

Não por último, o hospital passa a ser um prestador de serviços que, ao perder gradativamente seu caráter caritativo e de cuidados artesanais, passa a ser gerido burocraticamente e se torna responsável por coordenar a atenção ao paciente a partir de profissionais especializados, cada qual exercendo a sua função e técnica junto ao leito hospitalar. Quer dizer, a divisão do trabalho numa instituição hospitalar “é a reprodução no seu interior da evolução e divisão do trabalho no modo de produção capitalista, preservando, entretanto, algumas características da religiosidade caritativo-assistencial”.³⁵ Nesse sentido, Heimann afirma:

Por mais que se tenha atualmente perdido este caráter caritativo do hospital, em função do moderno modelo hospitalar capitalista – a saúde como produto mercadológico – pode se perceber a enorme influência da religião não só pelas referências históricas, mas também empíricas, a partir do grande número de hospitais que têm sua origem em denominações religiosas.³⁶

³² PITTA, 1991, p. 42.

³³ LEONE, 2001, p. 569.

³⁴ LEONE, 2001, p. 569.

³⁵ PITTA, 1991, p. 48.

³⁶ HEIMANN, Thomas. **Cuidando de cuidadores**: acompanhamento a profissionais que assistem pacientes UTI's – uma abordagem a partir da Psicologia Pastoral. 2003. 221 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2003. p. 38.

São inúmeras as instituições hospitalares cujos nomes aludem a sua origem religiosa ou são geridas e administradas por denominações religiosas. O próprio método de assistência desses hospitais, em grande medida, assevera isso, na medida em que procura levar ao paciente uma assistência integral. Isso significa atentar para as necessidades não apenas somáticas da pessoa internada, mas também psíquicas e espirituais.

Aliás, na atual conjuntura hospitalar, comumente caracterizada por processos técnico-médicos complexos e especializados, percebe-se uma crescente valorização do todo. Isso é, a equipe assistencial, composta por diversos profissionais de distintas áreas do saber, procura trabalhar de uma forma interativa, complementar e harmoniosa, tendo em vista a recuperação e o bem-estar integral do paciente. Chegou-se a esse método de assistência, pois se percebeu que o “sistema terapêutico com frequência está dividido em mais partes, ou subdivisões, e tende a alimentar a rotina, a sistematização das intervenções necessárias sem a visão da centralidade do hóspede”.³⁷

Esse processo de “humanização da saúde”, especificamente, de “humanização do ambiente e da assistência hospitalar”, parte do princípio de que o paciente é um hóspede; o hospital, como na antiguidade, uma casa de acolhida; e a equipe, que presta assistência técnico-médica-humana, tal qual uma célula que engloba, protege e cerca o núcleo, ou seja, a pessoa internada. Assim, “o doente é o centro do hospital humanizado e, finalmente, pode receber respostas não só científicas e técnicas, mas também humanas”.³⁸

Portanto, ao transcrever brevemente algumas notas históricas sobre o hospital, chega-se ao final desta parte introdutória do capítulo, percebendo uma aproximação entre a vocação do hospital no passado com a sua função no presente. De simples casa de acolhida, que fornecia respostas humanas e caritativas para as pessoas necessitadas, ao ambiente caracterizado pela “tecnologia”, que fornece respostas científicas e técnicas às pessoas enfermas, percebe-se, no presente da história hospitalar, uma tendência de alinhar a ciência ao cuidado, a técnica ao ser humano. E é em meio a essa perspectiva que se pretende doravante atentar para o “hospital do hospital”: o Centro de Tratamento Intensivo.

³⁷ PIERLUIGI, Marchesi. Humanização da saúde. In: VENDRAME, Calisto; PESSINI, Leocir (Dir.). **Dicionário Interdisciplinar da pastoral da saúde**. Tradução de Calisto Vendrame et. al. São Paulo: Paulus, 1999. p. 606-619. p. 607.

³⁸ PIERLUIGI, 1999, p. 614.

1.2 O Centro de Tratamento Intensivo

1.2.1 Alguns prolegômenos

Torna-se pertinente iniciar a análise em torno do CTI atentando para a própria nomenclatura desse ambiente hospitalar. Com o intuito de padronizar a exposição, optou-se pela expressão Centro de Tratamento Intensivo e sua conseqüente sigla “CTI”. Isso devido à familiaridade em relação a essa expressão ou sigla, pois, na instituição hospitalar na qual atuamos, os ambientes de cuidados intensivos são conhecidos por CTI’s. Entretanto, em outros hospitais, esse contexto pode ser denominado de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), ou como Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Fato é que, mesmo a nomenclatura podendo ser distinta entre os hospitais, elas compreendem setores hospitalares iguais ou bastante similares.

Outra questão a ser considerada é a faixa etária a qual se destina determinado CTI. Nesse sentido, devem ser considerados três grupos etários específicos, cada qual contando com o seu CTI: o neonatal (pacientes de 0 a 28 dias); pediátrico (pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos); e o adulto (pacientes maiores de 14 ou 18 anos).³⁹ A presente tese, como já descrito no próprio título, tem em vista o cuidado pastoral num CTI voltado para pessoas adultas, ou, como apresentado: pacientes maiores de 14 ou 18 anos. Torna-se evidente considerar, entretanto, que se encontram similaridades entre esses CTI’s.

Igualmente, deve-se ressaltar que um CTI pode ser voltado para determinada especialidade médica. Aqui podem ser citados os centros especializados no atendimento a pacientes pós-trauma (causados por acidentes automobilísticos, por exemplo), com graves queimaduras, pós-transplantados e de tantas outras especialidades médicas, como a cardiologia, a neurologia, a oncologia, bem como pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de alta complexidade. Assim sendo, tem-se em mente o CTI voltado a pacientes adultos e que nele se internam pelos mais variados motivos, não influenciando, portanto, a especialidade médica na temática e abordagem desta tese.

Não por último, será desconsiderado o contexto atual da saúde no Brasil.⁴⁰ Ou seja, não se fará distinção entre a assistência prestada por um CTI de uma instituição hospitalar

³⁹ UENISHI, Eliza Kaori. **Enfermagem médico-cirúrgica em unidade de terapia intensiva**. 9. ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2008. p. 15.

⁴⁰ No que tange o rosto atual da saúde brasileira, indica-se a dissertação de mestrado de Maurício Haacke (p. 79-85). Cf. HAACKE, Maurício Roberto. **Aconselhamento Pastoral Hospitalar**: os ritos religiosos como

pública de uma privada, afinal, *a priori*, tanto um quanto o outro são voltados ao mesmo “tipo” de paciente e, portanto, devem ser dotados de estrutura e de assistência técnico-médica similar. Em outras palavras, a tese tem em vista o cuidado pastoral um CTI adulto que atende as mais variadas especialidades médicas e que ofereça aos pacientes uma assistência digna. Parte-se, portanto, do ideal – como rege a Constituição Federal Brasileira, que, por sinal, não classifica a assistência à saúde em pública e privada: o acesso a saúde é “um direito de todos e dever do Estado”⁴¹ –, e não do real, pois se conhece, sobretudo, através dos meios de comunicação, a falta de leitos nos CTI’s dos hospitais públicos. Contudo, a pessoa, uma vez estando internada num CTI de uma instituição pública, deverá receber assistência técnico-médica e contar com o mesmo rol de equipamentos que o de uma pessoa internada num hospital privado. Os motivos da internação são os mesmos. Por conseguinte, há necessidade de suporte técnico-médico-assistencial idêntico. Portanto, em essência, os referenciais teológicos e as competências pastorais do agente pastoral num CTI permanecem, no sistema público e no privado, os mesmos.

1.2.2 Surgimento do CTI

O CTI é uma unidade de internação hospitalar específica e que conta com uma série de particularidades. Alguns fatores contribuíram para o advento desse centro em meio ao contexto hospitalar. Nesse sentido, devem ser lembradas as guerras. Sobretudo, a Segunda Guerra Mundial, que foi decisiva na criação, não apenas dos hospitais militares, mas de enfermarias especializadas que tinham a função de tratar os combatentes gravemente feridos. Também há de se ressaltar que, com o surto da poliomielite, foram criados ambientes de tratamento especial, com respiradores artificiais.⁴²

Ainda assim, o decisivo no surgimento dos CTI’s foi o desenvolvimento das tecnologias médicas e o avanço das cirurgias de grande porte. Sobretudo, deve-se destacar que os CTI’s, assim como conhecidos hoje, remontam para a década de 50, e são consequência da criação dos serviços de recuperação pós-operatório.⁴³ Para Landmann, na sua gênese, eram reservados para pacientes que se submeteram a cirurgias cardíacas, “mas cedo

parceiros da conversação pastoral na mediação da graça de Deus. 2001. 176 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2001.

⁴¹ CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil: de 5 de outubro de 1988. São Paulo: Atlas, 1988. Artigo 196.

⁴² BARRETO, Sérgio Menna. Residência médica em terapia intensiva. In: BARRETO, Sérgio Mena (Org.). **Rotinas em terapia intensiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 328-331. p. 329.

⁴³ FRÖR, Peter. Seelsorge auf der Intensivstation. KLESSMANN, Michael (Hg.). **Handbuch der Krankenhauseselsorge**. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1996. p. 51-63. p. 52.

passaram a incluir pacientes com insuficiência respiratória, coma, septicemia, hemorragias digestivas, insuficiência renal aguda ou terminal e todas as espécies de problemas urgentes”.⁴⁴

Fato é que os CTI's são fruto da ciência e da intenção humana de melhorar o cuidado a ser dispensado ao paciente crítico. E isso não apenas para elevar as chances de sobrevivência dessa pessoa, mas, sobretudo, para “devolver-lhe” a qualidade de vida, com o mínimo de desconforto e sofrimento.⁴⁵

1.2.3 As bases do método de atendimento no CTI

O método de atendimento ao paciente crítico evidentemente “não nasceu pronto”, mas foi aperfeiçoado com o passar do tempo. Durante anos, erguiam-se grandes enfermarias ocupadas por pacientes que exigiam diferentes graus de atenção e cuidados, o que gerava inúmeras dificuldades, afinal, alguns pacientes, em detrimento de outros, ficavam carentes de observação. Igualmente, os equipamentos eram colocados nessas enfermarias, o que reduzia o espaço físico e prejudicava a circulação da equipe assistencial. Por conseguinte, modificações se faziam necessárias.⁴⁶

A enfermeira Florence Nightingale, na guerra da Criméia, providenciou tais alterações.

Dispunha os pacientes nas enfermarias, de tal maneira, que os mais graves ficassem junto à área de trabalho das enfermeiras, e estabelecia observação e atendimento contínuos. O critério assim estabelecido e baseado no grau de dependência do paciente é conhecido como “vigilância Nightingale”, e persiste hoje, com algumas modificações.⁴⁷

Há de se notabilizar também que, com o passar dos anos, o número de leitos das enfermarias foi reduzido e se providenciou um espaço físico adequado para abrigar o mínimo de equipamento necessário, permitindo, assim, uma melhor circulação da equipe de trabalho. Entretanto, apesar dos avanços, essas enfermarias ainda não eram muito especializadas e os hospitais contavam com várias, o que tornava a assistência altamente onerosa, pois o equipamento era distribuído em inúmeros lugares. Outra dificuldade residia na falta de especialização no atendimento e de tempo junto ao paciente.⁴⁸

⁴⁴ LANDMANN, Jayme. **Evitando a saúde e promovendo a doença**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1986. p. 61.

⁴⁵ GOMES, Alice Martins. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1988. p. 3.

⁴⁶ GOMES, 1988, p. 3.

⁴⁷ GOMES, 1988, p. 3.

⁴⁸ GOMES, 1988, p. 4.

Finalmente, o modo encontrado para o atendimento ao paciente crítico foi a criação de um serviço específico no hospital e que vai ao encontro das necessidades reais dessa pessoa. Esse serviço proporcionou as bases do tratamento intensivo, cujo método consiste em aliar o conhecimento da doença e a precisão de equipamentos ao desenvolvimento de sistemas assistenciais centrados numa vigilância contínua. Conforme Gomes, o método adotado no CTI favorece a “predominância dos fatores conhecimento e aparelhagem sobre o fator dedicação”.⁴⁹

Parece lógico ponderar que o cuidado intensivo dispensado ao paciente crítico se torna mais eficaz quando desenvolvido numa unidade não comum – ou seja, ao lado de pacientes que não necessitam de uma vigilância contínua –, mas específica, pois propicia recursos adequados e vantagens para a equipe assistencial e ao próprio paciente. E essa unidade específica passou a ser conhecida por Centro de Tratamento Intensivo, encontrado hoje em hospitais públicos e privados de todo mundo.

1.2.4 Conceituando o CTI

Ao descrever, de uma forma breve, a criação e o desenvolvimento do CTI, já se estabeleceu algum tipo de conhecimento em torno dessa unidade de internação. Há de se notabilizar também que a existência dessa unidade num hospital é de conhecimento comum. Por conseguinte, também parece haver na sociedade uma mínima noção no que tange ao objetivo e ao próprio conceito de um CTI.

Entretanto, faz-se necessário atentar, neste trabalho, ao conceito que a bibliografia especializada fornece, como forma de elucidá-lo do ponto de vista das ciências da saúde. Por conseguinte, seguem-se três definições que, nas linhas subsequentes, serão comentadas e aprofundadas.

A UTI é a unidade hospitalar destinada ao atendimento de doentes graves recuperáveis, com assistência médica e de enfermagem integrais, contínuas e especializadas, empregando equipamentos diferenciados. Esta unidade é dotada de pessoal altamente treinado, utilizando métodos, recursos técnicos, área física e aparelhagem específicos, capazes de manter a fisiologia vital, bem como a sobrevivência do paciente.⁵⁰

⁴⁹ GOMES, 1988, p. 4.

⁵⁰ UENISHI, Eliza Kaori. **Enfermagem médico-cirúrgica em unidade de terapia intensiva**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 1994. p. 9.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área hospitalar destinada a clientes em estado crítico, que necessitam de cuidados altamente complexos e controles estritos, com centralização de esforços e coordenação de atividades.⁵¹

Uma unidade de terapia intensiva (UTI) ou unidade de cuidados críticos é uma unidade hospitalar na qual os clientes recebem monitoramento de perto e cuidados médicos intensivos. [...] Uma UTI é o local de fornecimento mais dispendioso do atendimento médico porque cada enfermeira em geral cuida de apenas um ou dois clientes por sua vez e devido a todos os tratamentos e procedimentos exigidos pelos clientes na UTI.⁵²

1.2.4.1 Critérios para admissão e alta

Conforme as três definições apresentadas, o CTI compreende uma unidade hospitalar voltada exclusivamente para pacientes em estado crítico ou grave de saúde. A pessoa é internada quando apresenta o comprometimento de um ou mais sistemas fundamentais, como o respiratório e cardiovascular ou, ainda, no pós-operatório de cirurgia de grande porte, assim como quando há diagnóstico de morte cerebral, tendo em vista uma possível doação de órgãos.⁵³

São considerados pacientes graves pessoas que apresentam insuficiência respiratória aguda ou renal; que estão em estado de choque ou coma; que apresentam grande desequilíbrio hidroeletrólítico ou de ácido-básico; diagnóstico de tétano; queimaduras graves; parada cardíaca; politraumatismo; ou ainda, intoxicações graves.⁵⁴

Por sua vez, há também os pacientes de risco, que apresentam a possibilidade iminente de sério comprometimento de uma função vital, ou seja, insuficiência coronariana aguda, arritmia cardíaca ou pós-operatórios especiais (cardiovascular, neurocirurgia, cirurgia torácica ou geral de grande porte).⁵⁵

Portanto, os critérios (ou diagnósticos) para uma pessoa ser admitida no CTI são inúmeros. Contudo, há pacientes que, mesmo apresentando intercorrências que os credenciarão a estarem nessa unidade, não devem ser nela internados. “São os pacientes em fase final de algumas moléstias, que necessitam apenas de cuidados paliativos, para proporcionar-lhes alívio da dor, conforto e tranquilidade”.⁵⁶ Pacientes terminais são evitados

⁵¹ VERAS, Marinízia Castro; SANTANA, Robson Carvalho. Enfermagem em UTI. In: CRUZ, Andréia Porto (Org.). **Curso didático de enfermagem**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2006. p. 279-324. p. 281.

⁵² POTTER, Patricia A. Sistema de prestação de cuidado de saúde. In: POTTER, Patrícia; PERRY, Anne (Org.). **Fundamentos de enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. v.1. p. 19-42. p. 22-23.

⁵³ UENISHI, 2008, p. 23.

⁵⁴ UENISHI, 2008, p. 23.

⁵⁵ UENISHI, 2008, p. 23.

⁵⁶ GOMES, 1988, p. 12-13.

no CTI, pois os cuidados intensivos não trariam efeitos e nem benefícios a essas pessoas. Há de se destacar também que o “espírito de trabalho da equipe é afetado se os membros são requisitados a desenvolver atividades intensivas com pacientes que não têm possibilidade de recuperação”.⁵⁷

Deve-se considerar também aqueles pacientes que apresentam intercorrências ao longo de sua estadia num CTI, podendo estas influenciar decisivamente na atitude terapêutica a ser tomada pela equipe assistencial, bem como possíveis imprevistos na recuperação do paciente podem levar a uma maior permanência nesse setor. Por sinal, o tempo de internação é bastante incerto e relativo, podendo ser de horas, dias, semanas ou meses.

Importa asseverar, no entanto, que esse tempo limita-se ao necessário. E basicamente por quatro motivos: o próprio contexto, inúmeras vezes, “cansativo” e “difícil” para o paciente; a escassez de leitos; o risco de infecções, pois “uma das causas mais frequentes dos altos índices de morbidade e mortalidade nas Unidades de Terapia Intensiva é, sem dúvida, a infecção”;⁵⁸ e não por último, deve se registrar que o CTI compreende o local mais dispendioso da assistência hospitalar. O custo do leito-dia é “em média, seis vezes maior do que o do leito comum”.⁵⁹ Especialistas postulam que, quanto maior for a taxa de ocupação dos leitos, menor será o custo operacional dessa unidade.⁶⁰ Por sua vez, um CTI muito pequeno, com menos de cinco leitos, torna-se, financeiramente, praticamente inviável para a instituição.⁶¹

Portanto, uma vez superado o estado crítico e grave, os sintomas que deram origem à admissão, o paciente recebe alta do CTI por decisão da equipe médica⁶² e, normalmente, é encaminhado para uma unidade de cuidados intermediários.⁶³ Ou seja, a alta do CTI não é sinônimo de alta hospitalar. Deve-se considerar, ainda, que, “em muitos casos, o paciente que deixa a Unidade de Terapia Intensiva enfrentará um período de convalescença ou uma vida de atividade mais limitada”.⁶⁴

⁵⁷ GOMES, 1988, p. 13.

⁵⁸ VERAS; SANTANA, 2006, p. 284. “O cliente crítico tratado em UTI fica exposto a uma série de riscos que podem contribuir para agravar ainda mais o seu já comprometido estado geral. A infecção, endógena ou adquirida, figura com uma das mais sérias ameaças ao doente, causando, por isso, constante preocupação à equipe que lhe presta assistência. [...] A Unidade de Terapia Intensiva apresenta, em razão das características que lhe são inerentes, uma série de fatores que pode facilitar a instalação de processos infecciosos”. Cf. VERAS; SANTANA, 2006, p. 284.

⁵⁹ LANDAMANN, 1986, p. 62.

⁶⁰ GOMES, 1988, p. 8.

⁶¹ GOMES, 1988, p. 19.

⁶² UENISHI, 1994, p. 13.

⁶³ GOMES, 1988, p. 13.

⁶⁴ GOMES, 1988, p. 13.

A taxa de mortalidade de um CTI é bastante relativa, pois depende diretamente das especialidades médicas e do perfil de pacientes. Todavia, a ocorrência da morte é maior do que em outras unidades de internação de um hospital.⁶⁵ “Uma alta mortalidade, usualmente entre 10 e 20%, é inerente à natureza do trabalho em UTI, mas uma seleção inadequada de pacientes eleva esse índice a níveis indesejados”.⁶⁶

1.2.4.2 Descrevendo o ambiente e os seus objetivos

Toda instituição hospitalar de nível secundário ou terciário, com cem ou mais leitos, deve dispor de um CTI⁶⁷ que corresponda a, no mínimo, 6% do número total de leitos,⁶⁸ podendo, entretanto, essa porcentagem variar, conforme a complexidade e o perfil do hospital.

Como visto, esse Centro de Tratamento deve ocupar uma área física própria, cujos acessos devem ser restritos e controlados, assim como possuir ligações diretas e rápidas com as unidades correlacionadas, como o Bloco Cirúrgico, a Emergência, as Unidades Semi-Intensivas ou Intermediária e os Centros de Imagens e de Laboratório.⁶⁹

A planta física deve proporcionar: a observação individual e coletiva dos pacientes (visual ou eletrônica, quando há central de monitoramento nos postos assistenciais); espaço suficiente para a mobilização do paciente; locomoção da equipe assistencial e manejo do equipamento; meios para uma eficaz intercomunicação; praticidade para o rápido atendimento; boa iluminação (privilegiando, ao máximo, a entrada da luz natural, para evitar a claustrofobia e a perda da noção de tempo); e aeração (o ar tem que ser condicionado, contudo, sua saída não deve canalizar ar sobre os leitos). A energia elétrica deve ser conjugada com o gerador de emergência do hospital e todos os leitos devem contar com canalização de vácuo, ar comprimido e oxigênio.⁷⁰

A área reservada para cada leito (cerca de 9 a 12 m²) deve ter em vista uma relativa privacidade entre os pacientes e uma íntima proximidade com o posto de enfermagem. Assim sendo, para uma observação contínua dos pacientes, a área comum para a disposição dos leitos deve ser aberta e as divisórias entre os leitos confeccionadas com material leve e lavável. Normalmente, os leitos de um CTI são dispostos em forma circular ou retangular,

⁶⁵ CARVALHO, Paulo R. A.; AZEVEDO, Nara S. G. de. Quando quem morre é a criança. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 165-177. p. 170.

⁶⁶ GOMES, 1988, p. 13.

⁶⁷ VERAS; SANTANA, 2006, p.281.

⁶⁸ UENISHI, 2008, p. 15.

⁶⁹ VERAS; SANTANA, 2006, p.281.

⁷⁰ UENISHI, 1994, p. 9-11.

cujos centros são ocupados pelos postos assistenciais. Essa área comum também deve contar com, pelo menos, dois leitos fechados, voltados para pacientes em isolamento.⁷¹

A título de ilustração, o CTI no qual atuamos é composto de três áreas interligadas entre si. Duas delas contam com 10 e a outra com 11 leitos, sendo os postos assistenciais dispostos ao centro dessas áreas. Os 31 leitos do CTI são fechados, compreendendo praticamente quartos individuais, cujos acessos ficam permanentemente desobstruídos e abertos (as exceções ficam por conta dos casos de isolamento ou por recomendação da equipe assistencial). Essa disposição fechada dos leitos traz algumas vantagens: a redução do nível global de ruído, a diminuição do risco de infecção cruzada, a redução do contato visual entre os pacientes e uma maior privacidade para a pessoa internada (também para a sua família, nos momentos de visita) e para o próprio profissional que presta assistência junto ao leito.

Um CTI ainda deve dispor de áreas para se realizar as prescrições (médicas e da equipe de trabalho), normalmente uma por posto assistencial, salas de reuniões e de diálogo com familiares, para a coordenação médico-assistencial, para o descanso e para a equipe plantonista, bem como uma sala reserva para equipamentos. Além disso, há banheiros para os pacientes e funcionários, almoxarifado, copa, local adequado para o preparo da medicação, vestiários para a equipe assistencial, recepção e uma sala de espera com o mínimo de conforto para os familiares dos pacientes.⁷²

Um CTI dispõe de recursos sofisticados e equipamentos adequados para a assistência ao paciente grave e crítico. Por sinal, comumente os mais avançados do hospital e recentes do ponto de vista técnico-médico.⁷³

É regra geral que a escolha do equipamento para a unidade esteja diretamente ligada às características da mesma. Há uma necessidade real em se estabelecer adequação entre o equipamento a ser utilizado e as práticas desenvolvidas na unidade.⁷⁴

Os cuidados desenvolvidos no CTI necessitam de inúmeros equipamentos: especializados,⁷⁵ gerais,⁷⁶ de material cirúrgico e para cuidados gerais.⁷⁷ Para poder prestar

⁷¹ GOMES, 1988, p. 18-19.

⁷² UENISHI, 1994, p. 11.

⁷³ LANDMANN, 1986, p. 61-62.

⁷⁴ GOMES, 1988, p. 24.

⁷⁵ UENISHI, 1994, p. 11. Equipamentos especializados são: “monitores, central de monitorização, eletroencefalógrafo, eletrocardiógrafo, aparelho de raio X portátil, respiradores, desfibrilador, marcapasso, rim artificial, carro de emergência, ventilômetros, martelo para pesquisa de reflexos, lanternas, etc.”. Cf. UENISHI, 1994, p. 11.

⁷⁶ UENISHI, 1994, p. 11. Equipamentos gerais são: “aspiradores volantes, focos portáteis, colchão d’água, macas cadeiras de rodas, carro de curativo, camas especiais, balança, *hamper*, suportes para soro, vacuômetros, fluxômetros de O₂, nebulizadores, mesa de cabeceira, etc.”. Cf. UENISHI, 1994, p. 11.

uma assistência eficaz, a equipe necessita também de material de consumo geral, medicação apropriada⁷⁸ e um estoque de roupas de rotina para pacientes e profissionais.⁷⁹ Os equipamentos, dos mais simples aos mais complexos, devem ser de fácil operacionalidade, eficientes e de utilidade comprovada; contar com assistência técnica contínua; e, evidentemente, oferecer segurança ao paciente.⁸⁰

A pessoa internada permanece sob constante monitoramento, ou seja, sob vigilância mecânica e sistemática dos seus sinais vitais. São colocados à disposição do paciente equipamentos de alta tecnologia, que têm a função não apenas de monitorá-lo, mas a capacidade de, eventualmente, auxiliar ou substituir alguma função vital em falência ou totalmente comprometida. Com isso, a equipe médica ganha tempo para chegar a um diagnóstico preciso e iniciar o tratamento – clínico ou cirúrgico – correspondente.⁸¹

Em geral, os parâmetros da terapia intensiva podem ser agrupados em três categorias: o monitoramento das funções vitais, sendo as principais a função respiratória, cardiocirculatória e renal; o apoio (ou substituição) e a manutenção das funções vitais a um nível o mais próximo possível da normalidade; e a terapia para a conseqüente recuperação destas funções.⁸² Pode-se afirmar que tais parâmetros compreendem os objetivos de um CTI. E embora haja muitas doenças, o tratamento intensivo se baseia no fato de que o mecanismo da morte está limitado a um número relativamente pequeno de fenômenos fisiológicos, passíveis de serem influenciados e tratados.⁸³

Contudo, deve-se estar ciente “de que o equipamento sempre assessora o pessoal que atua junto ao paciente, jamais o substituindo. Daí a necessidade de que tal equipamento seja adequado àqueles que o utilizam”.⁸⁴

⁷⁷ UENISHI, 1994, p. 11. Equipamentos de material cirúrgico e para cuidados gerais como: “pequena cirurgia, punção lombar, dissecação de veia, traqueostomia, punção subclávia, diálise peritoneal, cateterismo vesical, curativo, retirada de pontos, etc.”. Cf. UENISHI, 1994, p. 11.

⁷⁸ UENISHI, 1994, p. 11. Deve se ter um “estoque de reserva de acordo com a padronização hospitalar”. Cf. UENISHI, 1994, p. 11.

⁷⁹ UENISHI, 1994, p. 11.

⁸⁰ GOMES, 1988, p. 24.

⁸¹ FRÖR, 1996, p. 52.

⁸² FASANELLA, G.; SILVESTRI, N.; SGRECCIA, E. Terapia Intensiva. In: LEONE, Salvino; PRIVITERA, Salvatore; CUNHA, Jorge Teixeira da (Coord.). **Dicionário de Bioética**. Tradução de A. Maia da Rocha. Revisão de José Madureira Beça. Aparecida: Santuário, 2001. p. 1071-1075. p. 1071-1072.

⁸³ GOMES, 1988, p. 17.

⁸⁴ GOMES, 1988, p. 24.

1.2.4.3 A equipe assistencial

O CTI não é apenas um contexto dotado de equipamentos e recursos especiais, pois a Terapia Intensiva implica uma atitude particular da equipe assistencial: uma atitude orientada, por um lado, para o aproveitamento sistemático das facilidades tecnológicas; por outro, uma atitude de cuidado intensivo por parte dos profissionais, tendo como objetivo não “apenas” o tratar, mas, sobretudo, o complexo ato de cuidar intensivamente e com intensidade. Em outras palavras: máquinas tratam, pessoas cuidam! Ali, onde houver uma desarmonia, um desajuste, entre o tratar e o cuidar, a Terapia Intensiva ou perde em eficiência ou se torna desumana e cruel. O equipamento, tão necessário, jamais deve substituir o cuidado humano.

O CTI é dotado de pessoal altamente treinado,⁸⁵ pois o paciente grave ou crítico demanda uma bagagem de conhecimento e aplicação não exigidos em outras unidades de internação.⁸⁶ No entanto, isso não significa que a equipe assistencial desse Centro seja mais competente em relação às demais, mas diferentemente treinada e especializada, sobretudo, o profissional de enfermagem, pois “na assistência intensiva são utilizadas 17,9 horas/dia de enfermagem por paciente”.⁸⁷

É essencial que a unidade mantenha pessoal de enfermagem altamente treinado e em número adequando. A equipe de enfermagem da UTI tem uma responsabilidade muito maior do que a de qualquer outra unidade. Precisa ser apta a manter constante observação e estar pronta para reconhecer e notificar alteração significativa nas condições do paciente. Precisa, também, estar familiarizada com todas as técnicas especiais usadas e com o equipamento de monitorização terapêutica necessários na terapia intensiva, e ter total consciência de suas limitações. Além disso, deve estar preparada para reagir independentemente em face de uma emergência.

[...]

Cabe lembrar que sobre eles repousa a maior parte do trabalho de atendimento ao paciente.⁸⁸

A sucessão de emergências, as frequentes quedas no estado geral do paciente, por vezes, a falta de comunicação entre paciente e profissional (devido ao estado inconsciente ou de confusão mental daquele), a alta rotatividade e o constante contato com a morte, tornam o trabalho num CTI uma rotina *sui generis*. Não cabe, neste momento, aprofundar a variedade de “estresses” pela qual passa o profissional que atua com exclusividade nesse contexto, mas registrar que, tão importante quanto cuidar do paciente é o cuidado voltado ao profissional.

⁸⁵ UENISHI, 1994, p. 9.

⁸⁶ GOMES, 1988, p. 30.

⁸⁷ UENISHI, 2008, p. 20.

⁸⁸ UENISHI, 1994, p. 14.

Nesse sentido, a dissertação de mestrado de Thomas Heimann trouxe uma importante contribuição a partir da abordagem da Psicologia Pastoral.⁸⁹

A equipe assistencial de um CTI pode ser bastante numerosa.

O pessoal deve ser calculado com base em alguns quesitos que enumeramos a seguir:

- planta física;
- número de leitos;
- características do hospital;
- grau de dependência do paciente;
- capacidade do pessoal;
- quantidade e qualidade do equipamento.⁹⁰

A quantidade de profissionais, portanto, segue um padrão. Calcula-se de quatro a cinco colaboradores (isso é, funcionários) por leito.⁹¹ Isso significa dizer que um CTI com 30 leitos pode contar com um quadro funcional de até 150 pessoas. Esse número pode, à primeira vista, parecer exagerado. Todavia se considerados os quatro turnos de trabalho – sendo dois diários de seis horas (manhã e tarde), bem como as noites A e B que compreendem turnos de 12 horas –, um enfermeiro responsável, um médico plantonista e um fisioterapeuta para cada posto assistencial de 10 leitos, um técnico de enfermagem para dois pacientes, nutricionista, farmacêutica, psicóloga, agente pastoral, pessoal da hospedagem (limpeza), duas secretárias, auxiliares administrativos, chefias e pessoal de apoio (laboratório, exames, etc.), chega-se num quadro funcional bastante numeroso e complexo. E o sucesso ou o fracasso de um CTI depende, em totalidade, da qualidade e da motivação desse amplo quadro funcional.⁹²

Contudo, há ainda outro ingrediente fundamental para uma eficaz assistência. Quanto maior for a interação e a intercomunicação entre os profissionais, melhores serão os resultados e os benefícios para a pessoa internada. Com essa afirmação, todavia, não se pretende maquilar a realidade desse contexto, comumente caracterizado como sendo um lugar de sofrimento.

⁸⁹ HEIMANN, Thomas. **Cuidando de cuidadores**: acompanhamento a profissionais que assistem pacientes UTI's – uma abordagem a partir da Psicologia Pastoral. 2003. 221 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2003.

⁹⁰ GOMES, 1988, p. 29.

⁹¹ GOMES, 1988, p. 29-30.

⁹² UENISHI, 1994, p. 14.

1.2.5 CTI como um lugar de sofrimento

A exposição até o presente momento procurou apresentar e descrever o contexto e a equipe assistencial de um CTI. Ainda cabe, todavia, atentar para o que significa estar internado nesse ambiente que, conforme Frör, compreende o “coração” de uma instituição hospitalar.⁹³

Inicialmente, deve-se destacar que o paciente de um CTI passa pelos mesmos processos que uma pessoa internada numa outra unidade hospitalar, pois toda internação sempre vem acompanhada por um motivo: uma doença ou mal-estar súbito, uma cirurgia eletiva ou de emergência, um tratamento clínico ou uma “bateria” de exames, ou ainda, um parto agendado ou emergencial.

Tendo em vista esses motivos, uma internação também significa uma quebra na rotina diária da pessoa, cujos hábitos cotidianos são expropriados, transformando-se em procedimentos de enfermagem, práticas de assepsia, horários de visita e refeições.⁹⁴

O hospital compreende um ambiente estranho. Bem por isso modifica, mesmo que momentaneamente, a vida da pessoa. Em determinadas situações, isso se transforma num caso a ser diagnosticado e tratado, pois uma internação pode ser vivenciada como uma agressão ou uma experiência traumática. Nesse sentido, Helman atenta para a “despersonalização” que os pacientes “sofrem” durante a sua internação:

Todos eles são despojados de seus suportes de identidade social e individualidade, e uniformizados em pijamas, camisolas ou roupões de banho. Perdem o controle de seu próprio corpo e seu espaço, privacidade, comportamento e dieta pessoais, assim como sobre o uso de seu tempo. Os pacientes são afastados do constante apoio emocional da família e da comunidade, ficando aos cuidados de profissionais que eles nunca viram antes.⁹⁵

Esses três processos – motivo da internação, quebra da rotina e “despersonalização” – evidentemente também são vivenciados por uma pessoa internada num CTI. Contudo, com uma diferença fundamental: são experimentados de uma forma muito mais aguda e intensa nesse ambiente. Nesse sentido, o testemunho abaixo, extraído de um artigo científico, é esclarecedor:

⁹³ FRÖR, 1996, p. 53.

⁹⁴ PINKUS, Lúcio. **Psicologia do doente**. Tradução de João Ferreira. Revisão de Jane Cantú. São Paulo: Paulinas, 1998. p. 122ss.

⁹⁵ HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 84.

Então eu descobri uma coisa, que a UTI, na prática, é dentro de um hospital, é um lugar separado em um ambiente todo especial. O que eu descobri também? Descobri que para ir pra UTI você precisa ter sinais de vida, mas você precisa ter sinais claros de morte. É um local em que pequenos sinais se tornam tão importantes na vida da gente, como, por exemplo, lavar a boca. Quem valoriza lavar a boca? E lá, lavar a boca era o alvo do dia. Achar o momento em que eu pedia e eles concordavam.⁹⁶

Percebe-se que compreende uma realidade estar internado numa unidade “comum” de internação. Diferentemente, entretanto, é estar “baixado” num leito de um CTI. E isso, basicamente, devido ao motivo da internação: sempre um estado de saúde crítico ou grave. Assim sendo, constitui-se como um dos setores hospitalares que mais gera estresse nos pacientes (e seus familiares). Um estresse potencializado pelo próprio ambiente, no qual há intenso fluxo da equipe assistencial, portanto de pessoas estranhas, a presença de outros pacientes graves, bem como os incessantes e monótonos ruídos e barulhos dos respiradores artificiais e monitores cardíacos.⁹⁷

Bem por isso, a sigla “CTI” ou a expressão “Tratamento Intensivo”, por si só, provocam certa sobrecarga emocional nas pessoas, pois, naturalmente, associa-se a elas uma condição crítica de saúde e uma proximidade com a morte.⁹⁸

Bom, a princípio, UTI é uma palavra que assusta [...] a hora em que eu escutei que ele tinha que ir pra UTI me deu uma tristeza muito grande, por que era uma coisa que ele não gostaria de fazer.⁹⁹

Eu achava que lá era o último lugar que a pessoa ia para se recuperar e que, se ela não recuperasse, morria. Era o último lugar do hospital na hora da morte [...] Um doente, quando entrava, estava entre a vida e a morte.¹⁰⁰

Para mim, a UTI significava vida ou morte [...] Antigamente, estar na UTI era estar entre a vida e a morte, mais para a morte.¹⁰¹

Por ser uma unidade de internação especial, em que a “gravidade, a invasividade e o risco de morte são frequentes, parece que se cria um estereótipo de que a UTI é um ambiente hostil, negativo, que pouco produz saúde, predominando o imaginário da morte, da dor e do

⁹⁶ PINHO, Leandro B. de; SANTOS, Silvia M. A. dos. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 66-72, 2008. p. 69.

⁹⁷ LEMOS, Rejane C. A.; ROSSI, Lúcia A.. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 345-357, 2002. p. 346.

⁹⁸ GOMES, 1988, p. 40.

⁹⁹ PINHO; SANTOS, 2008, p. 68.

¹⁰⁰ LEMOS; ROSSI, 2002, p. 348.

¹⁰¹ LEMOS; ROSSI, 2002, p. 349-350.

sofrimento”.¹⁰² E esses sentimentos, como já registrado, são potencializados pelo próprio ambiente e por suas características físicas e estruturais.

Os leigos, pacientes, acompanhantes e visitantes freqüentemente acham o CTI um local terrível: luz artificial constante, ar condicionado, atividade permanente interferindo com o repouso, ameaça constante de morte criam uma atmosfera que pode levar o mais fleugmático dos pacientes à insanidade. Alguns doentes estão tão graves que não percebem a situação, mas para a maioria o CTI é um pesadelo que permanece para o resto da vida.¹⁰³

Fato é que uma internação no CTI, especialmente para o paciente, compreende um momento de desgaste físico, pois a solicitação de exames invasivos é frequente e os controles e métodos de tratamento são extenuantes. Esse desgaste, invariavelmente, repercute na dimensão emocional do paciente, angustiando-o.¹⁰⁴ Por conseguinte, deve-se considerar o grande impacto existencial que essa internação causa, e isso também devido à morte de alguma pessoa, muitas vezes percebida pelos demais pacientes.

Eu tinha medo de morrer porque, assim que eu entrei, morreu um. Ai eu apavorei: “estou entrando e já está saindo um morto? Então, provavelmente, eu fico uns dias aqui e devo sair morta”.¹⁰⁵

Então eu me dei conta de que estava mal. Eu estou em um momento crítico da vida. E estando lá na UTI, aqueles boxes um ao lado do outro, não foi uma experiência agradável, nem bonita. Morreu o primeiro ao meu lado. E quando morre alguém ao teu lado, que está na mesma situação da tua, no mesmo leito ao lado, nas mesmas máquinas, não tem como não pensar. Podia ter sido aqui. E assim aconteceu a segunda vez, a terceira vez. Durante o período que eu estive lá, três pessoas morreram. Isso é um choque muito impactante na vida.¹⁰⁶

Percebe-se que a ideia que permeia a compreensão do significado de uma internação no CTI está diretamente atrelada à questão da morte e do morrer. Pesquisas apontam que o medo da morte está também ligado ao isolamento do paciente frente “ao seu mundo” e, especialmente, frente ao afastamento da sua família, afinal, a entrada de pessoas é restrita e limitada.¹⁰⁷

Essa separação é compreendida pelos clientes como fator gerador de insegurança e medo, pois é permeada de estresse. Assim, a ansiedade, a doença grave e o medo de

¹⁰² PINHO; SANTOS, 2008, p. 68.

¹⁰³ LANDMANN, 1986, p. 62.

¹⁰⁴ GOMES, 1988, p. 40.

¹⁰⁵ LEMOS; ROSSI, 2002, p. 349.

¹⁰⁶ PINHO; SANTOS, 2008, p. 68.

¹⁰⁷ LEMOS; ROSSI, 2002, p. 352.

morrer são fatores que propiciam o desenvolvimento do sentimento de isolamento do cliente da sua família.¹⁰⁸

Deve-se reiterar também que, “por definição uma ameaça provoca ansiedade, qualquer que seja sua origem”.¹⁰⁹ E o paciente de um CTI pode se sentir ameaçado devido a múltiplos fatores, como: a ameaça de desamparo e da perda de controle; da perda da integridade orgânica e da auto-estima; a ameaça da total dependência frente a uma doença grave e da própria morte. A separação da rotina, do convívio familiar e social, compreendem outros fatores que potencializam o sentimento de ansiedade e são fontes de tensão emocional para o paciente.

Outros fatores desencadeadores de estresse e de ansiedade podem ser de ordem puramente física: fome ou sede, calor ou frio, a falta de banho fora do leito, entre outros. Estes fatores podem levar a um desgaste emocional, mas que acabam por exercer efeito direto no corpo do paciente, como a prostração ou fadiga, sudorese, nervosismo ou agressividade. Tais fatores podem desencadear alterações cardíacas, ou ainda contribuir para o aparecimento de dor.¹¹⁰

Portanto, a problemática do paciente na UTI é constituída por uma somatória de fatores que tendem a levá-lo gradativamente a mudanças consideráveis no seu comportamento. Muitos são os fatores que contribuem para o estresse, e as respostas ao ambiente são diferentes, de indivíduo para indivíduo.¹¹¹

Assim sendo, as influências internas e externas a que está submetido o paciente podem levá-lo ao estresse, à ansiedade, ao medo, entre outros, e fazem com que ele, por vezes, perca a capacidade de se adaptar a esse ambiente e suas rotinas. Por conseguinte, inúmeras pessoas vivenciam a internação num CTI como uma agressão, afinal, elas não se sentem assistidas em suas necessidades básicas.

As necessidades básicas do ser humano são relacionadas com a sobrevivência, não apenas física, mas também psíquica e espiritual. E algumas destas necessidades são profundamente afetadas num CTI, pois o que leva uma pessoa a internar neste ambiente são motivos estritamente biológicos. Entretanto, o paciente compreende um indivíduo indivisível, uma realidade psico-biológico-sócio-espiritual.¹¹² Portanto,

¹⁰⁸ LEMOS; ROSSI, 2002, p. 350.

¹⁰⁹ GOMES, 1988, p. 39.

¹¹⁰ GOMES, 1988, p. 40.

¹¹¹ GOMES, 1988, p. 40.

¹¹² GOMES, 1988, p. 41.

Tendo como responsabilidade o atendimento do indivíduo em suas necessidades básicas, torna-se necessário conhecê-las, para poder identificar e interpretar as suas manifestações e, assim, traçar um plano para o restabelecimento do equilíbrio do indivíduo.¹¹³

E essa é a tarefa da equipe assistencial, ou seja, buscar o restabelecimento do equilíbrio da pessoa internada, afinal, “a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.¹¹⁴ Bem por isso a assistência num CTI deve ser definida e apresentada como um conjunto de cuidados multiprofissionais.

Assim sendo, não se pretende lançar um olhar sombrio e assustador em torno desse ambiente hospitalar. Deve-se lembrar de que um CTI existe em favor e em prol da vida e da sobrevivência humana. Está a serviço da concreta esperança humana por cura e qualidade de vida. A assistência intensiva é uma conquista das ciências médicas e da saúde, pois privilegia um cuidado técnico-médico-multidisciplinar frente ao ser humano gravemente enfermo.

Por conseguinte, é preciso explicitar e elucidar o sub-título desta parte do capítulo. Afinal, pode-se incorrer ao erro de conceituar superficialmente e “apelidar” levemente um contexto de cuidados intensivos como algo terrível e que gera ou leva ao sofrimento. Portanto, faz-se necessária uma breve consideração.

É evidente que acordar lentamente após uma cirurgia cardíaca e sentir que se está respirando com o auxílio da ventilação mecânica é angustiante e sofrível. Todavia, no CTI, os fins justificam os meios, ou seja, ele tem como finalidade principal a terapia e a intenção de curar o ser humano gravemente enfermo, em recuperação ou com risco de morte. “Devolver” a qualidade de vida para uma pessoa significa, por vezes, “gerar” sofrimento. Contudo, sempre com uma intenção e um parâmetro nobre: a cura do paciente e a dignidade do ser humano, respectivamente.

Torna-se relevante, portanto, “desmistificar” a ideia recorrente de que um CTI “por si só” é lugar de sofrimento. Em verdade, tal pensamento apenas desqualifica os profissionais que atuam nesse contexto em favor e em prol da vida humana. Em nossa vida, diariamente compartilhamos este pensamento com pacientes e seus familiares. Procuramos levar adiante a ideia de que um CTI, mesmo ninguém desejando estar nele, compreende o lugar mais seguro para determinada pessoa estar e viver naquele momento de sua vida.

O que está em evidência é a situação de sofrimento que comumente uma pessoa atravessa e vivencia nesse ambiente. E isso, não apenas devido ao tratamento tantas vezes

¹¹³ GOMES, 1988, p. 41.

¹¹⁴ SILVA, Sebastiana Soares da; PINHO, Lícia Maria de Oliveira. Conceito, origem e evolução da saúde pública. In: LIMA, Idelmina Lopes de (Coord.). **Manual do técnico e auxiliar de enfermagem**. 6. ed. rev. ampl. Goiânia: AB, 2000. p.497-509. p. 497.

extenuante, mas, sobretudo, devido à vulnerabilidade e fragilidade da condição de vida da pessoa. Nesse sentido, deve-se compreender o sub-título desta parte do trabalho: *CTI como um lugar de sofrimento*.

1.3 Considerações finais

Neste capítulo descreveu-se brevemente a história do hospital e, sobretudo, caracterizou-se o contexto de um CTI. Encerrou-se esta parte apresentando este ambiente como um lugar de sofrimento. Mesmo a pessoa recobrando a sua qualidade de vida, no caminho para a re-conquista desta, ela trilha uma jornada de dor, de angústia, de profundo impacto existencial e de sofrimento integral. Assim sendo, a assistência profissional num contexto de cuidados intensivos deve saber assistir o paciente, não apenas na sua dimensão física, mas sim, na sua integralidade. Isso significa dizer: “o segredo do bom atendimento está na humanização da assistência”.¹¹⁵

Por conseguinte, sustenta-se que o agente pastoral pode trazer uma contribuição preciosa na assistência ao ser humano em estado grave ou crítico de saúde. Entretanto, a *práxis*¹¹⁶ pastoral necessariamente parte de referenciais próprios, ou seja, distintos das demais profissões que se fazem presentes num CTI. E a busca por esses referenciais compreende o objetivo do próximo capítulo.

¹¹⁵ PINHEIRO, Cleovaldo Tadeu dos Santos. O paciente e seu atendimento em terapia intensiva. In: BARRETO, Sérgio; VIEIRA, Silvia; PINHEIRO et. al. **Rotinas em Terapia Intensiva**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. p. 25-30. p. 25.

¹¹⁶ A *práxis* é um termo utilizado para referir-se à ação da comunidade cristã na sociedade. Ainda assim, ela “requer uma reflexão, uma teoria, ou no caso específico da pastoral, uma teologia que possa fundamentá-la e alimentá-la”. Cf. CASTRO, Clovis Pinto de. Pastoral. In: BORTOLLETO FILHO, Fernando (Org.). **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p. 752-754. p. 752.

2 O SER HUMANO DIANTE DO SOFRIMENTO: BUSCANDO REFERENCIAIS BÍBLICOS

Agentes pastorais devem estar cientes, como visto no capítulo anterior, do desgaste e do sofrimento psicossomático que aflige uma pessoa em situação crítica ou gravemente enferma internada num CTI. Mais que isso, contudo, compete aos agentes saber reconhecer e lidar com o sofrimento “do outro” a partir de referenciais teóricos próprios que os autorizam a prestar assistência nesse ambiente hospitalar.

Na nossa vida, diariamente sentimo-nos chamados a refletir sobre aquilo que fundamenta o cuidado pastoral num CTI. Por conseguinte, sustenta-se que cabe ao agente saber atentar não apenas para a prática da sua assistência, mas também perscrutar o que alicerça uma *práxis* responsável, profícuo e em consonância com a teologia e a mensagem cristã.

Nesse sentido, a pergunta que norteará a investigação é a seguinte: A partir de quais referenciais bíblicos é possível fundamentar o cuidado pastoral diante do sofrimento humano? A busca por esses referenciais, invariavelmente, deve ser contextualizada, a fim de ter “voz” e “vez” junto à pessoa internada (e seus familiares) e junto à própria equipe assistencial.

2.1 Na busca por referenciais

Na prática pastoral, percebe-se o quanto as esperanças por cura e por vida se sobrepõem ao sofrimento. Quase que diariamente escutamos de pacientes e de seus familiares o conhecido provérbio: “A esperança é a última que morre!”. Entretanto, por vezes, ela sucumbe, sai derrotada, afinal, nem sempre esperanças humanas se concretizam.

Assim também ocorreu com uma pessoa em terminalidade de vida que acompanhamos no seu leito de morte. Antes de ser sedada, solicitou a nossa presença para uma oração. Após esse momento, compartilhou: “Você na oração falou de esperança, mas não tem mais esperança pra mim, só sofrimento e a morte!”.

Não cabe neste espaço aprofundar a reação e a resposta dessa pessoa, ou ainda avaliar as palavras por nós proferidas nessa oração, mas perceber que, por detrás dessas resignadas palavras, “escondem-se” percepções e imagens que esse paciente tinha de Deus e que se descortinaram em meio ao seu processo de morte e morrer.

Por conseguinte, pretende-se iniciar a busca por referenciais bíblicos, partindo de perguntas e respostas humanas diante do sofrimento. Estas que trazem consigo subjacentes imagens divinas que pessoas, quando do confronto com o sofrimento, elaboram.¹¹⁷

É importante ressaltar que nem sempre se torna possível interpretar “o tipo de fé religiosa” que uma pessoa internada “pratica”. Afinal, por vezes, ela silencia quando o assunto é Deus ou não dá abertura para a visita do agente pastoral. Há também os casos de pessoas que se dizem céticas ou atéias, bem como deve ser lembrado aqui o vasto universo religioso e confessional existente no Brasil e que, portanto, não permite uma constatação simplista e superficial em torno das inúmeras imagens de Deus que pessoas tecem ou podem vir a elaborar diante do seu sofrer.¹¹⁸

Assim sendo, não se pretende esgotar o assunto, mas atentar para um fato: o ser humano busca incessantemente a compreensão da sua realidade de vida, também no momento do adoecer e do sofrer.

Nada mais natural do que quando somos abatidos pela dor, pelo mal e pelo sofrimento que buscamos o porquê e o seu sentido. Outra coisa é quando endereçamos a Deus as seguintes perguntas: Por que Deus me mandou ou permitiu esse sofrimento? Por que não me livra da dor e do mal, se em sua onipotência pode tudo?¹¹⁹

Aquilo que a ciência não explica e que a razão não alcança, os assim chamados “mistérios da vida” – “sem dúvida alguma o sofrimento e o mal constituem um mistério na vida humana”,¹²⁰ e “somos impacientes com o Mistério, especialmente aquele com M maiúsculo”¹²¹ –, por vezes, passam a ser questionados através de um viés religioso e teológico.

Assim também o salmista que, em sua lamentação, certa vez perguntou:

Até quando, Senhor? Esquecer-te-ás de mim para sempre? Até quando ocultarás de mim o rosto? Até quando estarei eu relutando dentro de minha alma, com tristeza no coração cada dia?¹²²

¹¹⁷ GOMES, Paulo Roberto. **O Deus im-potente** – O sofrimento e o mal em confronto com a cruz. São Paulo: Lojola, 2007. p. 22.

¹¹⁸ O quarto capítulo abordará a visitação pastoral num CTI. Atentará, entre outros, para a dimensão ecumênica da assistência pastoral, tendo em vista o vasto universo religioso existente no Brasil.

¹¹⁹ GOMES, 2007, p. 36.

¹²⁰ GOMES, 2007, p. 22.

¹²¹ KREEFT, Peter. **Buscar Sentido no Sofrimento**. Tradução de Alexandre Patriarca. São Paulo: Loyola, 1995. p. 37.

¹²² SALMOS. In: BÍBLIA de Estudo Almeida. Tradução de João Ferreira de Almeida. ed. rev. e atual. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 1999. p. 580-670. p. 588.

Nesse sentido e, a título de ilustração, trazemos dois exemplos de questionamentos que, diante do sofrimento, são dirigidos a Deus:

O rabino Harold Kushner escreveu um livro de sucesso, *When Bad Things Happen To Good People*, porque precisava compreender a tragédia que se abatera sobre sua vida: seu único filho, Aaron, tinha uma doença rara – envelhecia precocemente, parecia-se com um homem velho quando ainda era adolescente, e morreu ainda jovem. Por que? [...] Eis o que o rabino questionava: “Eu acreditava que estava seguindo os desígnios de Deus e realizado a sua obra. Como isso poderia estar acontecendo com a minha família? Se Deus existia, e se ele fosse um pouco justo, sem falar em carinhoso e tolerante, como poderia estar fazendo isso comigo? E mesmo que eu pudesse me convencer de que merecia tal castigo, devido a algum pecado de negligência ou orgulho de que não tivesse consciência, por que motivo Aaron tinha de sofrer?”.

Annie Dillard escreveu sobre uma paciente com queimaduras, uma história que ela tinha lido nos jornais. O caso a deixou tão assustada que ela pregou o recorte do jornal em seu espelho. O prognóstico era de dor cruciante e sem alívio pelo resto da vida. O pior era que a paciente tinha tido o mesmo acidente duas vezes seguidas. Tão logo os efeitos do primeiro acidente estavam passando, um segundo acidente ocorreu, e bem pior que o primeiro; na verdade, incurável. E não tinha sido culpa da vítima. Ela era uma boa pessoa. Por que coisas tão ruins assim acontecem com pessoas boas? Deus poderia ter planejado tal acidente para algum chefe da máfia, e não para ela. Por que não agiu assim?¹²³

Tendo esses dois exemplos à vista, torna-se razoável ponderar que tanto Aaron quanto a pessoa que sofrera dois acidentes graves em sequência, tenham permanecido em algum momento de suas vidas internados no CTI. Os questionamentos dirigidos a Deus, estão em consonância com os de tantas outras pessoas que acompanhamos e que diante de nós verbalizaram a sua dor e o seu sofrer a partir da pergunta: “Por que, Deus?”.

Assim grita uma pessoa que sofre até o limite de sua força psíquica e física. Ela se cansa lutando contra um mal que, no momento, não consegue superar. Ela perde o horizonte de orientação racional, sente-se ameaçada nos fundamentos de sua existência. Ela busca o grande outro, a quem ela pode responsabilizar por uma realidade que ela mesmo não quer e ainda não pode assumir. [...] Deus tornou-se enigmático. Escondeu-se ou tornou-se um monstro que quer o mal ao invés do bem.¹²⁴

Percebe-se que, a partir desse questionar – dirigido a Deus – elaboram-se respostas com componentes igualmente repletos de significados religiosos e teológicos. De certa forma, podem ser tentativas de consolo para as pessoas afligidas pelo sofrimento, para nós mesmos ou que padecem próximas de nós.¹²⁵ Como “receitas prontas e infalíveis”, quando o assunto é a compreensão e a justificativa do sofrimento, elas ressoam pelos leitos de um CTI em forma

¹²³ KREEFT, 1995, p. 15-16.

¹²⁴ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. **Como acompanhar doentes**. São Leopoldo: Sinodal, 1994. p. 37.

¹²⁵ GOMES, 2007, p. 37.

de testemunho, nos postos assistenciais ou ainda na sala de espera, na qual familiares e relativos aguardam ansiosamente o momento de visitar e rever seu familiar internado. É interessante perceber que tais respostas partem tanto dos pacientes quanto de familiares, profissionais da área da saúde e, não por último, de agentes pastorais.

Muitos pensam, através dessas respostas, estar “defendendo” a Deus, quando na realidade estão impondo pela força do hábito, da repetição, da preguiça intelectual ou mesmo pela acomodação uma imagem ultrapassada de Deus. O trilhar na experiência de fé, que busca novas respostas, só alcançáveis num longo caminho de depuração, conversão e discernimento constitui-se no itinerário difícil e exigente para todos, inclusive para os acostumados à lei do mais fácil e do imediato.¹²⁶

2.1.1 Respostas humanas diante do sofrimento

Paulo Gomes, em sua obra *O Deus im-potente*, faz uma interessante análise em torno das respostas que o ser humano elabora na tentativa de justificar e compreender “teologicamente” o sofrimento.¹²⁷ Apresentamo-las brevemente, pois, em termos gerais, resumem aquilo que ouvimos e vivenciamos diariamente no CTI. Trazemos, igualmente, algumas experiências extraídas da nossa prática, bem como arrolamos algumas inquietações de caráter reflexivo e pastoral.

2.1.1.1 Derrota do orgulho humano

A primeira resposta procura compreender o sofrimento como uma derrota do *orgulho humano*. O ser humano, orgulhoso e auto-suficiente diante de uma situação de dor e de sofrimento, conscientiza-se da sua fragilidade e limitação enquanto criatura finita e limitada.¹²⁸

Evidentemente, a expressão do orgulho humano tornou-se fonte de sofrimento para muitas pessoas nas suas relações pessoais e sociais. “A partir da dor Deus pode convidar homens e mulheres a uma mudança de vida, que os pode humanizar e tornar possível que humanizem os demais, ao mesmo tempo que se deparem com sua fragilidade”.¹²⁹

É curioso perceber que algumas pessoas, quando internadas num CTI, devido a uma arritmia cardíaca severa, por exemplo, passam a compreender o seu mal estar como

¹²⁶ GOMES, 2007, p. 37.

¹²⁷ GOMES, 2007, p. 36.

¹²⁸ GOMES, 2007, p. 37.

¹²⁹ GOMES, 2007, p. 37.

consequência de uma vida orgulhosa e auto-suficiente. Logo, o sofrimento passa a ser justificado como uma espécie de “lição de moral”. Essa ideia pode se tornar pedagógica para algumas pessoas, podendo auxiliá-las a viverem de uma forma diferente nas suas famílias e no contexto social. Entretanto, não raras vezes, pessoas tem em Deus o autor dessa “lição”. Portanto, Deus, com o intuito de quebrar o orgulho do ser humano, o faz sofrer.

Nessa tentativa de procurar compreender e justificar o sofrimento como derrota do orgulho humano, ficam em aberto algumas perguntas: Será que Deus faz sofrer com o intuito de quebrar o orgulho de alguém? Não poderia uma arritmia cardíaca, por exemplo, ser consequência do estresse do dia a dia, de um estilo de vida frenético, não salutar, ou ainda ser algo congênito? Até que ponto essa justificativa diante do sofrimento alheio pode ser consoladora, caso advenha de um religioso ou familiar, por exemplo?

2.1.1.2 *Tentação e provação*

Outra resposta, aliás, bastante comum, justifica e procura trazer sentido ao sofrimento a partir da imagem de um Deus que nos *tenta*, nos *prova* constantemente, e nos “submete às dificuldades da vida, afirmando sua soberania às custas de nossa felicidade, sua grandeza ao preço de nossa submissão, dando a impressão da necessidade constante de sacrificar o que temos de mais íntimo e querido”.¹³⁰

É comum ouvir a seguinte declaração, inclusive por parte de agentes pastorais: “Deus quis assim!”, ou ainda, “Deus permitiu isso!”. Percebemos que pacientes, após um diagnóstico grave ou que estão se recuperando de uma cirurgia de grande porte, passam a compreender a sua atual condição de vida como uma “espécie” de “prova de fogo” e que comumente deságua na ideia recorrente de que Deus põe a humanidade à prova ao enviar sofrimentos aparentemente injustos e incompreensíveis.

Essa resposta diante do sofrimento não representaria uma acusação indireta contra Deus? As expressões “Deus quis assim” ou “Deus permitiu isso”, por vezes até expressas com as melhores das intenções, não revelariam um Deus que faz do sofrimento humano algo do Seu agrado? Envolto por uma onipotência misteriosa, pouco sensível e desumana?

¹³⁰ GOMES, 2007, p. 37-38.

2.1.1.3 *Castigo*

Uma terceira tendência procura justificar o sofrimento como um *castigo* de Deus. Esse castigo é uma consequência direta da conduta humana. Isso é, a pessoa é punida por Deus, pois Ele apenas “retribui por merecimento ao bem e ao mal feito”.¹³¹ Logo, está em evidência aqui um Deus que não cativa, mas castiga.

Percebe-se que a ideia de que Deus pune, como um pai seu filho desobediente, acompanha invariavelmente pessoas no seu leito hospitalar. Alguns pacientes têm a tendência de buscar sentido para a sua enfermidade ou seu mal-estar, bem como justificar seu sofrimento através dessa espécie de “teologia da retribuição”.

Temos a hipótese de que os atos sacramentais da confissão e da absolvição, por vezes, também da comunhão eucarística, tantas vezes solicitadas por pessoas internadas no CTI, tenham, entre outros, também esse pano de fundo.

A visão de um Deus que castiga e pune não poderia se tornar profundamente desumana e cruel, tendo em vista as inúmeras situações limítrofes e de sofrimento extremo encontradas no CTI? De que maneira agentes, alimentados por essa mentalidade, assistiriam pastoralmente as pessoas? Que palavras e atitudes teriam a oferecer ao ser humano diante do sofrimento?

2.1.1.4 *Destino*

Existe ainda a tendência de encarar o sofrimento como algo pré-determinado, ou seja, a ideia ou a perspectiva de existir um *destino* para todo ser humano. Essa concepção põe em dúvida a liberdade humana. Quer dizer, diante das forças incontroláveis do destino, cabe ao ser humano se curvar, assim também nos momentos de sofrimento.¹³²

É certo que muitos dos sofrimentos carregam algo de inevitável. Contudo, essa justificativa pode levar uma pessoa a uma total resignação diante de sua enfermidade e do seu sofrer.

Ficam as perguntas: essa visão determinista da realidade não engessa a esperança humana e teologicamente, não transformaria Deus num mero espectador da jornada pré-determinada de todo ser humano? Qual seria o sentido da existência de uma pastoral

¹³¹ GOMES, 2007, p. 39.

¹³² GOMES, 2007, p. 40.

hospitalar, da oração e da intercessão pela pessoa enferma, dos sacramentos, da bênção e do próprio frescor da esperança evangélica?

2.1.1.5 Um bem

Por último, Gomes apresenta uma quinta resposta diante do sofrimento. É a ideia de que Deus “escreve certo através de linhas tortas” ou “aperta, mas não enforca”. Quer dizer, o sofrimento em verdade é declarado como um *bem*.¹³³

Inúmeros pacientes compartilham que aprenderam com a dor, amadureceram com o sofrimento, que resignificaram a sua jornada de vida num CTI, e agora se sentem mais próximas de Deus, de seus familiares e de si próprios. Há, contudo, sofrimentos que desumanizam, que nos afastam de Deus e de outros, que revoltam e amarguram. A questão é melindrosa, afinal, se para uma pessoa o sofrimento experimentado resultou num bem, para outra, numa experiência traumatizante e destrutiva. Afinal, nem todas as pessoas recebem alta plenamente recuperadas, triunfantes ou em estado de júbilo e de graça.

Portanto, a possibilidade de aprendizado na dor e no sofrimento pode ser compartilhada e refletida junto à pessoa internada. Entretanto, seria conveniente atribuir a Deus o envio do sofrimento, tendo esse, o propósito de fazer o bem?

2.1.2 Das respostas para três imagens de Deus

Viu-se que as cinco respostas diante do sofrimento humano procuram justificar e compreendê-lo como derrota do *orgulho humano*, como uma *provação* de Deus, um *castigo*, consequência do *destino* ou ainda como um *bem*. Bastante presentes na linguagem comum, são “imediatas, fáceis e repetidas sem nenhuma crítica e percepção das concepções divinas subjacentes”.¹³⁴

Assim sendo, para dar continuidade à reflexão e ao propósito deste capítulo, descortina-se a pergunta: as cinco respostas apresentadas diante do sofrimento trazem à tona quais concepções divinas?

¹³³ GOMES, 2007, p. 40.

¹³⁴ GOMES, 2007, p. 43.

2.1.2.1 A imagem de um Deus-juiz

A imagem de um Deus-juiz aparece com clareza em algumas respostas. Este envia o mal e o sofrimento como forma de derrotar o *orgulho* e a auto-suficiência humana, traz *provações* dolorosas ao ser humano para testá-lo ou, ainda, envia *castigos* como retribuição para com um mal feito.

A imagem de Deus como um juiz e legislador severo está muito presente no inconsciente coletivo. Deus passa a ser concebido como Aquele que habita no fundo da consciência, como presença exigente, impondo obrigações difíceis e duras, castigando ou retirando seus favores daqueles que não se tornam merecedores.¹³⁵

Deus legisla sobre a vida humana, corrige falhas, transgressões e “falta de fé” com punições e retaliações. Nessa imagem divina, o perdão, em verdade, perpassa pelo sofrimento.

Essa imagem de Deus leva a uma espécie de “teologia da retribuição”. O Deus-juiz envia castigos e provações com o intuito de expiar as transgressões e os erros cometidos pelo ser humano. “A angústia vivida diante dessa concepção degenera em uma religião da norma, da lei, da obrigação”.¹³⁶ Por conseguinte, cria-se a religião do medo, sendo representada por uma Igreja sólida, imutável e inamovível, “dotada de hierarquia na qual o poder se manifesta por intermédio dos sinais de uma casta sagrada, com uma língua, saber, vestes e leis que dizem o que se deve fazer, orações a pronunciar, ritos a celebrar, no que crer e o que não se deve fazer”.¹³⁷ Tais exigências fazem-se necessárias como forma de satisfazer um Deus-juiz, implacável e perigoso.¹³⁸

Não é verdade que muitos cristãos vivem ainda deste modo os mandamentos e a moral? Como algo que oprime e estreita a existência, como dura carga que provoca rebeldia subterrânea e desejo subconsciente de eliminação: “Que bom se Deus não existisse; quantas coisas eu poderia fazer que agora não posso, porque ele não me deixa...!”¹³⁹

Aqui se faz necessária uma breve consideração em relação à indiferença religiosa, ao ateísmo teórico ou prático, igualmente existentes num contexto de sofrimento. Nesse sentido, Torres Queiruga assevera:

¹³⁵ GOMES, 2007, p. 68.

¹³⁶ GOMES, 2007, p. 68.

¹³⁷ GOMES, 2007, p. 44-45.

¹³⁸ GOMES, 2007, p. 43-45.

¹³⁹ TORRES QUEIRUGA, Andrés. **Creio em Deus Pai**: o Deus de Jesus como afirmação plena do humano. Tradução de I.F.L. Ferreira. São Paulo: Paulinas, 1993. p. 42.

Se interrogamos o ateísmo moderno sobre o que ele nega na religião e sobre o motivo que o leva a sentir-se obrigado a rejeitar Deus, a resposta mais provável é que ele tem a impressão de que a religião e, dentro dela, Deus impedem o desenvolvimento de uma plena e autêntica humanidade. Existe uma convicção difusa de que a afirmação de Deus induz à negação do homem. O homem se sente ameaçado por Deus no exercício de sua liberdade e de sua razão. Todos nós recordamos a famosa frase de Ludwig Feuerbach: “Para enriquecer a Deus, deve-se empobrecer o homem; para que Deus seja tudo, o homem deve ser nada”.¹⁴⁰

Para o autor, “este fantasma – Deus como o grande vampiro da humanidade – constitui, sem dúvida alguma, a raiz mais forte e profunda do ateísmo”.¹⁴¹ Afinal, a humanidade passou a sentir a religião como uma inimiga do progresso, da liberdade, da autonomia e da felicidade. Assim sendo, se um paciente, por exemplo, nega a Deus, em última instância, crê que Deus o prejudicaria, pois “no fundo lhe parece que vive mais feliz se Deus não existe”.¹⁴²

Doravante, a partir do princípio ou da lógica da retribuição, caso a pessoa saiba satisfazer o Deus-juiz, Ele, igualmente, agradará a vida da pessoa crente e fiel em forma de inúmeras benesses. Quer dizer, essa imagem de Deus pode trazer pavor na vida de determinada pessoa – podendo, inclusive, levá-la ao ateísmo, como visto acima – ou também pode ser útil. Portanto, a religião do medo se mescla com a religião do útil. As duas vertentes têm como base um contrato de troca e retribuição entre Deus e o ser humano. Deus “tornou-se um ser que devo agradecer para que não seja terrível e me abandone, um ser poderoso que ajeta minha vida desde que eu lhe peça e mereça receber por causa de minhas atitudes moralistas e perfeccionistas”.¹⁴³

Por conseguinte, a religião do útil traz à tona a imagem de um Deus-*milagreiro*, que opera na vida da pessoa de uma forma direta, por exemplo, numa situação de enfermidade e sofrimento. Para tanto, basta satisfazê-Lo em suas aparentes exigências, que vão desde peregrinações extenuantes, promessas, contribuições e doações generosas para a Igreja, receber sacramentos ou participar de ritos, entre outros.

Em verdade, Deus passa a ser concebido como o grande relojoeiro, ou arquiteto do universo, “criando uma máquina perfeita e intervindo, pontualmente, em algumas ocasiões, milagrosamente ‘tapando buracos’ naquilo que ainda não conseguimos resolver e rebaixando-se às leis causais mundanas”.¹⁴⁴

¹⁴⁰ TORRES QUEIRUGA, 1993, p. 30.

¹⁴¹ TORRES QUEIRUGA, 1993, p. 30.

¹⁴² TORRES QUEIRUGA, 1993, p. 31.

¹⁴³ GOMES, 2007, p. 46.

¹⁴⁴ GOMES, 2007, p. 70.

Por fim, torna-se interessante perceber que, tanto a imagem de um Deus-*juiz* quanto a imagem de um Deus-*milagreiro* trazem em suas concepções a ideia de poder barganhar com Deus. Elisabeth Kübler-Ross, em sua pesquisa com pessoas em terminalidade de vida, descreve a barganha como uma das cinco fases ou etapas do complexo processo morte-morrer.¹⁴⁵ Igualmente, pessoas internadas num CTI, devido à gravidade de uma enfermidade ou devido ao sofrimento que lhes aflige, podem “buscar” para perto de si a imagem do Deus-*milagreiro*, para com Ele fazer trocas e estabelecer contratos, com o intuito de receber cura ou o alívio dos seus fardos e sofrimentos.

2.1.2.2 A imagem de um Deus-apático

Outra imagem de Deus se descortina nas respostas apresentadas. O Deus-*apático* transparece, especificamente, na quarta resposta, ou seja, de que o sofrimento é fruto do *destino*.

Essa imagem divina traz à tona a ideia de que a jornada de vida do ser humano está determinada. Já fora escrita a história da existência humana. O destino se cumprirá implacavelmente. Não há mudanças de rotas, não há alternativas. O caminho é um para o ser humano e Deus o olha, talvez como um fiel, mas frio espectador. A vida humana, por conseguinte, os sofrimentos, não afetam a Deus.

A ideia de um Deus-*apático* é consequência da inculturação do cristianismo no mundo grego. Foi nesse contexto que a religião cristã descobriu o conceito *apatheia* que, num sentido físico, significa imutabilidade; psiquicamente, insensibilidade; eticamente, liberdade.¹⁴⁶

Aplicado a Deus, passou a enfatizar sua bondade, concebendo-o como perfeito, sem necessidades, suficiente sem amar ou odiar, sem conhecer ira ou graça, plena liberdade sem ser afetado pelo sofrimento de suas criaturas. [...] A filosofia grega refletiu como inadequados ao conceito de Deus a mutabilidade, a pluralidade, o movimento e o sofrimento. A substância divina seria impassível, caso contrário não seria, imóvel, una e auto-suficiente, tornando-se oposta ao mundo móvel, sofredor e disperso.¹⁴⁷

O ideal grego de perfeição compreende a apatia como uma ausência total de sofrimento.¹⁴⁸ Nesse sentido, Moltmann assevera que “se perguntarmos, ao modo da filosofia

¹⁴⁵ KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: EDART, 1977.

¹⁴⁶ GOMES, 2007, p. 109.

¹⁴⁷ GOMES, 2007, p. 109.

¹⁴⁸ GOMES, 2007, p. 110.

grega, que é ‘conveniente a Deus’, então devemos excluir da essência divina”,¹⁴⁹ o sofrimento, pois “a substância divina não é passível de sofrimento, senão não seria divina”.¹⁵⁰ Portanto, a imagem de um Deus-*apático* afasta radicalmente a criação do Criador, afinal, o sofrer (*pathai*), pertence somente ao domínio terreno e humano.

Deus é prefigurado como um ser espiritual, não corpóreo e invisível; infinito e não limitado; isento do sofrimento e da dor.¹⁵¹ Por conseguinte, “segundo Aristóteles, faz parte da perfeição de Deus o não-precisar-ter-amigos”.¹⁵² Em suma, herdou-se desse filósofo a concepção de Deus como uma forma suprema, sem matéria; como uma unidade abstrata e perfeita em si mesmo;¹⁵³ alimentando, assim, “o mito de que a vida feliz está isenta de contradições, conflitos, dores e desejos”.¹⁵⁴

Para Sölle, a imagem de um Deus-*apático* faz do ser humano um “joguete de um destino inaredável”.¹⁵⁵ E “se cultuamos como Deus um ser livre de sofrimento, importa nos exercitemos na paciência, na tolerância, na resignação, na imperturbabilidade e distância do sofrimento”.¹⁵⁶ E a autora acrescenta:

Talvez em nenhuma época tenha sido tão comum como na sociedade altamente industrializada de hoje refugiar-se na apatia para escapar da dor. Nela se coisifica o sofrimento como fatalidade, dele só se logra fugir isoladamente. “Fatum” (fatalidade), destino, sorte, sina e variantes conjugam-se.¹⁵⁷

Se a imagem de um Deus-*juiz*, como visto anteriormente, traz à tona a possibilidade de barganhar com Deus a fim de receber algo em troca, a imagem de um Deus-*apático*, ao contrário, nega essa possibilidade, na medida em que resta ao ser humano, em busca da perfeição, refugiar-se na apatia. Isso também em situações de dor e sofrimento, encarando tais situações como fruto do destino, com resignação e passividade.

¹⁴⁹ MOLTSMANN, Jürgen. **Quem é Jesus Cristo para nós hoje?** Tradução de Ênio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 44.

¹⁵⁰ MOLTSMANN, 1996, p. 44.

¹⁵¹ SÖLLE, Dorothee, **Sofrimento**. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 51.

¹⁵² SÖLLE, 1996, p. 51.

¹⁵³ TILLICH, Paul. **História do pensamento cristão**. São Paulo: ASTE, 1988. p. 22-24.

¹⁵⁴ GOMES, 2007, p. 110.

¹⁵⁵ SÖLLE, 1996, p. 53.

¹⁵⁶ SÖLLE, 1996, p. 52.

¹⁵⁷ SÖLLE, 1996, p. 52.

2.1.2.3 A imagem de um Deus-sádico

Por fim, transparece nas respostas a imagem de um Deus-sádico. Em verdade, as cinco respostas diante do sofrimento remetem parcial ou indiretamente para essa imagem divina. Contudo, na quinta resposta, ela transparece claramente, ou seja, a imagem de um Deus que realiza um *bem* a partir de um mal. Essa imagem divina faz com que o próprio sofrimento (ou mal) seja declarado um bem e justificável diante do ser humano transgressor e falho.

Essa imagem traz consigo a ideia de que todo sofrimento provém de Deus¹⁵⁸ como forma de expiar os erros cometidos pelo ser humano.¹⁵⁹ Em verdade, entretanto, Deus pune para o bem do ser humano e o faz com a intenção “de se aproximar de nós e conquistar as almas para si”.¹⁶⁰

Em contextos de sofrimento e de dor sentimentos de culpa acompanham diversos pacientes. Esses sentimentos, por vezes, são alimentado por uma imagem de um Deus-sádico que, a partir do gemido de Sua criação, obtém satisfação e o ser humano, a sua redenção. Dá-se valor ao sofrimento como algo com valor compensatório, declarando-o, portanto, como um *bem*.

Percebe-se que essa imagem divina se aproxima e se mescla com a imagem de um Deus-juiz. Os princípios são os mesmos: o da retribuição e o da compensação.

2.1.3 Algumas considerações

Trouxe-se a ideia de que os referenciais bíblicos, a partir dos quais se fundamenta o cuidado pastoral num CTI, necessariamente devem levar em conta a temática do sofrimento. Evidente que, na medida em que até o presente momento não se elaborou uma análise e crítica bíblica em torno das respostas e das imagens de Deus apresentadas, a busca por esses referenciais continua. Todavia, entende-se que os conteúdos apresentados trouxeram alguns elementos preciosos.

Encaminhou-se a noção fundamental de que a assistência pastoral necessariamente deve partir da realidade e da condição de vida do paciente, no caso, de sofrimento. Bem por isso, optou-se em iniciar essa busca por referenciais a partir daquilo que ouvimos comumente

¹⁵⁸ SÖLLE, 1996, p. 31.

¹⁵⁹ GOMES, 2007, p. 43.

¹⁶⁰ SÖLLE, 1996, p. 32.

no CTI. Nesse sentido, a obra de Gomes foi importante, pois ela sistematizou em cinco respostas algumas justificativas humanas diante do sofrimento.

Um segundo elemento trazido evidencia a lógica de que não é apenas o sofrimento que causa dor, mas também a falta de respostas frente a ele. A imagem que uma pessoa elabora de Deus define, de certa maneira, a sua vida e pode trazer sentido, compreensão ou resposta para suas dores e os seus sofrimentos. Torna-se importante, do ponto de vista pastoral, deixar o “outro ser outro”. Isso significa respeitá-lo na sua fé e crenças e, por conseguinte, nas suas justificativas diante do seu “sofrer”.

Dessa forma, optou-se por, propositadamente, apenas apresentar e elucidar, e não analisar biblicamente, as cinco respostas e as três subseqüentes imagens de Deus. Afinal, toda e qualquer assistência pastoral parte necessariamente da premissa da escuta, jamais da crítica teológica frente às respostas e às imagens divinas que pacientes podem elaborar diante do seu “sofrer”. Caso necessária, a crítica teológica será sempre um ato segundo, portanto, seguinte ao ato de escutar, a fim de constituir um relacionamento empático, não-impositivo e incondicional, permanecendo assim no *frame of reference* (estrutura de referência) da pessoa.¹⁶¹

Entretanto, há imagens divinas que ferem, desumanizam, geram mais sofrimento e podem se transformar em fonte de angústias, revoltas e amarguras contra si mesmo, contra outros e, não por último, contra o próprio Deus. Chegando, inclusive, como se expôs brevemente, ao ateísmo. Nesse sentido, Gomes assevera: “Devemos portanto ter cautela ao atribuir a Deus certas realidades que podem ideologizar o sofrimento e manter as pessoas na alienação, ou cultivar certas imagens de Deus ou modelos cristológicos que impedem a autodeterminação do ser humano”.¹⁶²

Doravante, pretende-se continuar a busca por referenciais atentando para o testemunho bíblico. Procurando auscultá-lo, se descortinará a imagem do Deus-*bíblico* como forma de ir ao ou de encontro às imagens divinas apresentadas: a de um Deus-*apático*, a de um Deus-*juiz* e a de um Deus-*sádico*.

2.2 O testemunho bíblico se descortina: as três imagens de Deus colocadas em discussão

O sofrimento é tema central da teologia cristã e das religiões em geral. O sofrimento e a doença desnudam a fragilidade humana, confrontam a pessoa com a

¹⁶¹ FABER, Heije; SCHOOT, Ebel van der. **A prática da conversação pastoral**. Traduzido por Sílvia Schneider. São Leopoldo: Sinodal, 1985. p. 47.

¹⁶² GOMES, 2007, p. 41.

possibilidade da morte e com a transitoriedade da vida. O sofrimento representa um desafio para a teologia e põe à prova a fé cristã na tentativa de descobrir o seu sentido.¹⁶³

Evidencia-se, entretanto, que não se pretende doravante esgotar o assunto “sofrimento humano”, seu sentido, sua compreensão e sua justificativa perante a teologia bíblica ou ainda ao longo da história da Igreja, na qual inúmeros teólogos se “debruçaram” sobre essa temática complexa. Seria demasiada pretensão.

Quer-se, isso sim, analisar as três imagens de Deus trazidas até o presente momento – e que trazem, como visto, determinada compreensão e justificativa diante do sofrimento humano –, à luz do testemunho bíblico, tendo como objetivo último alcançar referenciais bíblicos (ou imagens divinas) que possam fundamentar o cuidado pastoral diante do sofrimento humano. Assim sendo, destaca-se que as três imagens divinas moldarão a exposição que se segue, sendo que cada uma delas será acrescida de uma breve crítica pastoral.

2.2.1 Sobre o Deus-apático

A “‘A-patia’ é literalmente ‘não-sofrimento’, ausência de sofrimento, incapacidade de um ser para o sofrimento”.¹⁶⁴ A imagem de um Deus-*apático* concebe Deus “como um Senhor que a ninguém deve satisfação: um ser espiritual, incorpóreo, invisível, incriado, imperecível, infinito e ilimitado, isento de sofrimento e de dor”.¹⁶⁵ Esse conceito filosófico teve ampla penetração na Igreja Antiga, pois a metafísica grega foi aceita como característica do divino a ser venerada. Quer dizer, “o Deus do Antigo Testamento marcado pela ira, pelo ciúme, cheio de amor pelo ser humano, ficou esquecido”¹⁶⁶ no contexto filosófico helênico, que deu vazão unicamente para a impassividade e imutabilidade da essência divina.

No AT o profeta Jeremias postula: “Mas o Senhor é verdadeiramente Deus; ele é o Deus vivo e o Rei eterno” (Jr 10.10). Esse testemunho resume o que Deus era para Israel: o Deus vivo, sendo o ser humano tornado ser vivente exclusivamente em virtude de Seu sopro de vida (Gn 2.7).¹⁶⁷ E “porque Deus é vivo, podemos falar dele como de um homem vivo:

¹⁶³ HOCH, Lothar Carlos. Sofrimento. In: BORTOLLETO, Fernando (Org.). **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p. 937-939. p. 939.

¹⁶⁴ SÖLLE, 1996, p. 46.

¹⁶⁵ GOMES, 2007, p. 69.

¹⁶⁶ GOMES, 2007, p. 109.

¹⁶⁷ JACOB, E. Deus – AT. In: ALLMEN, Jean-Jaques von (Dir.). **Vocabulário Bíblico**. 3. ed. Tradução de Alfonso Zimmermann. São Paulo: ASTE, 2001. p.118-125. p. 118-119.

mas também, porque dele falamos como de um homem vivo, não deixamos nunca de lembrar que Ele está vivo”.¹⁶⁸

Fato é que a fé no Deus vivo consegue se expressar melhor na linguagem antropomórfica e dá ao antropomorfismo bíblico um sentido bem original.¹⁶⁹ Aliás, essa linguagem acompanha todo o AT (conforme Gn 6.12; Êx 16.12; 1 Sm 26.19; Sl 2.4; Is 7.18 etc.) e que, por sua vez, é acompanhada por “antropopatismos”, afinal, o Deus vivo no Testamento hebraico “experimenta todos os sentidos humanos, como alegria (Sf 3,17), mágoa (Lv 20,23), arrependimento (Gn 6,6), ciúme (Ex 20,5)”.¹⁷⁰

O Testamento veterotestamentário nega com veemência a ideia de um Deus-*apático*, pois “fala” e “apresenta” *Javé* através de “antropopatismos”, portanto, através de sentimentos humanos como a bondade e a misericórdia (Êx 33.19). Ele é um Deus pessoal, tem nome próprio, fala, dialoga, guia e faz aliança com o Seu povo, envia mensageiros e age livremente.¹⁷¹

“Foram, sobretudo, os profetas que anunciaram seu interesse engajado pelo mundo e pelo homem; fizeram-no em múltiplas imagens, que têm suas raízes nas experiências da vida humana”.¹⁷² Assim, *Javé* se tornou o Pai dos reis (2 Sm 7.14), dos órfãos (Sl 68.6), dos piedosos (Sl 103.13), dos justos (Sb 2.16) e dos seres humanos em geral (Jó 31.18). “Os numerosos nomes teóforos contendo o elemento *ab* (= Pai) atestam quão fortemente a fé de que Deus é Pai determinou a consciência de Israel”;¹⁷³ Também é como uma mãe, isso é, “a paternidade de YHWH não deve ser interpretada como patriarcalismo unilateralmente masculino”.¹⁷⁴ Nesse sentido, o livro de Isaías postula: “Como alguém a quem sua mãe consola, assim eu vos consolarei” (Is 66.13a), ou como consta no livro de Deuteronômio: “Olvidaste a rocha que te gerou” (Dt 32.18); *Javé*, igualmente, é apresentado como Bom Pastor.¹⁷⁵ Um título antigo dado aos reis em todo o Oriente e que exprime a ideia de cuidado:¹⁷⁶ “Eu mesmo apascentarei as minhas ovelhas e as farei repousar” (Ez 34.15).

¹⁶⁸ JACOB, 2001. p.119.

¹⁶⁹ JACOB, 2001, p. 119.

¹⁷⁰ JACOB, 2001, p. 119.

¹⁷¹ MONLOUBOU, Luis; DU BUIT, F. M. (Org.). **Dicionário Bíblico Universal**. Aparecida: Santuário; Petrópolis: Vozes, 1997. p. 190

¹⁷² DEISSLER, A. Deus (AT). In: MARBOECK, Johannes; WOSCHITZ, Karl M.; BAUER, Johannes B. (Org.) **Dicionário Bíblico-Teológico**. São Paulo: Loyola, 2000. p. 95-102. p. 99.

¹⁷³ DEISSLER, 2000, p. 99.

¹⁷⁴ DEISSLER, 2000, p. 99.

¹⁷⁵ *Javé* é apresentado quatro vezes como pastor no Testamento hebraico. O fato de o termo “pastor” aparecer raras vezes como atributo da divindade, ou seja, se o título é raro, o uso do verbo apascentar (*ra'ah*), além dos seus sinônimos, como conduzir (*nahag*), guiar (*nahal*), dirigir (*nahah*) e guardar (*shamar*) é relacionado como um atributo divino frequentemente. O termo “pastoral”, bem como os termos derivados deste, remetem basicamente a quatro significados fundamentais para a teologia vétero-testamentária: Deus conduz e é o guia

Entre outras imagens, *Javé* também é apresentado como Rei. A realeza de Deus “implica a ideia fundamental do poder contra o caos, para a construção de um cosmo como espaço vital seguro”:¹⁷⁷ “Que formosos são sobre os montes os pés do que anuncia as boas-novas, que faz ouvir a paz, que anuncia coisas boas, que faz ouvir a salvação, que diz a Sião: O teu Deus reina!” (Is. 52.7).

Entretanto, “a fé israelita pôs certos limites a um antropomorfismo excessivamente consequente; embora falando de Deus em termos humanos, não esquecia que entre Deus e o homem não há medida comum”.¹⁷⁸ Assim também testemunha o livro de Oséias: “Porque eu sou Deus e não homem, o Santo no meio de ti” (Os 11.9). Essa expressão relativiza as imagens empregadas para falar de Deus, inclusive as mais características, por exemplo, no próprio livro de Oséias: o Senhor como esposo (Os 2.16) e pai (Os 11.1) de Israel. Quer dizer, a linguagem figurada é indispensável no AT, mas a imagem nunca se identifica totalmente com a realidade significada, porque Deus, para a fé do povo israelita, é muito mais do que o mais apaixonado esposo e do que o mais perfeito dos pais.

Tendo em vista o antropomorfismo veterotestamentário, há de se ressaltar, portanto, esse limite, ou seja, a proibição de reduzir Deus a escalas humanas (Ex 20.4) na tentativa de conceituar plenamente uma realidade e verdade tão misteriosa, grandiosa e tão evidente como a Sua vida.¹⁷⁹

Há de se atentar também para uma peculiaridade própria do AT bastante clara: “o decisivo é o agir de Deus na *história*”,¹⁸⁰ por conseguinte, jamais a Sua apatia diante da Sua criação:

Israel concebe sua história como história com Deus; é lhe, a rigor, impossível falar de Deus de outra maneira do que falar do seu agir na história: Deus se revela para Israel na história. As mais antigas confissões de fé tratam dos feitos de Deus na condução do povo para fora do Egito e para dentro da terra prometida; as primeiras grandes obras da literatura israelita expõem a história de Deus com Israel em seu conjunto; os profetas interpretam o agir presente e futuro de Deus na história; e a comunidade pós-exílica está empenhada em conhecer o plano de Deus na história para, a partir dele, dar conta do presente e do futuro.¹⁸¹

do seu rebanho; leva o seu rebanho ao caminho da vida; defende, vigia e liberta o seu rebanho; e sente-se ligado afetivamente com este. Ou seja, Deus se comporta com seu povo como um bom pastor com seu rebanho. Cf. BOSETTI, Elena; PANIMOLLE, Salvatore A. **Deus-pastor na Bíblia**: solidariedade de Deus com seu povo. São Paulo: Paulinas, 1986. p. 17ss.

¹⁷⁶ DEISSLER, 2000, p. 99.

¹⁷⁷ DEISSLER, 2000, p. 99.

¹⁷⁸ JACOB, 2001, p. 119.

¹⁷⁹ JACOB, 2001, p. 119.

¹⁸⁰ RENDTORFF, Rolf. **A formação do Antigo Testamento**. 6. ed. rev. São Leopoldo: Sinodal, 2002. p. 43.

¹⁸¹ RENDTORFF, 2002, p. 43.

O Deus-do-*êxodo* é realidade ativa e que age na história de Sua criação: “Então o Senhor disse: Eu tenho visto como o meu povo está sendo maltratado no Egito; tenho ouvido o seu pedido de socorro por causa dos seus feitores. Sei o que estão sofrendo.” (Ex. 3.7). O Deus-do-*êxodo* e da *libertação* atenta para o ser humano e seus sofrimentos. De forma alguma, permanece apático, distante e estático diante de Sua criação e de Seu povo.

Doravante, caso Deus seja uma realidade impassível, um poder celestial distante e frio, mudo e incapaz de “abrir-se em amor à história mutável do ser humano”,¹⁸² o sofrimento de Cristo em Sua paixão passa a ser uma tragédia literalmente humana; Jesus, um grande e bom homem de Nazaré.

Entretanto, a teologia cristã, já se nutrindo do Deus veterotestamentário, busca compreender a imagem de Deus a partir de Sua encarnação em Cristo Jesus: “E o verbo se fez carne e habitou entre nós, cheio de graça e de verdade” (Jo 1.14a). Segundo o testemunho bíblico,

Deus é transcendente e imanente ao mesmo tempo. O Deus que foi revelado no Antigo Testamento é o mesmo Deus que se fez imanente na pessoa de Jesus Cristo. Deus não está somente na transcendência, ele também está presente no mundo, pois se encarnou.¹⁸³

Não há no NT uma doutrina inédita ou original de Deus, afinal, o Deus de Jesus, dos seus ensinos e dos apóstolos, é o Deus dos Pais, o de Moisés e dos profetas.¹⁸⁴ Nesse sentido, já é conhecido pelo povo, porquanto é o Deus da antiga aliança (do AT), o Deus vivo, único, zeloso e misericordioso. O Deus que age na história de Jesus, atua como outrora e em plena conformidade com a Sua promessa. Bem por isso, a teologia do AT é implicitamente retomada no NT.¹⁸⁵

Jesus, sem dúvida, salienta fortemente a transcendência absoluta do Deus único. Recusando os pequenos engenhos usados pelos fariseus para dirigir suas relações com Deus, ele lembra a dignidade de Deus. Ele mesmo põe em relevo o laço que o une a Deus. Só a ele procura obedecer e concebe toda a sua obra como obediência a Deus (Mt 26,39; cf. Fp 2,8). Recusa a qualificação de bom, que só pertence ao Deus único (Mc 10,18). Coloca-se no plano comum a todos os seus interlocutores em relação a Deus: “subo para meu Pai e vosso Pai, para meu Deus e vosso Deus” (Jo

¹⁸² GOMES, 2007, p. 110.

¹⁸³ WESTPHAL, Euler Renato. Deus – os atributos de Deus. In: BORTOLLETO FILHO, Fernando (Org.). **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p. 280-282. p. 281.

¹⁸⁴ CODA, P. Deus. In: LEITE, Silvana Cobucci; MARCIONILO, Marcos (Org.). **Lexikon**: dicionário teológico enciclopédico. São Paulo: Loyola, 2003. p. 186-188. p. 187.

¹⁸⁵ MEHL, R. Deus – NT. In: ALLMEN, Jean-Jaques von (Dir.). **Vocabulário Bíblico**. Tradução de Alfonso Zimmermann. São Paulo: ASTE, 2001. p. 125-132. p. 125.

20,17). Não se apresenta como possuidor dos segredos de Deus (Mt 24,36), tirando sua sabedoria exclusivamente da revelação escriturística.¹⁸⁶

Em momento algum, a transcendência, bem como a eternidade de Deus são colocadas em perigo pelo milagre da encarnação: esta não esvaziou o céu. “Deus, o Pai, não abandonou seu trono: Jesus não cessa de orar ao Pai que está nos céus e se apresenta como pessoa cuja vontade está em contato e harmonia com a do Pai”.¹⁸⁷ E essa vontade entre Jesus e o Seu Pai é tão profunda que crer no Pai é crer no Filho Jesus e vice-versa, pois como testemunha o evangelho de João: “Eu e o Pai somos um” (Jo 10.30).

Por conseguinte, Jesus também é o Cristo, o Messias. Alguém que, como testemunha o NT, era filho de Maria, mas também o Filho de Deus;¹⁸⁸ que é apresentado como Aquele que encarna, exemplifica e define a imagem de Deus,¹⁸⁹ pois nEle a glória do Pai se espelha (Jo 1.14b) e o amor divino por Sua criação é evidenciado (Jo 3.16, Rm 8.39); que revestido do poder divino “ou, pelo menos, de certos aspectos decisivos deste poder”,¹⁹⁰ exerce o perdão dos pecados sem se prevalecer da onipotência divina; que entrega as chaves do Reino dos Céus (Mt 16.19) e exercerá o juízo no fim dos tempo (Mt 25.31ss.); que “fez-se vazio”, “tornou-se pobre” (*kenosis*) para assumir a forma de servo (Fp 2.7);¹⁹¹ e que foi em plenitude o Bom Pastor (Jo 10.11).¹⁹²

Portanto, o testemunho bíblico é radical. Afirma categoricamente a presença de Deus na história humana. Não espiritualiza, mas permanece com os “pés no chão”, isso é, Deus permanece junto de Sua criação, interage, sente e redime, pois “o poder de Deus se

¹⁸⁶ MEHL, 2001, p. 127.

¹⁸⁷ MEHL, 2001, p. 128.

¹⁸⁸ O concílio de Calcedônia, no ano de 451 d.C., deu expressão a isso ao afirmar o dogma das duas naturezas, ou seja, a unidade do divino e do humano na pessoa de Jesus Cristo. Deve-se confessar, um só Cristo em duas naturezas inconfundíveis e imutáveis, inseparáveis e indivisíveis. Ele é, plenamente, “Filho do homem” e “Filho de Deus”. Cf. BRAKEMEIER, Gottfried. **O ser humano em busca de identidade**: contribuições para uma antropologia bíblica. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Paulus, 2002. p. 27-28.

¹⁸⁹ “Jesus de fato, foi o primeiro ser humano na história que, de forma integradora, conseguiu uma relação plenamente filial com Deus, fraterna para com os homens e de senhorio frente ao mundo cósmico e social que o cercava. Ele desnovelou o nó emaranhado das relações que é cada ser humano e o recolocou na sua situação matinal de filho, irmão e senhor. Por isto ele é por excelência e exclusividade o ‘Ecce homo’, o Filho da humanidade e de Deus”. Cf. BOFF, Leonardo. **O destino do homem e do mundo**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1982. p. 43.

¹⁹⁰ MEHL, 2001, p. 127.

¹⁹¹ SATHLER-ROSA, 2004, p. 30.

¹⁹² As quatro funções vétero-testamentárias do pastor desdobram-se em plenitude no ministério e na vida de Jesus. Encontram, nele, suas expressões máximas. Ele, pois, é o *guia*, como sublinhado em Mt 2.6, que apascenta e conduz Israel, o povo de Deus (Mq 5.1); *providencia* a reunião das ovelhas dispersas, reconduz o rebanho à unidade e leva-o ao caminho da vida, pois “*vendo ele as multidões, compadeceu-se delas, porque estavam aflitas e exaustas como ovelhas que não têm pastor*” (Mt 9.36); *vigia* o seu rebanho igualmente, ao colocar-se na busca da ovelha perdida, sem desistir até encontrá-la, libertando-a da perdição. (Lc 15. 4-7; Mt 18. 12-14); e no Seu ministério pastoral descortina-se com radicalidade a *reciprocidade afetiva* entre o pastor e o seu rebanho, ou seja, entre Deus e a Sua criação. Cf. BOSETTI; PANIMOLLE, 1986, p. 59ss.

revela na fraqueza (1 Co 1.23-31), de sorte que Deus pode se revelar a nós em meio à cruz e à escuridão do sofrimento”,¹⁹³ assim, sendo o Deus-*Emanuel*, que quer dizer: o Deus conosco (Mt 1.23).

Essa revelação será aprofundada nas páginas subsequentes, importando, neste momento, ressaltar que há uma dissociação radical entre a imagem do Deus-*bíblico* e a de um Deus-*apático*, afinal, não há evidência e alicerces bíblicos para essa imagem de Deus. Ao contrário, constitui-se como uma afronta à imagem do Deus-*bíblico*. Pois, “a fé cristã vê na revelação divina uma atividade contínua da parte de Deus: ‘Meu Pai trabalha até agora e eu trabalho também’ (Jo 5,17). Esse ‘até agora’ não tem limites”.¹⁹⁴

Crítica pastoral frente à imagem de um Deus-apático

O ideal grego da perfeição e da apatia frente ao mundo e a realidade de vida, faz com que pessoas sábias sejam aquelas que “possuem uma apatia” diante do mundo e da vida, que procuram viver numa esfera superior, onde o amor, o sofrimento, desejos e esperanças, tangenciam valores e realidades que pertencem somente aos seres fracos.

Quando transposta essa concepção de vida ao cuidado pastoral diante do sofrimento, ela anularia a principal vocação do pastorear: estar junto do “outro” no seu sofrer e compartilhá-lo, testemunhando, assim, o Deus que age na história humana, como sustenta o AT; o Deus que se revelou, que se fez vazio e humilde em Cristo Jesus; e que a partir de Sua paixão e morte, experimentou em totalidade e radicalidade o sofrimento humano.

A priori, portanto, o cuidado pastoral perderia o seu valor, deixaria de existir e de fazer sentido, afinal: para que testemunhar junto aos que sofrem a imagem de um Deus-*apático*? Nesse caso, a própria existência de uma pastoral hospitalar seria um contra-senso e um paradoxo.

Como visto anteriormente, a imagem de um Deus-*apático* é alimentada e, por vezes, consequência do inconsciente coletivo que apregoa a existência do *destino*. Fato é que essa imagem divina e a ideia da existência humana como algo pré-determinada, compreendem os dois lados de uma mesma moeda, afinal, um Deus-*apático* só pode querer uma humanidade apática diante dos seus destinos.

¹⁹³ HOCH, 2008, p. 937.

¹⁹⁴ AULÉN, Gustaf. *A fé cristã*. 2. ed. Tradução de Dírson Glênio Vergara dos Santos. São Paulo: ASTE, 2002. p. 137.

A corrente ideia do implacável *destino* humano, bastante presente em realidades de sofrimento, leva pessoas a aceitarem fatos e rumos da vida que, por vezes, são de responsabilidade absolutamente humana, isso é, de responsabilidade do próprio indivíduo ou da sociedade, como a pobreza e as guerras.

É certo que toda *práxis* pastoral carrega consigo a fundamental dimensão do *consolo* junto aos que sofrem. Porém, igualmente e em certos contextos de sofrimento, assume também a dimensão da *denúncia*, ou seja, de esclarecimentos diante de fatos que geram sofrimentos, mas que poderiam ser evitados, como acidentes de trânsito ou vários tipos de patologias, sobretudo o câncer, tantas vezes decorrente de um estilo de vida imprudente e inconsequente. Em outras palavras, a ação pastoral junto às pessoas em sofrimento, por vezes, é imbuída de uma função conscientizadora junto à pessoa, seus familiares e a própria sociedade, procurando descortinar os fatores que levaram ao sofrimento.¹⁹⁵

Martim Lutero, baseando-se nas Sagradas Escrituras, postula: “um cristão é senhor livre sobre todas as coisas”.¹⁹⁶ A liberdade existe, não há vida pré-moldada e pré-concebida. Evidente, deve-se ressaltar que o reformador sustentava não o livre arbítrio, contudo, o servo arbítrio, mas como forma de afirmar a liberdade humana sendo regida a partir e pelo amor de Deus. Num contexto de sofrimento, a poimênica, portanto, tem a função de consolar, mas, igualmente, de conscientizar, e a faz como gesto e ato de amor ao próximo.

Não por último, apregoar a ideia do *destino* humano anula toda e qualquer atitude proativa diante de determinada situação, como, por exemplo, diante de um diagnóstico pessimista. A própria existência dos Centros de Tratamento Intensivos poderiam ser questionados, assim como todo o aparato técnico-médico-científico que existe em prol da concreta esperança de vida por cura ou de uma sobrevida com dignidade. Em nossa *práxis*, temos percebido o quanto o sentimento da esperança, de um amanhã melhor, talvez menos doloroso, compreende uma “poderosa arma” ou um “forte escudo” para pessoas cansadas e sobrecarregadas. A esperança, pois, ilumina o sofrer; faz brotar vida onde não há possibilidade de cura; possibilita mudanças de rotas e caminhos; faz da vida uma grandeza mutável e até certo ponto misteriosa.

Aprendemos “com os nossos pacientes”, que o conteúdo de suas esperanças não deve ser interpretado, mas saboreado à luz de uma *práxis* pastoral apaixonada pelo “outro”, tendo como fundamento a imagem de um Deus que penetra na Sua criação e que comunga da nossa

¹⁹⁵ HOCH, Lothar Carlos. Aconselhamento Pastoral e Libertação. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, v. 29, n. 1, 1998. p. 34ss.

¹⁹⁶ LUTERO, Martim. **Da liberdade cristã**. 5. ed. Tradução de Walter Altmann. São Leopoldo: Sinodal, 1998. p. 7.

história, do nosso sofrer e da nossa esperança. Logo, a imagem de um Deus-*apático*, da *antiesperança* e do *destino* deixa de ir ao encontro daquilo que buscamos.

2.2.2 Sobre o Deus-juiz

Como visto, a ideia de um Deus-*juiz* – ou do julgamento – faz-se presente em realidades de sofrimento. Nessa imagem, compreende-se o sofrimento como resultado da conduta humana – do pecado, ou seja, “da ausência da soberania divina”¹⁹⁷ – e Deus é concebido como Aquele que garante e aplica essa “lógica”, ou seja, do julgamento e da punição do Criador em relação a Sua criação.

De início, cabe ressaltar que, para a teologia bíblica, o Deus da salvação é também o Deus do julgamento. No entanto, efetivamente, o julgamento de Deus deve ser compreendido como uma expressão do Seu amor, “pois o único julgamento realmente radical do pecado é o do amor puro”.¹⁹⁸

A fé cristã tem-se referido seguidamente a Cristo como aquele que exerce o poder de julgamento de Deus, como juiz dos “vivos e mortos”. Isso significa a expressão mais categórica de que a fé cristã não pode conceber o julgamento de Deus em outros termos que não os de um julgamento do próprio amor.¹⁹⁹

A imagem de um Deus-*juiz* tem uma relação intrínseca com a noção de que Deus pune. Julgamento e punição se subentendem. Por conseguinte, como visto anteriormente nas respostas humanas diante do sofrimento, atribui-se ao conceito de punição divina castigos temporais de várias naturezas, como uma doença que gera sofrimento. E para o testemunho bíblico, não há dúvida! A relação entre pecado (isso é, a ausência da soberania de Deus) e sofrimento se constitui uma lei divina. Aquele leva a este. Entretanto, conforme Aulén:

O conceito de punição divina não deve ser empregado para dar uma explicação racional à ruína e ao sofrimento do mundo. Não se pode identificar a adversidade [ou o sofrimento] como castigo proporcional ao pecado cometido. Tal raciocínio evidencia uma volta à doutrina da retribuição pura.²⁰⁰

Nesse ponto, entretanto, torna-se inevitável denotar que a concepção de um Deus que julga com castigos o ser humano encontra algum terreno na literatura veterotestamentária,

¹⁹⁷ AULÉN, 2002, p. 147.

¹⁹⁸ AULÉN, 2002, p. 144.

¹⁹⁹ AULÉN, 2002, p. 144.

²⁰⁰ AULÉN, 2002, p. 147.

especificamente. Isso significa dizer que, em algumas passagens do Testemunho hebraico, percebe-se o princípio da retribuição: “uma relação entre ação humana e futuro do sujeito da mesma ação, de forma que o destino parece ser consequência da própria conduta”:²⁰¹ “Quem abre uma cova nela cairá; e a pedra rolará sobre quem a revolve” (Pv 26.27). Quer dizer, o comportamento da pessoa é determinante para o seu futuro. É a lógica da retribuição.

Nesse sentido, na época dos patriarcas, louva-se a intervenção divina na vida dos justos, como é o caso de José no Egito (Gn 37). Entretanto, o povo israelita também se lamenta diante do mal sucedido aos crentes: “Emudeci em silêncio, calei acerca do bem, e a minha dor se agravou” (Sl 39.2). Reflete a esperança de que a vitória dos ímpios é fugaz e passageira, “pois eles dentro em breve definharão como a relva e murcharão como a erva verde” (Sl 37.2). E esperam, como bons sofredores, a recompensa além da morte: “Mas Deus remirá a minha alma do poder da morte, pois ele me tomará para si” (Sl 49.15).²⁰²

Para Gomes, os “profetas se atreveram a dizer que Deus está presente em todos os males ocorridos no mundo”:²⁰³ “Sucederá algum mal à cidade, sem que o Senhor o tenha feito?” (Am 3.6); podendo os males e sofrimentos ter um caráter de purificação para a humanidade (Jr. 9.6; Sl. 65.10); valor pedagógico para o ser humano (Dt. 8.5; 2Cr. 32.26s.); ou, ainda, como ajuda para evitar males futuros (Sb 4.17s.).²⁰⁴

Entretanto, em outros inúmeros livros do AT, a lógica da retribuição, portanto, de um Deus que legisla sobre a vida humana, trazendo dores e sofrimentos como consequência de determinadas condutas, é negada ou contrariada. Nesse sentido, podem ser citados dois livros: Eclesiastes e Jó.

O livro de Eclesiastes postula: “Que vantagem tem o sábio sobre o tolo?” (Ec.6.8), afinal “falece tal qual o insensato. Tanto o piedoso como ímpio tem um só destino”.²⁰⁵ Portanto, “há fiéis que têm a mesma sorte que os ímpios; há ímpios que experimentam o mesmo que os fiéis; o princípio da retribuição não explica a vida (8.14; 7.15; 9.11)”,²⁰⁶ conforme Eclesiastes.

Por sua vez, o livro de Jó apresenta o personagem como um homem temente a Deus, íntegro e de muitas posses. Portanto, conforme o princípio da retribuição, Jó não deveria sofrer.

²⁰¹ SCHMIDT, Werner H. **Introdução ao Antigo Testamento**. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2002. p. 306.

²⁰² GOMES, 2007, p. 27.

²⁰³ GOMES, 2007, p. 28.

²⁰⁴ GOMES, 2007, p. 28.

²⁰⁵ SCHMIDT, 2002, p. 313.

²⁰⁶ SCHMIDT, 2002, p. 314.

Jó não tem culpa, mas perde bens e filhos (Jó 1), por fim até a sua saúde (Jó 2). Apesar disso, não cede às palavras sedutoras de sua mulher (2.9) e é considerado fiel; aceita seu destino da mão de Deus e até consegue ainda louvar o Criador: “Javé o deu, e Javé o tomou; bendito seja o nome de Javé” (1.21) “Temos recebido o bem de Deus, e não receberíamos também o mal?” (2.10.).²⁰⁷

Sem dúvida, o livro de Jó desvincula o agir de Deus como uma consequência da conduta e do comportamento moral do ser humano. Até por isso é considerado um livro de profundo teor pastoral e comumente referido em visitas e acompanhamentos pastorais, pois rechaça e nega o sofrimento humano como uma consequência de um Deus-*juiz* que castiga, pune e prova a Sua criação. Quer dizer, o livro supera a “tradicional” doutrina da retribuição, pois traz à tona a ideia de existir o sofrimento injusto. Fato é que, dando vazão ao sofrimento humano, o AT o escancara e, portanto, permanece com “os pés no chão” quando o assunto é o ser humano e sua realidade de vida.

Por fim, ressalta-se que:

Vários textos apresentam Yahweh aterrorizando as pessoas, desejando aniquilá-las com catástrofes, pestes e fomes, envolvendo-se em guerras e entregando-as à perdição. Há um traço “demoníaco” em Deus no Antigo Testamento, só superado no Novo. Pouco a pouco, Israel vai descobrindo o Deus da Aliança libertadora e o traço do *tremendum* vai cedendo lugar ao *fascinas* de caráter protetor, agraciante e salvador. Com os profetas, Amós sublinhará sua justiça com os oprimidos, Oséias seu amor sempre fiel, Isaías sua santidade, Jeremias e Ezequiel sua preocupação com cada um e o Dêutero-Isaías, o sustento do justo no sofrimento. Ao falarmos do Sagrado, precisamos ter muita cautela, pois a experiência do *tremendum*, fonte de medo e temor, acaba sendo nossa projeção de realidades humanas em Deus no processo interpretativo da experiência divina.²⁰⁸

Assim sendo, ao lado de imagens por vezes “punitivas” e “severas” de Deus, o ser humano é chamado a re-descobrir o amor gracioso do Deus-do-*êxodo* e do Deus-do-*shalom*. E o Testamento grego parece conhecer muito bem esse Deus.

No NT, Jesus, a partir de sua vida e do seu agir, nega a ideia de que o sofrimento humano seja consequência do castigo divino. Jesus postula: “Vocês pensam que, se aqueles galileus foram mortos desse jeito, isso quer dizer que eles pecaram mais do que os outros galileus? De modo nenhum!” (Lc. 13.2b-3a); “Ele é cego, sim, mas não por causa dos pecados dele nem por causa dos pecados dos pais dele.” (Jo. 9.3a).

O ponto de vista do Evangelho é plenamente corroborado pela natureza misteriosamente contagiante e infecciosa do pecado. Vale dizer, as conseqüências do pecado não recaem somente sobre o culpado. O inocente sofre com o culpado e às vezes mais que ele. Assim, segundo o Evangelho, a idéia que Jesus repudiou está

²⁰⁷ SCHMIDT, 2002, p. 315.

²⁰⁸ GOMES, 2007, p. 64.

vinculada claramente à pretensão farisaica, que julga sem amor e, portanto, sem retidão. Julgamentos desta natureza, que se harmonizam muito com as predileções do homem “natural”, preocupam-se mais em estabelecer graus de intensidade de culpa do que em vencer o mal.²⁰⁹

Quer dizer, a teologia da retribuição pura “diverge radicalmente da perspectiva fundamental dos Evangelhos”.²¹⁰ Importando perceber que, no Testamento grego, Deus, a partir de Jesus Cristo, não é concebido como um legislador autoritário, mas como um Deus-*do-amor* e *da-graça*.

É evidente que também o NT não nega a existência de uma relação entre conduta humana e sofrimento humano, como a própria morte (Rm. 5.12). Entretanto, deve-se ter em mente que há um elemento específico na concepção bíblica que impede a ideia de haver uma retribuição ou um castigo divino diante de um mal feito, ou ainda, de que a morte seja o “salário do pecado” (Rm. 6.23). A saber:

Deus não castiga o mal com a morte, e, sim, esta já está implícita no próprio mal. *O pecado acarreta a morte por força inerente*. Para entendê-lo, vale lembrar que pecado significa afastamento de Deus. Rompe-se a relação com o Criador e o ser humano foge da presença divina (cf. Gn 3.10). Quem, porém, se afasta de Deus também se afasta do “manancial da vida”. Onde Deus se retira, vai restar somente morte (cf. Sl 104.29,30), mesmo que o organismo das pessoas ou da sociedade ainda esteja aparentando sinais de saúde. Atestam-no, entre outros, as palavras que, na parábola do filho pródigo, são ditas pelo pai ao filho mais velho: “(...) era preciso que nos regozijássemos (...) porque esse teu irmão estava morto e reviveu, estava perdido e foi achado” (Lc 15.32).²¹¹

A parábola do filho pródigo (Lc. 15.11-31) elucida a essência do Evangelho, qual seja a lógica de que Deus perdoa e justifica o ser humano, baseado somente em Seu amor e Sua graça.

Assim também formulou Filipe Melanchthon no quarto artigo da Confissão de Augsburgo: “Ensinam também que os homens não podem ser justificados diante de Deus por forças, méritos ou obras próprias, senão que são justificados gratuitamente, por causa de Cristo (...)”.²¹²

Isso, evidente, não significa “baratear” a graça divina. Para Martim Lutero, Deus age concretamente na história através da Sua graça, mas também a partir da Sua ira. Na Sua ira, entretanto, ele é o Deus oculto e que se esconde nas coisas da criação, porquanto que, na Sua

²⁰⁹ AULÉN, 2002, p. 147.

²¹⁰ AULÉN, 2002, p. 147.

²¹¹ BRAKEMEIER, 2002, p. 177.

²¹² **LIVRO DE CONCÓRDIA:** as confissões da Igreja Evangélica Luterana. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 1993. p. 64.

graça, Ele é o Deus revelado em Cristo Jesus.²¹³ Quer dizer, para o reformador da Igreja, “o juízo de Deus é o agir estranho à própria natureza de Deus, que é amor. A graça de Deus é o agir que é próprio da sua natureza, pois Deus é comparável ‘ao fogo incandescente de uma fornalha’”.²¹⁴ Portanto, em princípio, existem duas ações de Deus: a ira (*opus alienum*), que é o agir divino, todavia que Lhe é estranho, e a graça (*opus proprium*), que é o agir próprio de Deus.

Na ira, no juízo, Deus quer levar ao arrependimento, já na Sua graça, Ele justifica a pessoa arrependida.²¹⁵ Tecendo uma analogia, “a ira de Deus é semelhante à sombra, e o seu amor é semelhante à luz. Entretanto, a luz não brilha sem a sombra, por isso, esta é necessária para que aquela seja reconhecida e aceita”.²¹⁶ Fato é que, o critério para toda a discussão bíblica em torno da veracidade (ou não) da imagem de um Deus-juiz é Cristo Jesus: o Deus-*revelatus!*

E aqui se chega ao ponto central da imagem (ou “ideia”) cristã de Deus, que é o próprio Cristo, pois a vida e a obra de Jesus Cristo definem de maneira decisiva o caráter, portanto, também a imagem de Deus.

A teologia cristã se refere a Cristo como Aquele que encarnou a vontade divina – pois Ele é consubstancial com o Pai-Criador – e, entrando em comunhão com o ser humano, busca e justifica-o a partir do caráter fundamental do conceito de Deus que é o amor.²¹⁷

Isso quer dizer que toda a afirmação referente a Deus deve tomar como paradigma e fundamento o amor de Deus que está em Cristo Jesus. “Nada se pode dizer com referência a Deus, seu poder, sua oposição ao mal etc. que não seja em última análise, uma proposição referente ao seu amor”.²¹⁸ Portanto, a citação de 1 Jo 4.16, “Deus é amor”, resume a essência da mensagem cristã. Aliás, toda obra criadora de Deus, Sua aliança com o povo hebreu e Sua encarnação são expressões concretas do amor de Deus por Sua criação. Nesse sentido, nada pode cancelar o amor de Deus, pois assim também expressa o apóstolo Paulo: nada “poderá separar-nos do amor de Deus, que está em Cristo Jesus” (Rm 8.39).

²¹³ A definição de Lutero é diferente da Igreja Antiga e da própria definição de Deus encontrada na Idade Média, que procurava compreender o divino através de categorias ontológicas. “Em Lutero, toda a teologia parte do agir salvífico de Deus na história e não, em primeiro lugar, da ontologia e da natureza de Deus, como acontecia na igreja antiga e no período medieval”. Cf. WESTPHAL, Euler Renato. Deus – conhecimento de Deus. In: BORTOLLETO FILHO, Fernando (Org.). **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p. 276-279. p. 277.

²¹⁴ WESTPHAL, 2008, p. 277.

²¹⁵ WESTPHAL, 2008, p. 277.

²¹⁶ WESTPHAL, 2008, p. 277.

²¹⁷ AULÉN, 2002, p. 113.

²¹⁸ AULÉN, 2002, p. 113.

Muito embora falasse enfaticamente, realisticamente da “ira de Deus”, para Lutero a “natureza” mesma de Deus era o amor. “Na grande mansão de Deus só reside o amor”. “Cristo é o reflexo do coração paternal de Deus”. *Und is kein andrer Gott.*²¹⁹

Portanto, a partir de Cristo, está fora de cogitação que Deus pune por retribuição, como um legislador, com o intuito de causar certas doses de sofrimento ao ser humano desobediente e transgressor. Assim sendo, “no que concerne à fé, não tem sentido falar-se, em circunstâncias históricas, de um castigo divino que não seja de alguma forma útil ao propósito divino, a saber, o estabelecimento do domínio do amor de Deus”.²²⁰ É evidente, contudo, que o sofrimento pode ser “útil” a esse propósito, afinal, as tribulações podem revelar as consequências da separação Daquele que é o poder supremo da vida. Do ponto de vista da fé cristã, portanto, a ideia da punição de Deus perde seu sentido quando separada do propósito maior de Deus: o domínio do Seu amor. E isso significa dizer que,

A fé não pode conhecer qualquer sofrimento proveniente do pecado como consequência da vontade divina. A fé, na realidade, refere-se a esse tipo de sofrimento como sendo relacionado com Deus, mostrando que a íntima relação entre pecado e ruína é expressão da lei divina e que Deus até pode usá-lo como meio para a consecução do seu objetivo. Isso não significa, porém, que o pecado possa ser atribuído à vontade de Deus. Desprezar este fato é acolher resultados desastrosos. É obscurecer o conceito de Deus próprio da fé cristã. Atribuir ao mal, cujas raízes estão no pecado, foros de expressão da vontade divina equivale a equacionar o pecado, isto é, aquilo que se opõe à vontade de Deus, com essa vontade. [...] O Deus da fé cristã não quer o mal. Sua única preocupação é vencê-lo.²²¹

Crítica pastoral frente à imagem de um Deus-juiz

A partir desse panorama, pode-se afirmar que a imagem de um Deus-juiz, mesmo aparecendo em algumas perícopes bíblicas, sobretudo no AT, não condiz com a imagem bíblica do Deus revelado em Cristo Jesus, importando afirmar que, do ponto de vista da *práxis* pastoral:

A angústia vivida diante dessa concepção degenera em uma religião da norma, da lei, da obrigação. O drama interno se converte em práticas e ritos obsessivos e escrupulosos, em intolerância nada misericordiosa com os demais. A relação com Deus passa a pautar-se pelo perfeccionismo, pelo medo, e o que era promessa se converte em ameaça, o chamado gratuito em imposição, a existência em castigo e o frescor evangélico em leis esclerosadas.²²²

²¹⁹ AULÉN, 2002, p. 114.

²²⁰ AULÉN, 2002, p. 148.

²²¹ AULÉN, 2002, p. 148.

²²² GOMES, 2007, p. 64.

A imagem de um Deus-*juiz* ou de um Deus-*tremendum* transforma uma pastoral hospitalar numa espécie de “tribunal hospitalar”, cuja tarefa principal passa a ser “desmascarar” pacientes, apontando para suas “feridas” e “sombras” existenciais, com o intuito de conscientizá-los de seus erros e de suas falhas morais, demonstrando que seus sofrimentos são frutos de uma ação divina justa. A colocação, por sinal, bastante radical, pode servir como alerta para uma *práxis* pastoral que se inspire e fundamente exclusivamente numa imagem de um Deus-*juiz*.

Essa imagem divina, pois, pode trazer consequências nefastas e dolorosas para pacientes em situações de sofrimento. Ainda mais quando trazidas e levadas ao leito hospitalar por agentes pastorais e religiosos, muitas vezes, compreendidos como representantes legítimos de Deus. A pessoa fragilizada pode desenvolver um sentimento de culpa, interpretando seu sofrimento como uma forma de expiar o seu pecado. Os ritos litúrgicos (e sacramentos) são compreendidos não como mediadores e sinais da graça e do amor divino, mas aclarados como uma obrigação e norma. O alento do sofrimento ou a cura seriam consequência do perdão. Já a permanência do sofrimento ou a própria morte constituem sinal da condenação divina.

Certamente, haveria mais a dizer a respeito de uma pastoral hospitalar (ou seja, de agentes pastorais) que, num contexto de sofrimento, advogue a ideia de um Deus-*juiz* e que busque o seu referencial de ação unicamente nessa imagem “não essencial” de Deus, ou seja, que abdique da face amorosa e graciosa de Deus em favor de uma face punitiva. Fato é que tal imagem se distancia essencialmente do Deus revelado em Cristo Jesus e, por conseguinte, não compreende um referencial para a *práxis* pastoral, tendo em vista, entre outros, as dores existenciais que ela possa causar em pacientes internados num contexto já caracterizado como sendo de sofrimento.

2.2.3 Sobre o Deus-sádico

A imagem de um Deus-*sádico* se confunde com a imagem de um Deus-*juiz*. Na parte inicial deste capítulo, viu-se que os princípios dessas imagens divinas são os mesmos: o da retribuição e o da compensação. Entretanto, a imagem de um Deus-*sádico* vai além, pois “transforma” Deus num “ente onipotente” que não apenas gera, mas também ama o sofrimento.

Nessa imagem divina, a onipotência de Deus passa “a ser vista como o poder do controle, da força, da intervenção ilimitada no tempo e no espaço, uma ação divina tipo

militarista, ao lado de exércitos extraordinários, ganhando batalhas, realizando conquistas com sucesso”.²²³ Nessa Sua potência, Deus castiga, envia e retira sofrimentos. Quer dizer, a imagem de um Deus-*sádico* faz Dele um carrasco, um agente onipotente da jornada humana, um poderoso tirano dotado de um poder estranho e que, por vezes, “serve apenas” para sobrecarregar a vida e a existência humana.

O substrato dessa imagem divina é uma espécie de “teologia da satisfação”, na qual Deus não “cansa” de enviar e exigir sofrimentos para expiar as falhas e as transgressões do ser humano, satisfazendo-se e se alimentando de lágrimas humanas. Conforme essa “teologia”, “a compensação alta exigida pelas faltas humanas vitimou um justo e inocente, o Filho de Deus, sendo perdurada a mesma expiação ritualmente na celebração eucarística”,²²⁴ fazendo com que a vida da pessoa cristã aconteça a partir de uma dívida jamais extinta e, portanto, gerando uma culpa sufocante.

Conforme Varone, a “teologia da satisfação” é uma tentativa de compreender a morte e a salvação de Jesus Cristo no campo da reflexão bíblico-teológica.²²⁵

Essa teologia concebe que o Pai criou homens e mulheres num estado original maravilhoso sem nenhum merecimento. Para merecer o paraíso Deus resolveu colocá-los à prova, mas eles desobedeceram, deixando uma herança de funestas conseqüências para toda a humanidade. Para reparar a falta cometida só restava ao ser humano o oferecimento de sua vida, como bem supremo, porém esse já se encontrava comprometido pelo pecado. Uma ofensa infinita pedia uma reparação, uma satisfação infinita. Neste sentido, Deus enviaria seu Filho, o único justo, inocente e sem pecado, para servir totalmente à satisfação, cuja morte teria valor infinito e perfeitamente compensatório da ofensa divina.²²⁶

Ou seja, a “teologia da satisfação” converte, a partir da morte expiatória de Jesus no madeiro, a imagem de Deus: o Deus que se revelou na história e em Cristo como sendo Amor é convertido num Deus implacável, vingativo e que busca satisfação mediante o sofrimento da Sua criação.

A “teologia da satisfação”, pois, faz do sofrimento e da dor o centro da vida e da mensagem de Jesus Cristo. O Seu testemunho de amor incondicional, de compaixão e de solidariedade para com as pessoas é negligenciado e esquecido. A atitude de Jesus (e de Deus) contra o mal e diante do sofrimento é deixada à margem. Bem por isso, “a redenção passou a ser entendida como algo realizado pelo tamanho da dor, fazendo-nos aceitar tranquilamente

²²³ GOMES, 2007, p. 69.

²²⁴ GOMES, 2007, p. 43.

²²⁵ VARONE, François. **Esse Deus que dizem amar o sofrimento**. Aparecida: Santuário, 2001. p. 13-15.

²²⁶ GOMES, 2007, p. 43-44.

que o sofrimento vindo da injustiça, por si só, torna-se redentor”.²²⁷ A partir dessa “doutrina”, ressalta-se que, em certas interpretações teológicas e contextos eclesiológicos, passou a se justificar a submissão às lideranças eclesiais e no caso de desobediência, a culpabilização e a punição.

Não estranha portanto que Deus apareça, para muitos, como o maior inimigo da vida, como ameaça à autonomia e à realização, sendo Ele tudo e nós nada. Na maioria das vezes não-verbalizado, mas sentido no profundo de si – muitas vezes de forma inconsciente – como impostor, carrasco, sádico e déspota, um diretor de teatro jogando conosco como marionetes.²²⁸

Já para Sölle, a lógica dessa imagem divina (ou da própria “teologia da satisfação”), que a autora denomina de masoquista,²²⁹ consiste em três proposições: “Deus é o todopoderoso condutor do mundo, que inflige todo o sofrimento; Deus não age sem fundamento, mas com justiça; Qualquer sofrimento é castigo do pecado”.²³⁰ A autora interpreta a lógica dessa “teologia sádica” como sendo um impulso para o dolorismo, para a submissão e a adoração de uma figura: o carrasco. E todo carrasco nega o valor da vida alheia e, mais que isso, decepa-a e destrói.

Entretanto, Deus, tal qual se revelou no testemunho bíblico, não nega o ser humano e o valor da vida, afinal, Ele é o Pai (*Abbá*) da criação: “tu és nosso Pai, nós somos o barro, e tu, o nosso oleiro; e todos nós, obra das tuas mãos” (Is 64.8); *Javé* é piedoso: “Eu ensinei a andar a Efraim; tomei-os nos meus braços” (...), “Como te deixaria, ó Efraim? Como te entregaria, ó Israel” (...) (Os 11.3.8); *Javé* é compassivo com Seu povo: “Não é Efraim meu precioso filho, filho das minhas delícias? Pois tantas vezes quantas falo contra ele, tantas vezes ternamente me lembro dele; comove-se por ele o meu coração, deveras me compadecerei dele” (Jr 31.20). Nesse sentido, “Deus, em sua profundidade mais abissal e em sua interioridade mais entranhável, é um Deus paternal”.²³¹

Enquanto o AT testemunha que Deus vive e é Pai, o NT, por sua vez, demonstra em que sentido Deus vive e é Pai,²³² pois, em Jesus de Nazaré, que carinhosamente chamava Deus de *Abbá* – palavra em tudo paralela à Papai –, Deus revelou o seu rosto e o mostrou como pessoa. Assim, Deus deu à humanidade a pródiga possibilidade de “enxergar” um ser

²²⁷ GOMES, 2007, p. 45.

²²⁸ GOMES, 2007, p. 70.

²²⁹ SÖLLE, 1996, p. 29.

²³⁰ SÖLLE, 1996, p. 31-32.

²³¹ TORRES QUEIRUGA, 1993, p. 96-97.

²³² MEHL, 2001, p.129.

humano que veio a se tornar semelhante ao próprio Deus em Sua vida. E em Cristo Jesus, encontramos a afirmação plena do cuidado amoroso de Deus por Sua Criação.

A presença de Deus na história humana e sua revelação em Cristo Jesus não tem outro sentido a não ser a salvação do ser humano ou, em outras palavras, a afirmação e a possibilidade da vida em abundância. Isso em seu duplo sentido: a negação de toda negação frente à vida humana e a afirmação positiva de tudo que permite e leve à vida. “Que mais significam o perdão e a redenção, de um lado, e a criação e a encarnação, do outro?”,²³³ pois a “glória de Deus é o homem na plenitude de sua vida”.²³⁴

Nesse sentido, podem ser citadas inúmeras passagens bíblicas na qual Jesus se compadeceu diante da vida alheia, afirmando e engrandecendo-a. É o caso da “mulher adúltera” que, rodeada por “homens da lei”, estava para ser apedrejada, mas que teve o valor da sua dignidade “re-afirmado” e sua vida “devolvida” (Jo 8.1-11).

Outrossim, a compaixão de Jesus não é apenas alento direcionado à necessidade espiritual das pessoas, mas Palavra viva, concreta. Nesse sentido, sua Palavra liga a integralidade humana; é terapêutica. A perícopa de Mc 3.1-6 corrobora essa concepção. Jesus, ao curar a mão ressequida de um homem, cura apenas o órgão, todavia se refere, no quarto versículo, em “*salvar a vida*” dessa pessoa (*soosai psychèn*). Então, através da cura da mão ressequida, a vida integral desse homem volta a ser sanada.²³⁵

Já na perícopa de Mc 6. 37-44, Jesus provê o pão para a multidão, ou seja, preocupa-se não apenas com a “fome espiritual”, como também com a fome física. Em Mc 1.40-45, Jesus acolhe, cura e, por conseguinte, afirma a dignidade de uma pessoa doente de lepra. Jesus recebe o pedido da pessoa enferma “profundamente compadecido” (v. 41). Demonstra compaixão e sensibilidade, curando-a e reintegrando-a socialmente. Afinal, no período neo-testamentário, pessoas afligidas por tal doença, a hanseníase, eram segregadas e postas à margem do consórcio humano e da sociedade. Em outras palavras: tinham a seu pundonor “subtraído” e “olvidado”. Ou seja, Jesus Cristo defendia o humano diante do próprio humano:

Ele não fez outra coisa senão defender o homem; sobretudo, defender aquele que os outros negavam. Esta foi sua assombrosa novidade: Jesus se opõe frontalmente a todos os que, em nome de quaisquer pretensos valores, principalmente religiosos, convertiam o pobre, o enfermo, o pecador, em não-homem.²³⁶

²³³ TORRES QUEIRUGA, 1993, p. 38.

²³⁴ TORRES QUEIRUGA, 1993, p. 38.

²³⁵ EBERHARDT, Hermann. **Praktische-Seel-Sorge-Theologie**. Bielefeld: Luther-Verlag, 1993. p. 28-29.

²³⁶ TORRES QUEIRUGA, 1993, p. 44.

No ministério de Jesus Cristo, emanou em plenitude a misericórdia, a solidariedade e o cuidado de Deus. Um Deus profundamente apaixonado por Sua criação e que luta contra o sofrimento humano, não o subliminando e nem o evitando, mas o carregando conosco a partir da história da criação e, em radicalidade, na paixão e morte de Jesus no madeiro.

Assim sendo, a encarnação de Jesus significa a realização total de uma possibilidade que Deus coloca dentro da existência humana pela criação. Cristo manifesta a realidade e o propósito dessa encarnação quando afirma: “Eu vim para que tenham vida e a tenham em abundância” (Jo 10.10).²³⁷

Tal versículo desdobra a missão salvífica de Jesus. *A priori*, Jesus Cristo é a missão que salva: sua encarnação, vida e paixão a concretizam. E como visto, tal missão surge a partir de atitudes significativas, todas imbuídas de profundo amor – e não de sadismos – pela humanidade.

Conforme testemunho bíblico, a vida somente existe a partir do amor de Deus Pai e se conjuga a partir do amor de Cristo. “O Pai comunica o seu amor ao Filho, amor que é dom sem limite”.²³⁸ Tal dom revela a única proposta de vida de Jesus. Em vista disso, a vida pode existir em abundância. Nesse sentido, o amor atinge a mola mestra de todo agir de Jesus, é a base de toda a sua vida física, emotiva e espiritual.²³⁹

Igualmente, é o amor para com o Seu Pai e para com a humanidade, que o leva ao sacrifício de Sua própria vida, pois “o bom pastor dá a vida pelas ovelhas” (Jo 10.11). “A entrega da vida de Jesus é a maior prova de seu cuidado e solicitude pelas ovelhas que lhe pertencem”.²⁴⁰ Portanto, Cristo se manifesta no escândalo da cruz como Amor que se doa numa dimensão humilde, tornando absurdamente concreta sua misericórdia e bondade para com o ser humano. Entretanto, é em meio a essa cruz ensanguentada, da aparente derrota, que Cristo triunfa sobre o pecado (a falta de amor) e a morte. É diante da escuridão de Gólgota, que brotam os frutos redentores da fé, da esperança e do amor (1 Co 13.13) doados por Ele a toda humanidade gratuitamente. Frutos que restabelecem as condições para uma comunhão plena entre Deus e a Sua criação. Por fim, é na Páscoa que a humanidade é chamada e vocacionada por Deus a usufruir o júbilo, a se alegrar em meio ao nascimento da Nova esperança, da Nova Vida.

²³⁷ FERNADES, Cezar Luciano Ernandes. **O sentido da cruz no evangelho de João**. São Paulo: Paulinas, 2002. p. 92.

²³⁸ FERNADES, 2002, p. 95.

²³⁹ BARBIERI, Sante Uberto. **Os ensinios de Jesus**. 2. ed. Rio de Janeiro: Confederação Evangélica, 1952. p. 146-147.

²⁴⁰ SCHNACKENBURG, Rudolf. **Jesus Cristo nos quatro evangelhos**. São Leopoldo: Unisinos, 2001. p. 296.

Assim sendo, a cruz de Cristo trouxe à humanidade uma atribuição: prosseguir em busca da verdadeira vida incessantemente. Um caminhar que encontrará, nessa cruz, alento e novo ânimo. Todavia, a humanidade, especificamente, a comunidade cristã, não permanece só nesse avançar, nessa jornada. Deus não abandonou a Sua criação após a Páscoa, ao contrário, enviou o seu Espírito vivificador e reconciliador. É dessa fonte viva que, hodiernamente, seres humanos são chamados a saciar a sua sede, a encontrar descanso para as suas feridas em meio à comunhão entre irmãos e irmãs e a ter esperanças concretas para com um novo amanhecer. É por meio do Espírito Santo que a afirmação do salmista: “O Senhor é o meu Pastor nada me faltará” (Sl. 23), “ainda hoje” desdobra uma verdade e um consolo universal, até o dia em que as portas do Reino de Deus serão abertas em plenitude aos olhos da esperança humana. Esperança esta que não tem um Deus-*sádico* como fundamento, mas um Deus profundamente apaixonado por Sua criação.

Crítica pastoral frente à imagem de um Deus-sádico

A primeira afirmação do Credo Apostólico - “Creio em Deus Pai Todo Poderoso...” -, em certas circunstâncias de sofrimento, parece dominar sobre a Sua humildade, o Seu amor e a Sua fragilidade revelada em Cristo Jesus. Na prática pastoral, percebe-se que a imagem de um Deus-*tremendum*, por vezes, torna-se mais “atraente” do que a imagem de um Deus que chora, sofre e morre no madeiro. Afinal, um Deus-*todo-poderoso* pode intervir, pontualmente, em situações de sofrimento e de dor e, milagrosamente, “tapar buracos” ou trazer cura e vida plena. Entretanto, igualmente, percebe-se que a onipotência, a onisciência e a onipresença de Deus, quando interpretadas à luz de um Deus-*tremendum* e *todo-poderoso*, podem gerar inconformismos, revoltas e angústias, pois nem sempre esse Deus parece querer agir conforme necessidades e vontades humanas. “Se Deus é o todo-poderoso onde ele está agora?”, bradou, certa vez, um paciente inconformado com o seu diagnóstico. Logo, está-se diante de uma imagem de um Deus-*sádico*, ora poderoso e milagreiro, outrora aparentemente injusto, incompreensível e *absconditus*.

Assim sendo, o uso da imagem de um Deus-*todo-poderoso*, quando compreendida nos moldes da ação poderosa de Deus que opera milagres espetaculares, é pastoralmente imprópria. Evidente, o testemunho bíblico apresenta o Deus-Pai como um *Criador-Todo-Poderoso*. São muitos os relatos bíblicos que apresentam o próprio Cristo como Alguém que operou inúmeros milagres. Entretanto, ressalta-se que a exegese e a hermenêutica bíblica estão a serviço de uma teologia que permanece com os “pés no chão”, isso é, na realidade e na

possibilidade. A interpretação bíblica não deve mascarar e alienar, mas descortinar e revelar. Somente assim o testemunho bíblico se revela para pessoas como uma Boa Nova. E isso também nos momentos de sofrimento.

Dietrich Bonhoeffer, num poema, certa vez asseverou: “Homens na sua angústia se chegam a Deus, implorando auxílio, felicidade e pão; que salve de doença, culpa e morte dos seus. Assim fazem todos: Cristãos e Pagãos”.²⁴¹ O autor expressa a súplica humana ao Deus-*todo-poderoso* que deve sustentar, curar e salvar pelo seu poder. Tal súplica faz emergir a possibilidade da existência de um Deus-*sádico* que, mesmo diante do clamor humano, pode negar “auxílio, felicidade e pão”.

Entretanto, Bonhoeffer continua o seu poema: “Deus está com todos na sua angústia e dor. Ele dará de corpo e alma o eterno pão. Morre por cristãos e pagãos como Salvador, e a ambos perdoa em sua paixão”.²⁴² Na segunda parte desse poema, percebe-se uma sutil mudança da feição divina. O Deus-*todo-poderoso* que, na primeira parte, deve se revelar em Seu poder, agora é revelado como um Deus-*com-todos-na-angústia-e-dor*.

Pastoralmente, tendo como pano de fundo a mensagem bíblica, importa asseverar junto aos que sofrem, que a verdadeira potência de Deus se revelou na humildade de uma manjedoura, num pobre menino, na crueldade do madeiro. Pois:

Deus é impotente e fraco no mundo e exatamente assim Ele está ao nosso lado e nos ajuda. Conforme S. Mt. 8. 17 fica bem claro que Jesus não ajuda graças à Sua onipotência, mas graças à Sua fraqueza e ao Seu sofrimento.²⁴³

E este é o Deus bíblico: um Deus-*com-todos-na-angústia-e-dor*! Esse Deus não é *sádico* nem *tremendum*, mas é o Deus-*conosco* e *por nós* no sofrimento. É um Deus-*maior* que se fez Deus-*menor*, pois o seu poder se aperfeiçoou na fraqueza da história humana e na fraqueza do Nazareno. A Sua Graça é a Sua Paixão! A Sua presença é a de um Deus-*todo-amoroso*, bem por isto, *todo-poderoso*!

2.3 De um Deus-*apático* para o *Emanuel* – de um Deus-*juiz* para o da *graça* – de um Deus-*sádico* para o da *paixão*

Até o presente momento, a exposição procurou atentar para três imagens divinas. Investigando a teologia bíblica, viu-se que elas se distanciam (por vezes, radicalmente) do

²⁴¹ BONHOEFFER, Dietrich. **Resistência e Submissão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; São Leopoldo: Sinodal. 1980. p. 176-177.

²⁴² BONHOEFFER, 1980, p. 176-177.

²⁴³ BONHOEFFER, 1980, p. 173.

testemunho bíblico. Portanto, não compreendem referenciais e fundamentos coerentes para a *práxis* pastoral diante do sofrimento humano. Pastoralmente são impróprias podendo, inclusive, potencializar o sofrimento num contexto de um CTI.

Todavia, no momento em que se procurou analisar essas imagens de Deus à luz do testemunho bíblico, descortinaram-se outras inúmeras imagens. Em verdade, estabeleceu-se um “confronto” entre estas e aquelas. Ou seja, a partir do instante em que se atentou para a feição (ou as feições) do Deus-*bíblico*, as imagens de um Deus-*juiz*, *apático* e *sádico* deram lugar para imagens de um Deus-*da-graça*, *da-paixão* e que está *conosco*.

Essas imagens se fundem em plenitude na vida e no ministério de Jesus Cristo. Ele agiu *gratuitamente* junto aos que sofrem; revelou em plenitude o amor de Deus em Sua *paixão*; e, em Sua cruz, revelou radicalmente o Deus-*Emanuel*: o Deus *conosco* e *por nós* (Rm. 8.31) no sofrimento.

O Evangelho afirma que Deus justifica o ser humano mediante a Sua graça. Essa imagem:

Provém das experiências do povo de Israel com seu Deus. Basta remeter ao exemplo de Abraão. Sobretudo, porém, ela provém de Jesus Cristo, que se portou como filho desse Deus, em cujo nome se sabia enviado. Seu falar e agir era justificação por graça. Certamente foi Paulo quem, pela primeira vez, esboçou algo como uma “doutrina” da justificação. Mas esta doutrina tem em Jesus sua origem e está ancorada em sua vida, sua morte e ressurreição. O reino de Deus, proclamado por Jesus e antecipado em poderosos sinais, outra coisa não é senão a revelação da misericórdia de Deus.²⁴⁴

A justificação por graça, em Jesus Cristo, tem relação com salvar vidas, devolver dignidade e apagar a culpa. Essa mensagem da justificação, tendo em vista o sentimento de culpa que acompanha inúmeras pessoas quando do confronto com o sofrimento, que afirmam, entre outros, serem merecedoras desse “sofrer”, pode ser um alento e consolo, tal qual um bálsamo em suas dores e angústias existenciais. Pastoralmente, testemunhar, junto aos que sofrem, a mensagem da gratuidade do amor de Deus, significa ir ao encontro do “outro” e “cuidar” das suas “feridas”.

O Deus revelado em Jesus Cristo, como visto, não é *apático*, mas profundamente *apaixonado*. Moltmann afirma:

No ponto central de nossa fé, está um acontecimento: *a paixão de Cristo*. Deve-se tomar isso ao pé da letra, ou seja, no duplo sentido da palavra *paixão*: A história de

²⁴⁴ BRAKEMEIER, 2002, p. 89.

Cristo é a história de uma grande paixão, de um amor apaixonado. Com isso, e justamente por isso, ela se tornou também a história de uma agonia mortal.²⁴⁵

O sofrimento do Cristo *apaixonado* compreende o ponto central da fé cristã. Esse sofrer de Jesus no madeiro revela que Deus está junto do sofrimento. “Para onde Cristo, o Filho, vai, também vai o Pai junto. Na entrega do Filho reconhece-se também a entrega do Pai”.²⁴⁶ Assim, compreende-se a passagem do Evangelho de João na qual Jesus postula: “Quem me vê a mim vê o Pai.” (Jo. 14.9). Ou seja, Deus está pessoalmente presente *em e no* Cristo que vive, morre e ressuscita. Todavia, pode-se questionar: por que Deus assumiu esse sofrimento de Cristo?

Há duas respostas a essa pergunta: primeiro, para estar *ao nosso lado*, nos nossos sofrimentos e estar conosco nas nossas dores, portanto: a *solidariedade de Deus* para conosco; segundo, para estar *por nós* na nossa culpa, para livrar-nos de seu peso, portanto: o *Deus que assume* o nosso lugar.²⁴⁷

Jesus Cristo assume, no sentido literal da palavra, a condição de *irmão* de todo e qualquer ser humano. A Sua solidariedade é radical, pois: “Antes a si mesmo se esvaziou, assumindo a forma de servo, tornando-se em semelhança de homens; e reconhecendo em figura humana, a si mesmo se humilhou, tornando-se obediente até à morte e morte de cruz” (Fl. 2.7-8).

Quem crê no *Deus compassivo* reconhece seu sofrer em Deus e Deus no seu sofrer e em comunhão com ele encontra forças, apesar da dor e das aflições, para permanecer no amor e não se tornar amargo. Por que Deus permite isso tudo [o sofrimento], não sabemos. E, mesmo se soubéssemos, isso não nos ajudaria a viver. Se descobrirmos, no entanto, onde está Deus e experimentarmos sua presença no nosso sofrer, encontrar-nos-emos na fonte de onde brota novamente a vida.²⁴⁸

O autor dessas palavras, reconhecido como o “teólogo da esperança”, vai ao encontro daquilo que se asseverou anteriormente, ou seja, que os referenciais bíblicos a partir dos quais se possa fundamentar o cuidado pastoral num contexto de um CTI, necessariamente devem ir ao encontro do sofrimento, mas também da esperança humana por cura e dignidade de vida. Assim sendo, quando Moltmann apresenta Deus como a “fonte de onde brota novamente a vida”, o autor sustenta que a esperança tem por conteúdo, não somente o Deus da cruz, que

²⁴⁵ MOLTSMANN, 1996, p. 34.

²⁴⁶ MOLTSMANN, 1996, p. 41.

²⁴⁷ MOLTSMANN, 1996, p. 41.

²⁴⁸ MOLTSMANN, 1996, p. 49.

está *conosco* no sofrimento, mas também o Deus da Páscoa, que vence a morte e a dor, sendo, portanto, essa imagem divina o fundamento cristão da esperança humana por vida plena.

Por conseguinte, o cuidado pastoral se alicerça numa teologia bíblica que consola o ser humano diante do sofrimento e que sustenta a sua esperança de vida. Nesse sentido, as imagens do Deus-*Emanuel*, da *graça* e da *paixão* encerram essa busca por referenciais bíblicos. Pois, são fontes de consolo e mananciais de esperança. Portanto, compreendem os referenciais bíblicos do cuidado pastoral diante do sofrimento.

2.4 Considerações finais

O ser humano, quando do confronto com o sofrimento, especula, reflete, revolta-se, retrai-se, crê, desiste de crer, fica apático, sádico. Enfim, cada qual reage de sua maneira e do seu jeito.

Pastoralmente, torna-se importante perceber que o sofrimento tangencia uma dimensão individual da vida humana. Isso é, um familiar ou um pastor, por exemplo, podem chorar ou sofrer diante de alguém acometido por uma doença grave, mas não poderão afirmar: “Eu sei como você se sente!”. Talvez, sinceramente compartilhar: “Eu imagino como você se sente!”.

Todo trabalho pastoral que tenha como fundamento o Evangelho se reveste de humildade junto aos que sofrem. Bem por isso, respeita o jeito do outro ser outro, pois na Igreja de Jesus Cristo ninguém é dono da verdade.

Assim sendo, respostas humanas diante do sofrimento, independente das imagens divinas que elas revelam, devem ser ouvidas e não rechaçadas. Mesmo que o testemunho bíblico sustente a perspectiva do Deus da *graça*, da *paixão* e *conosco* no sofrimento, para determinada pessoa a imagem de um Deus-*juiz*, por exemplo, pode trazer mais compreensão para o seu sofrer. Lembremo-nos de pacientes cristãos por nós visitados, que não queriam “mexer” nas suas imagens de Deus, mesmo estas não estando em consonância com o testemunho bíblico. Um senhor, certa vez, disse: “Eu preciso disso, não quero mexer nisso agora, preciso desse Deus neste momento”.

Com essas palavras, aprendemos que, por vezes, a nossa postura pastoral, de respeito e de humildade, torna-se suficiente para determinada pessoa. Pois é o Deus da *graça* que justifica a nossa ação (ou não-ação) diante do paciente e a dele diante de nós. Não por último, é essa imagem de Deus que nos faz ir ao encontro do outro e assisti-lo dentro de sua vontade e condição de vida.

Assim, na medida em que a busca por referenciais bíblicos para o cuidado pastoral num contexto de sofrimento foi alcançada quando se chegou na imagem do Deus-*bíblico*, não se necessita, enquanto agente pastoral, defender enfaticamente essa imagem do divino. Entende-se que cuidadores pastorais devem se sentir chamados a testemunhá-Lo humildemente, também através de um calar, de um sorriso, de um olhar atento junto aos que sofrem.

Isso, evidentemente, como já descrito anteriormente, não significa alimentar imagens distorcidas de Deus junto ao leito de um CTI, tendo em vista a fé ou a crença de outra pessoa. Isso levaria ao barateamento da *graça* divina! Nesse sentido, deve-se testemunhar a imagem do Deus-*bíblico*, ou seja, da-*graça*, mas, igualmente, asseverar que há imagens ou feições distorcidas de Deus que podem ferir e machucar. Em frente ao paciente que elabora a imagem de um Deus-*juiz*, *apático* ou *sádico* diante do seu sofrer, testemunhar o Deus-do-*Evangelho* pode trazer consolo, reorientação de vida e de fé, bem como ser fonte de esperança para essa pessoa.

Em verdade, a questão é melindrosa! Ao mesmo tempo em que os referenciais bíblicos foram *buscados* e *achados* na imagem de um Deus *graciosa*, *apaixonado* e que está *conosco*, essas imagens divinas, por princípio evangélico, jamais deverão ser impostas. Afinal, toda e qualquer imposição pastoral anularia a principal vocação desta: anunciar o Deus-da-*graça* que acolhe incondicionalmente a Sua criação. O próprio Cristo, em seu ministério, sempre propôs e não impôs, convidou e não convocou, atuou no indicativo e não no imperativo.

Com isso, quer se afirmar que a prática do cuidado pastoral requer sensibilidade e sensibilidade por parte dos seus agentes. As pessoas visitadas não devem ser compreendidas como *tabulas rasas* que podem ser moldadas teologicamente a bel prazer por agentes pastorais irresponsáveis, pois toda pessoa é agente de sua vida e, portanto, também de sua fé, de sua crença e de sua esperança. Nesse sentido, *buscaram-se* referenciais que vão ao encontro do outro em seu sofrer; que deixam o outro ser outro; que possam levar consolo e não acusação.

Portanto, a imagem do Deus-*bíblico* foi, tal qual, bálsamo nessa *busca*, pois o Deus-*Emanuel*, da *graça* e da *paixão* autoriza e vocaciona pessoas a serem testemunhas de um Deus que sofre com e por nós nas sextas da Paixão da vida, mas que, igualmente, envolve-nos de esperança, convidando-nos a sermos, e sempre de novo, filhos e filhas da Páscoa. E isso na hora da vida ou na hora de sua entrega nas mãos do Deus-Pai: a hora da morte.

3 O SER HUMANO DIANTE DA MORTE: BUSCANDO UM REFERENCIAL TEOLÓGICO

No momento em que se estabelece como foco de investigação os referenciais bíblico-teológicos do cuidado pastoral no contexto de um CTI, assume-se um natural e consequente compromisso de também investigar uma realidade (ou um fato) bastante presente nesse ambiente: a morte.

A perspectiva da morte e do morrer, invariavelmente, está atrelada ao CTI. E isso devido à relativa alta taxa de mortalidade encontrada nesses Centros de Tratamento, bem como a proximidade cotidiana com situações limítrofes de vida.

Numa aproximação ao tema, inicia-se este capítulo trazendo enfoques sociais e perspectivas biomédicos em torno do assunto. A seguir, envereda-se para a reflexão teológica, tendo em vista o objetivo preponderante desta parte da pesquisa: *buscar* um referencial teológico para o cuidado pastoral diante da morte e da terminalidade de vida. Partindo dessa reflexão, será abordada a temática da *resistência* e da *submissão* frente à morte num CTI e, encerra-se o capítulo, atentando brevemente para uma obra literário do século XIV e para um *Sermão* de Lutero. Esses textos trazem aportes e perspectivas mais pastorais em torno do presente tema.

3.1 Sobre a morte

Certo dia, ao adentrar no “Box” de uma pessoa internada no CTI-Adulto, e perceber que se tratava de uma senhora consciente, apresentei-me como de costume. Em seguida, fui questionado pela paciente: “O que é a morte?”. Após sua pergunta começou a chorar...

A morte assusta, comove, faz chorar. É difícil aceitá-la; *submeter-se* a ela. No entanto, sabemos que vamos morrer, ou seja, a morte faz parte da vida. Aliás, ela autoriza a vida: é seu pressuposto.²⁴⁹

3.1.1 A morte como pressuposto da vida

Estima-se em bilhões – mais de seis bilhões – o número de seres humanos que no presente momento habitam o planeta Terra. O que aconteceria com o fim da morte humana? A resposta para esta questão é óbvia: entupiria o espaço de vida e armaria a bomba-relógio da

²⁴⁹ BRAKEMEIER, 2002, p. 172.

superpopulação. Quer dizer, uma possível imortalidade humana geraria caos e consequências catastróficas sem precedentes. Não haveria acesso a alimentos e água potável, nem lugar para viver e se desenvolver. A ausência da morte interromperia o ciclo da vida, pois ela é sucessiva e não cumulativa. Ela tem natureza histórica, isso é, um início e um fim.²⁵⁰

Para evitar o excesso de vida, as células dos organismos mais complexos desenvolveram um mecanismo que as faz envelhecer e então morrer. É uma proteção contra a proliferação descontrolada que enfim destrói. Conseqüentemente, o ser humano, ao interferir nesse processo, assume enorme responsabilidade. Ao empenhar-se na redução das taxas de mortalidade infantil e no aumento da expectativa de vida das pessoas – objetivos de inquestionável legitimidade – deve obrigatoriamente achar formas de controlar a natalidade.²⁵¹

Também num outro sentido, a morte pode ser vista como um pressuposto da vida. Lavoisier certa vez concluiu: “Na natureza, nada se cria, nada se perde, tudo se transforma!”. Ou seja, cadáver é adubo, animais pastam e fazem caça. Para os seres humanos, vale coisa análoga, pois necessitamos de alimentos orgânicos. Nesse sentido, é correto afirmar: matamos para viver, pois a “vida de vida se nutre”.²⁵² Portanto, a morte compreende uma necessidade vital para o reino animal e vegetal. A *submissão* da vida frente à morte é uma necessidade biológica. A morte compreende o pressuposto da vida!

3.1.2 A morte como problema humano

Na natureza, observa-se não apenas a *submissão*, mas, principalmente, a *resistência* frente à morte. Instintivamente, todos os seres vivos lutam contra ela. Para tanto, basta atentar para a própria natureza. Animais expressam sinais de medo diante do perigo; fogem ou lutam para sobreviver, correm da morte iminente. Quer dizer, se por um lado a morte é natural, por outro, a resistência perante ela também o é. Assim, a morte, mesmo compreendendo o pressuposto da vida, é encarada como sua inimiga, o grande mal a ser combatido. Portanto, a morte, “em sua ‘naturalidade’, não deixa de ser sentida como ‘antinatural’”.²⁵³

Entretanto, é preciso fazer uma distinção. A morte nem sempre significa a mesma coisa. Nesse instante, no qual escrevemos as presentes palavras, morrem células do nosso corpo. Ou seja, a morte recebe contornos de dramaticidade na medida em que organismos e seres vivos alcançam níveis mais complexos.

²⁵⁰ BRAKEMEIER, 2002, p. 172-173.

²⁵¹ BRAKEMEIER, 2002, p. 173.

²⁵² BRAKEMEIER, 2002, p. 173.

²⁵³ BRAKEMEIER, 2002, p. 173.

A mosca presa entre os dedos de uma pessoa luta tão convulsivamente quanto um ser humano entre as garras de um assassino, como se soubesse do perigo que corre. Mas os movimentos defensivos da mosca, quando em perigo mortal, são um dom não-aprendido de sua espécie. Uma mãe macaca pode carregar sua cria morta durante certo tempo antes de largá-la em algum lugar e perdê-la. Nada sabe da morte, da de sua cria ou de sua própria.²⁵⁴

O ser humano é o ser da interrogação. Ele se preocupa em entender a vida e caminha em busca do sentido de sua existência: “busca compreender o sentido de suas ações, a particularidade de seus gostos, o significado de sua relação com os outros e com o mundo”.²⁵⁵ É intrínseco ao ser humano a sua capacidade de admirar e auscultar a vida. “Essa capacidade fez com que o ser humano, diante da terminalidade de todas as formas de vida, incluindo plantas, animais e seus pares humanos, tomasse consciência de sua própria finitude”.²⁵⁶ Assim sendo, parece unânime a ideia da morte enquanto problema tipicamente humano, pois somente este pensa a sua morte.

Como já descrito acima, a vida é sucessiva e não cumulativa. Ela compreende uma grandeza temporal: tem um início e um fim. Por conseguinte, a morte se torna um problema na medida em que o ser humano é um ser temporal e tem consciência do tempo, por conseguinte, de sua finitude.²⁵⁷ “Enquanto ser *situado* no mundo, e da consciência de minha *finitude*, descubro-me como *ser mortal*”.²⁵⁸ E é precisamente a consciência do fim – da finitude da vida – que lança sombras sobre toda a existência humana, pois “em verdade, não é a morte, mas o conhecimento da morte que cria problemas para os seres humanos”.²⁵⁹

A morte é o problema último; a *situação-limite* do ser humano. É uma realidade *radical*, pois desapropria de modo *radical* a existência humana. Contra ela, *a priori*, o ser humano nada pode. A morte desnuda e arrebatada a pessoa humana; corta as relações sociais e provoca perdas dolorosas; concretiza a experiência do *não-poder* e da absoluta impotência. Conforme Nodari, essa impotência humana diante da morte é percebida em duas perspectivas:

Por um lado, o homem se descobre como ser mortal. Ele sabe que morrerá. Ele não sabe quando, mas sabe-se mortal. E isso, segundo Tugendhat, causa-nos medo. Temos medo diante da morte (*Angst vor dem Tod*). E, por outro, o homem não pode

²⁵⁴ ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001. p. 11.

²⁵⁵ NODARI, Paulo César. Breves considerações filosóficas acerca da morte. In: BRUSTOLIN, Leomar Antônio (Org.). **Morte: uma abordagem para a vida**. Porto Alegre: EST Edições, 2007. p. 26-46. p. 26.

²⁵⁶ HEIMANN, Thomas. Face a face com Deus: A espiritualidade diante da morte e do morrer. In: HOCH, Lothar Carlos; HEIMANN, Thomas (Orgs.). **Aconselhamento Pastoral e Espiritualidade**. São Leopoldo: Sinodal, 2008. p. 42-58. p. 43.

²⁵⁷ NODARI, 2007, p. 39.

²⁵⁸ NODARI, 2007, p. 45.

²⁵⁹ ELIAS, 2001, p. 11.

falar da experiência própria da morte. A experiência da morte não aparece como experiência minha em relação a mim mesmo. O que não é consciência da experiência pessoal, torna-se objeto de conhecimento, através da experiência de outros. Ao homem não lhe é dada a possibilidade de colocar a experiência da própria morte como objeto de conhecimento próprio. Ao fazer e vivenciar a experiência da morte, o homem já não é mais. A morte é o fenômeno cuja descrição não pode fazê-la quem a experimenta. Ele já está morto.²⁶⁰

Aliás, por definição, a morte não compreende um objeto de experiência histórica e empírica, afinal, no “momento da passagem” não é possível qualquer comunicação com os vivos. Apenas pode ser objeto de observação o comportamento humano *antes* da morte e *depois* dela, “mas a própria morte escapa-se, no próprio instante da sua realização, a qualquer observador externo”.²⁶¹ Sabe-se aquilo que a rodeia e não sua realidade profunda. Conhecem-se os fenômenos empíricos que levam à morte, que a acompanham e que a seguem, contudo, não se consegue “agarrar” especificamente esse “objeto”, segundo uma metodologia empírica.²⁶²

A partir do exposto até o presente momento, ressalta-se a ambiguidade biológica da morte, ou seja, ela é o pressuposto da vida, mas também um problema especificamente humano. Quer dizer, ela é necessária e, ainda assim, gera inconformidade.

3.1.3 O ser humano como um ser-para-a-morte

A morte é mais que um *acontecimento*, ela é uma *característica* do ser humano. Sustenta-se, então, que a morte não pode ser compreendida como um simples *acontecimento* biológico e corpóreo. Ainda que sua base seja biológica, a morte – enquanto *característica* do ser humano – é um processo que tangencia a totalidade da caminhada da vida e está presente na consciência do ser.²⁶³ Em verdade, apenas morre quem tem consciência da morte, quem se coloca o problema.²⁶⁴

A morte não é uma realidade extrínseca que sobrevém à existência e à vida humana. Por conseguinte, “se a vida e a morte são conceitos intimamente relacionados entre si, e, se a vida e a morte não podem ser considerados meros objetos de descrição bioquímica, então, a

²⁶⁰ NODARI, 2007, p. 39.

²⁶¹ BONDOLFI, A. Morte. In: LEONE, Salvino; PRIVITERA, Salvatore; CUNHA, Jorge Teixeira da (Coord.). **Dicionário de Bioética**. Tradução de A. Maia da Rocha. Aparecida: Santuário, 2001, p. 745-747. p. 745.

²⁶² BONDOLFI, 2001, p. 745.

²⁶³ NODARI, 2007, p. 39.

²⁶⁴ KUNRATH, Pedro Alberto. A morte e o morrer: tabu, fracasso ou plenitude? In: BRUSTOLIN, Leomar Antônio (Org.). **Morte: uma abordagem para a vida**. Porto Alegre: EST Edições, 2007, p. 47-57. p. 48.

vida e a morte são conceitos imbricados um no outro”.²⁶⁵ Portanto, como *característica* humana, a morte pertence à vida e lhe é fundamental. Assim sendo, na medida em que vivemos, experimentamos a morte como dimensão e *característica* essencial da nossa existência temporal.²⁶⁶

Nesse sentido, a morte não pode ser meramente interpretada como um mal. Na medida em que ela *caracteriza* aquilo que é humano, ela possibilita a pessoa assumir a sua autenticidade. Em outros termos: o ser humano desperta, a partir da consciência de sua morte, a sua autenticidade enquanto ser vivo. Assim sendo, entende-se Heidegger, quando ele define o ser humano como um *ser-para-a-morte* (*Sein-zum-Tode*).²⁶⁷

Cabe caracterizar o ser-para-a-morte como *ser para possibilidade* e, na verdade, para uma possibilidade privilegiada da própria pre-sença. Ser para uma possibilidade, ou seja, para algo possível, pode significar: empenhar-se por algo possível, no sentido de ocupar-se de sua realização.²⁶⁸

A partir da consciência de sua morte, o ser humano tem a *possibilidade* de uma existência verdadeiramente autêntica: de um reconhecer de si mesmo. Bem por isso, a morte não pode ser camuflada e esquecida. Ali onde a consciência da morte é negligenciada e afastada a existência humana passa a ser inautêntica, afinal a pura e simples *resistência* frente a ela é fictícia e ilusória. Essa ilusão – cedo ou tarde – acabará em desengano e a caminhada da vida em desespero.

As distintas posições e atitudes humanas frente à morte – que vão desde a postura heróica até a desesperada; da revolta até o suicídio, da negação da morte até a bagatelização da vida – implicam diversas conceituações e concepções de vida que moldam o sentido de vida de cada pessoa.

Ressalta-se então, o ser humano – enquanto *ser-para-a-morte* – deve buscar o sentido de sua existência e moldar a sua realização existencial em meio à perturbadora, mas fundamental, consciência de seu fim. É certo que:

A morte em si mesma não educa o homem, porque ameaça sua existência. Contudo, ser consciente de sua condição mortal é pedagógico, para o homem. Ou pode sê-lo, sempre que a consciência não seja reprimida, senão acolhida livre e abertamente.²⁶⁹

²⁶⁵ NODARI, 2007, p. 40.

²⁶⁶ NODARI, 2007, p. 39-40.

²⁶⁷ NODARI, 2007, p. 41.

²⁶⁸ NODARI, 2007, p. 41.

²⁶⁹ NODARI, 2007, p. 44.

Morrer, pois, não é algo instantâneo, mas um processo natural, devendo ser acolhido – e não reprimido – de uma maneira consciente. Assim sendo, “a presença da morte na existência não se veste de luto, mas de serenidade e irrevogabilidade das decisões. Uma vida pensada sem morte perde-se, no final, na total irresponsabilidade”.²⁷⁰ Portanto, o ser humano autêntico, diante de sua temporalidade, é ao mesmo tempo consciente para a morte e consciente contra a morte. *Resiste* conscientemente e *submete-se* autenticamente ao morrer diário. No entanto, será a autenticidade diante da morte uma característica do ser humano hodierno?

3.1.4 A morte nos horizontes da atualidade

Neste espaço, pretende-se trazer algumas noções gerais a respeito de como a morte é encarada pela atual sociedade, especificamente, ocidental. Interessante perceber que a grande maioria dos autores consultados para a confecção desta pesquisa afirmam, entre outros, que a questão da morte perdeu atualidade, foi escamoteada para a linha de fundo da vida, camuflada ou retocada.

De fato, basta verificar o tabu criado em torno dela na atual sociedade. Nesse contexto, a morte é encarada como um inquebrantável tabu. O próprio termo “morte” é evitado. Fala-se muito mais em falecimento, desaparecimento, ou ainda, “fulano passou dessa para uma melhor”.

Entretanto, até o século passado, o complexo processo de morte-morrer era compreendido e aceito como algo bastante natural. Caso se pudesse retroceder alguns séculos, veria-se uma sociedade convivendo naturalmente e diariamente com a morte, causada tanto por pestes e guerras como pela falta de condições sanitárias mínimas.²⁷¹

Na sociedade deste século, entretanto, parece que se perdeu o contato com a morte ou com a pessoa em terminalidade de vida, tantas vezes reclusa em modernas CTI's. Em nossa atividade pastoral, temos percebido e vivido o citado acima. As pessoas – com acesso a uma assistência hospitalar digna – em grande medida, morrem nos hospitais. Contudo, o que de fato chama atenção é o grande número de pessoas idosas internadas num ambiente de cuidados intensivos, sobretudo, em hospitais privados. Não raras vezes se “despendem” da vida longe do aconchego do lar e de familiares, rodeadas de equipamentos de ponta, por

²⁷⁰ BINGEMER, Maria Clara; LIBÂNIO, João Batista. **Escatologia cristã**: o novo céu e a nova terra. Petrópolis: Vozes, 1985. p. 159.

²⁷¹ KUNRATH, 2007, p. 48.

vezes, respirando com suporte da ventilação mecânica e assistidas por cuidadores profissionais. De certa forma, a morte se tornou um fenômeno técnico e profissional. Os progressos na área médica transformam definitivamente a “arte” de morrer.

Com o exposto, não se pretende tecer julgamentos frente a esse “novo jeito de morrer”. Todavia, apontar para um fato: não se morre mais como antes. Nesse sentido, a morte deixou de ser algo natural. Os progressos na área da saúde pública e na medicina transformaram o modo de morrer nas sociedades modernas. Outrora, quando o médico nada podia fazer pelo doente, a última etapa da vida era vivida no seio da família, e o médico se retirava. Hoje, ao contrário, os últimos momentos da vida são entregues aos hospitais e as pessoas em terminalidade de vida, acompanhados por uma assistência técnico-médica e não familiar.²⁷²

A medicina moderna, como visto no primeiro capítulo, não apenas é capaz de curar e de prolongar a sobrevivência humana, mas consegue manter algumas funções básicas e vitais de um organismo já diagnosticado como estando morto. Hodiernamente, pode-se afirmar que o processo do morrer pode ser controlado ou dominado. Por vezes, isso pode levar a uma obstinação terapêutica, ou seja, a uma *resistência* técnico-médica absoluta e radical que não deixa morrer. Mas também pode levar ao apressamento da morte, quer dizer, o *submeter-se* à morte de uma forma antecipada.

Cabe ressaltar que, a mudança no processo de “morte e morrer” não é uma consequência apenas dos avanços técnico-médicos, mas, igualmente, fruto de um processo cultural que se iniciou no século XIX nos países industrializados. Um processo, na sociedade ocidental hodierna, bastante alastrado e difundido.

A pessoa em terminalidade de vida é crescentemente privada do seu processo de morrer. É excluída de sua morte, porque está inconsciente ou dopada. A família, que antes tomava conta dessa pessoa, hoje transfere a responsabilidade aos profissionais da saúde e às funerárias. “O ser humano é sempre mais expropriado do seu morrer, e a morte é mercantilizada e fetichizada”.²⁷³

A sociedade capitalista, do consumo e do bem-estar incondicional, conjuga a vida de uma forma hedonista e narcisista. Apenas vale viver onde houver possibilidade de satisfação, prazer e consumo. É o *way of live* contemporâneo! Por conseguinte, onde houver dor e sofrimento não existirá nenhum antídoto capaz de trazer sentido razoável para a vida. Essa

²⁷² JUNGES, José Roque. Enfoque bioético da morte. In: BRUSTOLIN, Leomar Antônio (Org.). **Morte**: uma abordagem para a vida. Porto Alegre: EST Edições, 2007. p. 58-66. p. 58.

²⁷³ JUNGES, 2007, p. 58.

falta de antídoto dificulta o cuidado e a solidariedade para com as pessoas que sofrem, afinal, existe, na atual conjuntura, uma total incompatibilidade entre a realização humana e o sofrimento humano.

“Assim como o sofrimento é alijado como um total não-sentido, a morte é arrinconada para os necrotérios. A sociedade capitalista faz desaparecer a presença de moribundos e defuntos da vida cotidiana”.²⁷⁴ Por conseguinte, o morto é assumido por instituições especializadas: as funerárias. Estas gerenciam e maquilam a morte. Parece, inclusive, existir uma “etiqueta fúnebre” a ser rigorosamente seguida, onde as lágrimas devem ser evitadas ou escorrer por detrás de óculos de sombra.²⁷⁵

A morte, “tão presente e familiar no passado, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto de interdição”.²⁷⁶ Conforme Hoch:

Na geração anterior à nossa, pelo menos em nossa sociedade ocidental, costumava-se tabuizar o nascimento enquanto se observava um relacionamento bastante natural com a morte. Hoje está ocorrendo o inverso: fala-se com mais realismo sobre o nascimento e, de maneira crescente, o tema da morte é evitado ou reprimido.²⁷⁷

A partir da revolução sexual, o sexo deixou de ser tabu. Não se engana mais uma criança com a história da cegonha. Ela o compreende e o encara com naturalidade e realismo. Hodiernamente, a morte é o tabu. Antigamente, as crianças eram confrontadas sadicamente com a morte, afinal acompanhavam de perto o falecimento do familiar ou do vizinho no lar. Hoje, elas são afastadas dos atos fúnebres. Nega-se a uma criança ver o morto num caixão. Inventam-se histórias, como: “a avó falecida foi fazer uma viagem” ou “se tornou uma estrela”. Ou seja, a morte é omitida e camuflada.

Antes a tabuização sexual era exigida para preservar a procriação como modo de vencer a morte. Hoje o sexo não está mais associado à procriação, porque a medicina é o caminho cultural de vencer a morte. O sexo destabuizado está livre para o prazer. Mas a medicina não é a vitória sobre a morte, porque ela continua a ser inevitável. Por isso, como reverso da destabuização do sexo aconteceu a tabuização da morte, pois morte e sexo estão simbolicamente interligados.²⁷⁸

²⁷⁴ JUNGES, 2007, p. 59.

²⁷⁵ KUNRATH, 2007, p. 48.

²⁷⁶ PESSINI, Léo. **Eutanásia e América Latina** – questões ético-teológicas. Aparecida: Santuário, 1990. p. 22-23.

²⁷⁷ HOCH, Lothar Carlos. As minhas lágrimas têm sido o meu alimento. Desafios pastorais no trabalho com enlutados. In: HOCH, Lothar Carlos; HEIMANN, Thomas (Orgs.). **Aconselhamento Pastoral e Espiritualidade**. São Leopoldo: Sinodal, 2008. p. 59-74. p. 59.

²⁷⁸ JUNGES, 2007, p. 59.

Paradoxalmente, contudo, acontece uma “espetacularização” da morte na mídia. Filmes – do tipo “Rambo” – recebem terreno fértil e público certo. Videogames violentos e jornais sensacionalistas vendem fácil. As notícias diárias acerca de assassinatos e mortes violentas parecem fazer com que as pessoas se acostumem com os fatos. Levando, nesse sentido, a uma naturalização do significado da morte e negando o seu impacto social.

Em verdade, a morte parece ser bagatelizada: seja negando-a ou explorando-a comercialmente. O pano de fundo dessa negação ou exploração é uma sociedade que concentra as suas ações e reações no apego excessivo à vida presente.

O apego excessivo à vida e a negação da morte deixam o homem solitário e desprotegido diante de sua ilusória fantasia de poder, que sucumbe perante o irracional de sua finitude. A desvalorização do mito da morte, fruto de uma cultura moderna e dissociada, baseada na razão e na tecnologia, deixa o homem atual distanciado dos movimentos arquetípos da transformação e do confronto com a morte.²⁷⁹

Por conseguinte, vive-se numa época de busca pela eterna fonte ou pílula da juventude! “O flagelo humano em todos os tempos e lugares – a morte – reabre a cicatriz narcísica da cultura ocidental, pretensamente hegemônica, e desnuda com a morte”.²⁸⁰ *Fitness*, cirurgias plásticas, cremes de rejuvenescimento, entre outros, têm algo em comum: o pavor diante da morte.

Lembramo-nos de uma senhora que visitamos certa vez no hospital. Em nossa conversa, compartilhou conosco o seu medo diante do morrer e da morte. Conforme ela, o pavor era tamanho que resolveu procurar ajuda pastoral. O pastor que a atendeu deu-lhe uma tarefa de casa: escrever num bilhete o termo “morte” e jogá-lo ao fogo. O argumento do pastor foi o seguinte: “Jesus venceu e derrotou a morte, então, devemos nós fazer o mesmo!”. Perguntamos para a paciente se, de fato, o seu medo da morte desapareceu após tal proceder. A resposta foi curta e seca: Não!

Trazemos esse exemplo da nossa prática pastoral a fim de ilustrar, não o pavor humano frente à morte, este é natural, mas a consequência desse pavor: “queimar a morte”, isso é, jogá-la no esquecimento como uma tentativa de escapar dela.

Tanto a paciente quanto o pastor parecem exemplificar a postura social hodierna frente à morte: “jogar ao fogo a morte”, tentando derrotá-la, negando-a. Entretanto, as brasas

²⁷⁹ CALLIA, Marcos H. P. Apresentando a morte. In: OLIVEIRA, Marcos Fleury de; CALLIA, Marcos H. P. (Orgs.). **Reflexões sobre a morte no Brasil**. São Paulo: Paulus, 2005. p.7-16. p. 13.

²⁸⁰ NOÉ, Sidnei Vilmar. A morte bem-aventurada: Lutero e a *ars moriendi*. In: HOCH, Lothar Carlos; WONDRAČEK, Karin (Orgs.). **Bioética: avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar**. São Leopoldo: Sinodal, 2006. p. 77-84. p. 77.

do fogo permanecem. São os resquícios gélidos de que a morte permanece viva e presente. Portanto, “não é na tentativa de fazer morrer logicamente a morte que se alcança a vida sem defeito ou a serenidade”,²⁸¹ pois, ao se desconstruir o sentido da morte, desconstrói-se o sentido da vida.²⁸²

Por isso, é preciso resgatar, no mundo atual, a consciência da morte, o que não deve ser entendido como uma preocupação mórbida, doentia. Não estamos sugerindo que o homem deva viver obcecado, obstinado, pela morte inevitável. Tal atitude seria pessimista e paralisante. Ao contrário, pensamos que, ao assumir a finitude da vida, podemos reavaliar nosso comportamento, nossas escolhas, e proceder a uma diferente hierarquização de valores.²⁸³

Portanto, censurar a existência da morte do cotidiano do ser humano acaba contribuindo para uma própria atenuação da identidade humana e tolhe-se de uma forma radical o sentido da vida e os projetos de vida, tão necessários para uma concepção adequada da própria existência humana.²⁸⁴

3.1.5 *Enfoque biomédico da morte*

Até o presente momento, teceu-se uma reflexão mais social do que conceitual em torno da temática. Doravante, pretende-se clarear o termo ou o conceito “morte”. Desse modo, a pergunta central e que irá nortear a pesquisa subsequente é: do ponto de vista médico-científico, qual é a concepção de morte?

Hipócrates, considerado o pai da medicina, 500 anos antes do nascimento de Jesus Cristo, definiu o instante da morte ou a pessoa que acabara de falecer da seguinte maneira:

Testa enrugada e árida, olhos cavos, nariz saliente, cercado de coloração escura. Têmporas deprimidas, cavas e enrugadas, queixo franzino e endurecido, epiderme seca, lívida e plúmbea, pêlos das narinas e dos cílios cobertos por uma espécie de poeira, de um branco fosco, fisionomia nitidamente conturbada e irreconhecível.²⁸⁵

²⁸¹ PAOLO, Giannoni. Morte e morrer. In.: VENDRAME, Calisto; PESSINI, Leocir (Dir.). **Dicionário Interdisciplinar da pastoral da saúde**. Tradução de Calisto Vendrame et. al. São Paulo: Paulus, 1999. p. 822-827. p. 823.

²⁸² PAOLO, 1999, p. 823.

²⁸³ ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando: Introdução à filosofia**. São Paulo: Moderna, 1986. p. 371.

²⁸⁴ PAOLO, 1999, p. 824.

²⁸⁵ BARIBRITONTAIN, Cristian de Paul. Morte encefálica. In.: VENDRAME, Calisto; PESSINI, Leocir (Dir.). **Dicionário Interdisciplinar da pastoral da saúde**. Tradução de Calisto Vendrame et. al. São Paulo: Paulus, 1999. p. 827-829. p. 827.

Ou seja, o critério para se dizer que alguém estava morto era estritamente baseado na aparência e na fisionomia. Evidente, hodiernamente, a concepção de “morte” é radicalmente distinta. Por sinal, essa concepção sofreu importantes mudanças nas últimas décadas.

Até pouco tempo, costumava-se diagnosticar a morte de uma pessoa por referência às funções cardíacas e pulmonares. A parada cardiorrespiratória era irreversível e, assim, a morte da pessoa era diagnosticada. Portanto, a resposta à questão epistemológica – como se sabe que a pessoa está morta? – era cardiocêntrica.²⁸⁶ Assim sendo, perante o fenômeno da morte, o ser humano era um mero espectador, pois acompanhava o acontecido – a parada da função cardiorrespiratória – sem poder intervir.²⁸⁷

Com o advento de novas tecnologias médicas, dos CTI's sobremaneira, o diagnóstico cardiocêntrico se tornou insuficiente, ou melhor, inadequado e obsoleto. Graças às técnicas de reanimação cardíaca, máquinas de circulação extra-corpóreas e respiradores artificiais, alguém que há décadas seria diagnosticado como morto, pode hodiernamente recobrar a vida. E intervenções, tais como o implante de marca-passos ou o transplante cardíaco, “cortam a conexão entre estar vivo ou morto e o estado dos sistemas cardiorrespiratórios”.²⁸⁸

Por conseguinte, em 1968, o Comitê sobre Morte Cerebral de Harvard sugeriu novos critérios de diagnóstico que acabaram conquistando reconhecimento mundial. Esses critérios se concentram na função cerebral, ou seja, a morte passa a ser constatada quando cessam as funções neurológicas.²⁸⁹ Portanto, o critério de decisão para se diagnosticar a morte do ser humano é o cérebro, ou seja, a morte desse órgão.²⁹⁰

Esse critério foi refinado posteriormente. “A morte funcional permanente do tronco cerebral (ou a ausência irreversível de atividade celular no tronco cerebral) é o precursor imediato da morte cerebral, necessária e suficiente para a morte do cérebro como um todo”.²⁹¹ Isso significa dizer que o indivíduo é diagnosticado como morto quando seu tronco cerebral estiver morto. Mesmo que haja certa atividade residual celular e química no cérebro, é a morte de determinadas áreas cruciais do cérebro que importa.

²⁸⁶ HOLLAND, Stephen. **Bioética**: enfoque filosófico. Tradução Luciana Pudenzi. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2008. p. 99-100.

²⁸⁷ BARIBRITONTAIN, 1999, p. 827.

²⁸⁸ HOLLAND, 2008, p. 100.

²⁸⁹ HOLLAND, 2008, p. 100-101.

²⁹⁰ BARIBRITONTAIN, 1999, p. 827.

²⁹¹ HOLLAND, 2008, p. 100.

Cabe afirmar, então: do ponto de vista médico-científico hodierno, um mundo que contém um indivíduo com morte cerebral contém um cadáver, não uma pessoa. E isso acarreta uma questão conceitual fundamental: “‘morte’ significa morte do cérebro”.²⁹²

Quão dramática é a mudança para o critério da morte cerebral depende da visão geral que se tenha a respeito da morte. Defensores de concepções da morte cerebral com frequência afirmam que a mudança não é tão dramática porque nosso método atual para diagnosticar a morte por referência ao estado do cérebro meramente refina os critérios cardiocêntricos tradicionais. Os mecanismos que controlam o centro respiratório estão situados no tronco cerebral, e, por conseguinte, a falência cardiorrespiratória é acarretada pela morte do tronco cerebral. Segue-se então que, ‘num sentido muito importante, a morte do tronco cerebral não envolve uma nova definição de morte’.²⁹³

Entretanto, Brakemeier se interroga: “A morte cerebral, será ela de fato idêntica à morte da pessoa?”.²⁹⁴ Ou seja, deve se reduzir a pessoalidade às funções cerebrais somente? Como visto, a tendência dominante, isso é, médico-científica, responde afirmativamente essas perguntas. Também Baribritontain postula: “Essa metodologia é precisa: quando determinamos que uma pessoa está em morte cerebral, ela de fato está morta”.²⁹⁵

Não raras vezes, fomos pegos de surpresa no CTI, ao sermos informados da morte de determinada pessoa, mesmo ela, ou melhor, um cadáver, estando com funções cardíacas e respiratórias estáveis, mas mantidas artificialmente. Para um teólogo, um leigo na área médica, portanto, a situação é no mínimo estranha, impacta e leva às interrogações acima feitas, afinal, “estamos perante cadáveres (no sentido próprio do termo) que ‘parecem estar vivos’”.²⁹⁶

Fato é que, para os médicos, especialmente para os neurologistas, coube a difícil tarefa “de decidir se determinado paciente, a despeito dos recursos disponíveis, apresenta ou não cessação irreversível da atividade encefálica”,²⁹⁷ bem como, tornou-se imperiosa para eles a revisão do conceito de morte. E isso, em especial, por dois motivos:

²⁹² HOLLAND, 2008, p. 101.

²⁹³ HOLLAND, 2008, p. 101-102.

²⁹⁴ BRAKEMEIER, 2002, p. 139.

²⁹⁵ BARIBRITONTAIN, 1999, p. 829.

²⁹⁶ BONDOLFI, 2001, p. 746.

²⁹⁷ BARIBRITONTAIN, 1999, p. 827. Para se chegar ao diagnóstico de morte cerebral, os exames devem demonstrar de uma forma inequívoca, uma das seguintes ocorrências: “ausência de atividade elétrica cerebral, de atividade metabólica cerebral, ou ausência de perfusão sanguínea cerebral”. Ao exame neurológico, deve-se “observar o coma aperceptivo, pupilas fixas e arreativas, a ausência dos reflexos córneo-palpebral e oculocefálico, a ausência de resposta às provas calóricas e ao reflexo de tosse, assim como a apnéia”. Cf. BARIBRITONTAIN, 1999, p. 828-829.

- A capacidade da medicina moderna de prolongar indefinidamente uma vida por meios artificiais torna imperativo que se defina a morte encefálica. Tal definição se justifica por motivos sociais, humanos e mesmo econômicos, pois os leitos de terapia intensiva são limitados e dispendiosos, onerando os familiares num caso irrecuperável. Muitas vezes, os esforços para atender sem necessidade à vida vegetativa de um paciente arruinam sua família e desacreditam os médicos;
- Os programas de transplantes exigem órgãos íntegros e hígidos para o seu sucesso, e ativos por ocasião da morte encefálica.²⁹⁸

Quer dizer, a passagem do critério cardiocêntrico de determinação da morte para o critério relacionado ao cérebro tem ou recebe também algum propósito, por conseguinte, para algumas pessoas, esse critério pode ser encarado como sendo de matiz utilitarista. Afinal, como citado, hospitais, por exemplo, não necessitam ocupar recursos intensivos para manter o suporte quando do diagnóstico de “morte cerebral”, bem como, órgãos e tecidos estariam “disponíveis” para eventuais transplantes.

Assevera-se que, no Brasil, caso a pessoa não tenha expressado a sua vontade de ser uma potencial doadora, os parentes mais próximos devem ser consultados e suas escolhas são obrigatoriamente acatadas pela equipe de remoção e de transplantes.²⁹⁹

Já do ponto de vista da ética, o problema da morte cerebral deve estar sempre ligado ao respeito pela pessoa, pois a urgência em relação a órgãos com potencial de transplantes arrisca acelerar os procedimentos de diagnóstico da morte cerebral em determinado indivíduo.³⁰⁰ Isso se constitui numa agressão à dignidade da pessoa, afinal, o corpo humano jamais deve ser compreendido como um “depósito de peças”, pois não se trata das “sobras” de uma pessoa, mas da doação de “algo de si”, portanto, “algo” precioso. “Eis porque a doação de órgãos deve permanecer ‘doação’ e não ser pervertida em simples ‘transferência’, impessoal e automática”.³⁰¹ Respeitando isso, não há o que agredisse a dignidade humana.

Deve-se ressaltar que os critérios para a confirmação da morte cerebral são absolutamente seguros. Além dos exames, o laudo – ou a declaração definitiva – da morte cerebral de determinada pessoa deve ser feito por dois médicos especialistas e que não integram a equipe de remoção, tendo em vista um possível transplante.³⁰² Portanto, o critério da morte cerebral é legítimo e medicamente indicado. Assim sendo, seria impróprio considerar a interrupção da Terapia Intensiva, no caso de morte cerebral diagnosticada, como uma “espécie de eutanásia”. Bem por isso, ressalta-se que os órgãos para possíveis

²⁹⁸ BARIBRITONTAIN, 1999, p. 827.

²⁹⁹ BRAKEMEIER, 2002, p. 138.

³⁰⁰ BARIBRITONTAIN, 1999, p. 829.

³⁰¹ BRAKEMEIER, 2002, p. 138.

³⁰² BARIBRITONTAIN, 1999, p. 829.

transplantes são retirados de um cadáver e não de uma pessoa que poderia ter alguma possibilidade de sobrevivência.³⁰³

Entretanto, na prática pastoral num CTI, percebe-se a dificuldade de se lidar com situações de morte cerebral. A título de ilustração, lembramos de uma visita que fizemos no início da nossa caminhada pastoral neste contexto. Aproximamo-nos do leito e encontramos um senhor desacordado e respirando com o auxílio da ventilação mecânica. Por sinal, uma situação bastante comum num CTI. Como fazemos de costume, falamos com o paciente, isso é, “sussurramos” algumas palavras ou votos próximo a ele. Posteriormente, quando informados da morte cerebral dessa pessoa, conscientizamo-nos de que, em verdade, tínhamos falado com um cadáver e o tratado como se fosse vivo.

Quer dizer, mesmo o diagnóstico de morte cerebral sendo eticamente e medicamente legítimo, ele não impede a presença de outros núcleos com alguma valência moral.

Isto verifica-se sobretudo quando, em ordem a uma futura recolha de órgãos, o cadáver de uma pessoa morta cerebralmente ainda está ventilando e é tratado “como se fosse vivo”. Tal dicotomia é extremamente difícil de suportar, quer pelos parentes do defunto, que não podem ter acesso ao cadáver e proceder ao funeral, quer pelo pessoal paramédico [e assistencial], que é chamado a fazer os gestos típicos, como se tratasse de pessoas vivas. Já diversas organizações de enfermeiros recusaram colaborar em tais situações, levantando “objeções éticas”, neste campo. Mesmo compreendendo essas objeções, são de algum modo justamente classificadas, isto é, vistas como “barreiras e resistências psicológicas” e não como “objeções éticas”, em sentido estrito.³⁰⁴

Embora psicologicamente difícil de gerir, essa prática se justifica plenamente pela consideração daquilo que está em jogo: um eventual transplante. Ou seja, a salvação de uma vida, que de contrário, seria sacrificada.³⁰⁵

Deve-se considerar também, que o argumento religioso que defende a integridade do corpo, tendo em vista a mensagem da ressurreição, é impróprio e não procedente. Afinal, “conforme Jesus, é melhor entrar na vida com um só olho, com um só pé ou uma só mão, isto é, de forma mutilada, do que possuir todos os membros e ser lançado no inferno (cf. Mt 18.8s)”.³⁰⁶

Fato é que os avanços médicos e das Terapias Intensivas mudaram profundamente as representações de morte na sociedade contemporânea. Santos afirma que estes avanços criaram “uma das situações mais macabras da história da humanidade, ou seja, uma pessoa

³⁰³ BONDOLFI, 2001, p. 746.

³⁰⁴ BONDOLFI, 2001, p. 746-747.

³⁰⁵ BONDOLFI, 2001, p. 747.

³⁰⁶ BRAKEMEIER, 2002, p. 138-139.

tem batimento cardíaco e está morta”.³⁰⁷ De fato, a situação parece macabra, pois, *a priori*, poderia se enterrar um indivíduo que ainda tenha batimento cardíaco, afinal, ele é um cadáver.³⁰⁸ No entanto, após a parada cardíaca definitiva, outros órgãos ainda sobrevivem por algum tempo.

Por fim, cabe ressaltar que, por vezes, é se tentado a pensar que a morte compreende um evento com um claro início e fim. Outras vezes, procura-se compreendê-la como um processo o que dificulta precisar quando ele se inicia e quando se finda. “O exato momento do início e do fim da vida, pois permanece um desafio que a ciência ainda não resolveu”.³⁰⁹

Qual é o futuro, então, da morte? Melhoras tecnológicas no reparo do cérebro e suporte prostético para as funções cerebrais, por exemplo, células-tronco, neurogêneses, prótese computacionais neurológicas, suspensão criônica etc., podem um dia mudar nossas idéias atuais de irreversibilidade e forçar a medicina e a sociedade uma vez mais a revisar suas definições de morte? Uma possível descoberta da existência de uma consciência independente do cérebro pelo método experimental resgataria e jogaria, nas discussões atuais sobre conceitos de morte, novas idéias, valores e conceitos? Quem viver, verá!³¹⁰

Em poucas páginas, procurou-se atentar para o conceito de morte aceito hodiernamente pela comunidade científica internacional: a morte cerebral. Nesse refletir, penetrou-se – a partir de pequenos adendos – na complexa temática da doação de órgãos. Percebeu-se que uma temática leva a outra. Estão, no contexto médico e de cuidados intensivos, atualmente imbricados um ao outro. Logo, é impossível abordar a temática da “morte cerebral” e negligenciar as consequências diretas desse conceito de morte. Afinal, “graças” a esse conceito e às Terapias Intensivas que inúmeras pessoas que necessitam de um transplante são beneficiadas com uma sobrevida maior ou uma qualidade de vida melhor.

A partir do conceito de “morte cerebral”, a equipe médica de um CTI, apesar de ter condições técnicas de manter artificialmente as funções cardiorrespiratórias de uma pessoa, *submete-se* à morte do paciente. Ou seja, a *resistência*, a obstinação terapêutica, frente à morte deixa de fazer sentido, pois esta, a partir do diagnóstico de “morte cerebral”, já compreende uma realidade.

³⁰⁷ SANTOS, Franklin Santana. Conceituando morte. In.: SANTOS, Franklin Santana (Org.). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 301-318. p. 306.

³⁰⁸ MEILAENDER, Gilbert. **Bioética**: uma perspectiva cristã. Tradução de Antivan G. Mendes; Lucy Yamakami; Lena Aranha. São Paulo: Vida Nova, 2009. p. 122.

³⁰⁹ SANTOS, 2009, p. 317.

³¹⁰ SANTOS, 2009, p. 317.

Todavia, esse *submeter-se* à morte cerebral do paciente abre novas possibilidades. A possibilidade de *resistir* à morte, agora, contudo, na vida de outra pessoa que esteja necessitando de um transplante.

No início deste capítulo, atentou-se para a morte enquanto pressuposto da vida. Também aqui a morte cerebral de uma pessoa pode ser encarada como o pressuposto de uma possibilidade de vida melhor para outro ser humano. Quer dizer, a morte cerebral, compreendida pela ciência médica como o ponto final da vida de determinada pessoa, constitui um elo de esperança de vida para outra. Bem por isso e assegurada a doação voluntária, a doação de órgãos representa uma das formas mais sublimes de amor ao próximo. Um amor que, a partir do morrer, concretiza-se em esperança de vida nova. A mensagem cristã parece conhecer muito bem esse morrer pela vida e que tem o amor por conteúdo.

3.2 A morte numa perspectiva teológica

Ninguém crê em sua própria morte (Freud), mas como disse S. Agostinho, “todas as coisas são incertas; de certo só existe a morte”. Muitos tentam ignorá-la, a exemplo de Epicuro: “O mal medonho, a morte, não nos interessa. Enquanto estamos aqui, a morte não está; quando ela está, nós não estamos mais”. A teologia cristã, por sua vez, não pode ignorar a morte, pois a fé cristã como um todo é, de certo modo, uma resposta à questão da morte.³¹¹

Esta parte do capítulo propõe abordar teologicamente a temática *resistência* e *submissão* frente à morte. Essa perspectiva diante do tema é inspirada e se sustenta na oração de Jesus Cristo no Getsêmani:³¹² “E, adiantando-se um pouco, prostrou-se em terra; e orava para que, se possível, lhe fosse poupada aquela hora.³¹³ E dizia: Abba³¹⁴ Pai, tudo te é possível; passa de mim este cálice; contudo, não seja o que eu quero, e sim o que tu queres” (Mc. 14.35-36).

Em profunda angústia e na intensidade de sua humanidade, Jesus se volta ao Seu Pai e fala com Deus “como uma criança com seu pai: confiantemente e com firmeza, e ainda, ao mesmo tempo, reverente e obedientemente”.³¹⁵ Assim, o pedido de Jesus – “para que, se

³¹¹ SCHOLZ, Wilson. Morte e pós-morte. In.: BORTOLLETO FILHO, Fernando. **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p. 686-689. p. 686.

³¹² Um jardim situado perto de Jerusalém, ao pé do monte das Oliveiras.

³¹³ “A ‘hora’ refere-se ao sofrimento de Jesus nas mãos dos pecadores (v. 41), com ênfase na sua agonia final na cruz”. Cf. MULHOLLAND, Dewey M. **Marcos: Introdução e comentário**. Tradução de Maria J. P. Menga. São Paulo: Edições Nova Vida, 1978. p. 216.

³¹⁴ *Aba*: “termo infantil para “papai”, análogo a *imma* para “mamãe”. Assim era costume falar no círculo íntimo da família, desde a terna infância até a idade adulta”. Cf. POHL, Adolf. **Evangelho de Marcos: Comentário Esperança**. Tradução de Hans U. Fuchs. Curitiba: Editora Evangélica Esperança, 1998. p. 407.

³¹⁵ MULHOLLAND, 1978, p. 215.

possível, lhe fosse poupada aquela hora” – não deve ser interpretado como uma demanda, mas como um pedido baseado na condição “*se possível*”. E é precisamente em meio a essa condição que ele declara a sua lealdade incondicional à vontade de Deus. Mesmo subjugado pela própria fraqueza, Jesus não desconfia, mas confia sua vida e a sua morte ao Deus soberano, para quem “*tudo é possível*”. Assim, Jesus orou prostrado, em sinal de completa submissão à divindade de seu Pai.

Jesus parece travar uma batalha interior diante da iminência de sua morte. Ele não quer morrer! Profundamente entristecido (cf. Mc.14.34) *resiste* ao clamar: “passa de mim este cálice”. O pedido é prova de uma liberdade sem limites. Uma liberdade concedida por um Pai que autoriza um Filho a expressar sua vontade. Ou seja, Jesus “sabia diferenciar sua vontade da vontade de Deus, sem, porém, separar-se dele. No fim das contas, seu ancoradouro era a vontade de Deus. Sua própria vontade lutou com a vontade de Deus, mas com o propósito de que a vontade de Deus fosse vencedora”.³¹⁶ Por conseguinte, ele acrescenta a sua oração: “contudo, não seja o que eu quero, e sim o que tu queres”. Jesus não recua diante da vontade de seu Pai! Não barganha com Deus! Mas se compromete a morrer debaixo do domínio de Deus e da vontade de Seu Pai.³¹⁷

A oração de Jesus no Getsêmani impressiona. Ilustra de uma forma absolutamente concreta o rosto humano, portanto, frágil, do Cristo que *resiste* ao cálice do sofrimento. Em seguida, entretanto, Ele, como um Bom Filho, se *submete* à vontade do Pai, se *submete* ao morrer e a morte absurda no madeiro. A sua *resistência* fracassa. A *submissão* diante da morte triunfa.

Registra-se, todavia, que Jesus Cristo em sua caminhada de vida acolheu em plenitude e radicalidade a *resistência* frente à morte. *Resistiu* aos flagelos sociais de seu tempo, que invariavelmente levavam à morte. *Resistiu* à morte do outro, cuidando dignamente do seu próximo. Ainda assim, Jesus Cristo *submeteu-se* ao flagelo da morte. Em verdade, apenas uma vez! Num lugar chamado Gólgota!

Doravante, as palavras que Jesus soprou no ouvido do Seu Pai no Getsêmani inspiram a reflexão que se segue.

³¹⁶ POHL, 1998, p. 410.

³¹⁷ MULHOLLAND, 1978, p. 214-216.

3.2.1 A vida como dom de Deus

De início, salienta-se que “as afirmações de fé não podem passar ao largo dos conhecimentos científicos. Reivindicam, porém, sejam também elas uma forma de *articulação de verdades*”.³¹⁸ Nesse sentido, as distintas religiões trazem importantes contribuições para seus fiéis e para a humanidade em geral, na medida em que a fé em Deus, não elimina a morte, mas traz esperança e alento para o ser humano diante da morte inevitável. Ou seja, “a fé não é remédio milagroso que imuniza ao horror da morte: é perspectiva que permite ter esperança, não obstante a morte”.³¹⁹

Conforme o testemunho bíblico, acolhido pela fé cristã, a vida não é um mero “dado” ou tão-somente um cego acaso. Ela compreende uma dádiva de Deus. Na reflexão teológica, a vida humana é apresentada como um dom de Deus. Por detrás do mistério da vida, o ser humano enxerga a vontade de um Criador. O salmista reconhece a dádiva da vida concedida por Deus e postula: “Pois em ti está o manancial da vida” (Sl. 36.9). Por conseguinte, o ser humano é chamado à gratidão e ao respeito por sua vida, a dos outros e a da própria natureza.

“Se, porém, a vida é uma dádiva, não existe nenhum direito do ser humano de considerá-la sua propriedade”.³²⁰ Em analogia a isto, se Deus dá a vida, ele também tem direito de tirá-la: “Infligir a morte é, pois, um ato de soberania do Deus Criador”.³²¹

A morte distingue radicalmente a criação do Criador. Ela coloca barreiras intransponíveis a toda pretensão humana de se igualar a Deus. A morte faz uma distinção clara e evidente daquilo que é competência humana daquilo que é competência divina. Estas não se igualam e não se confundem. Isso quer dizer, ainda que no auge da vida, o ser humano autêntico reconhece o *memento mori*, isso é, lembra o morrer! Assim consta em Gn 3.19: “No suor do rosto comerás o teu pão, até que tornes à terra, pois dela fostes formado; porque tu és pó e ao pó tornarás”. A morte segura o ser humano nesta vida e nessa terra. Assim, a fé no Deus-bíblico, desilude todo aquele que deseja conquistar a imortalidade, seja pela condução moral, através de conquistas científicas ou como dote implícito na natureza humana.³²² Por sinal, aqui se faz necessária uma breve consideração antropológica.

Platão oferece a ideia de que a alma pode ser algo privado do corpo, “que não entra plenamente no gozo da sua existência própria antes de ser separada do corpo, e que é

³¹⁸ BRAKEMEIER, 2002, p. 174.

³¹⁹ PAOLO, 1999, p. 824.

³²⁰ BRAKEMEIER, 2002, p. 175.

³²¹ BRAKEMEIER, 2002, p. 175.

³²² BRAKEMEIER, 2002, p. 175.

imortal”.³²³ O corpo é uma espécie de roupagem ou uma prisão. A libertação deste cárcere acontece através da graça dos deuses que providenciam a redenção da alma; acontece, também, através da renúncia ascética da vida terrena; ou ainda, ocorre quando a alma, por meio de inúmeras encarnações, migra ou, literalmente, sobe para a luz.³²⁴ Fica claro, “que todas estas ideias dependem da crença de que a alma é alguma coisa que independe do corpo, tendo sua própria substância e imortalidade”.³²⁵

Platão busca sistematizar a alma por meio de uma psicologia tricotômica. Tal psicologia compreende a alma a partir de três partes: a *logistikon*, que compreende o lado racional relacionado com o verdadeiro ser das ideias; a *timoeides*, que reflete o lado sentimental e a *epitometikon*, que se relaciona com o lado físico e sensual.³²⁶ Para o filósofo, o lado racional da alma comunica, com mais força, o verdadeiro sentido do ser. Assim sendo, a *logistikon* deve ter senhorio frente a *timoeides* e a *epitometikon*, pois é ela que “determina o processo de autoconhecimento como fuga constante da mente para fora do mundo físico, voltando-se para o mundo das idéias e de Deus”.³²⁷ Como resultado, a parte mais “valiosa da alma” não está ligada ao “mundo material”, mas próxima da transcendência do ser; isso, em Platão, lança à preexistência e à imortalidade da alma.³²⁸ A psicologia platônica foi se alastrando na Antiguidade por meio de diversas escolas filosóficas que, sobretudo, levaram adiante a ideia da imortalidade da alma. Uma ideia que influenciou gerações e que, ainda hoje, encontra considerável respaldo.

Também Lutero, no princípio, comungava com a convicção tricotômica: o ser humano tem uma alma, um espírito e um corpo. O ser humano, enquanto realidade tricotômica, é proveniente do helenismo, posterior à filosofia grega clássica, que tendia para uma visão dicotômica de alma e corpo.³²⁹ Ainda assim, “seja ‘tricotômico’ ou ‘dicotômico’, em ambos os casos, o ser humano é visto como constituído de camadas que se distinguem não só pela função, e sim também pelo valor”.³³⁰

³²³ HARDER, Günther. Alma. In.: BROWN, Colin (Ed.). **O Novo Dicionário Internacional de Teologia do Novo Testamento**. Tradução de Gordon Chown. São Paulo: Vida Nova, 1998. p. 149-158. p. 151.

³²⁴ HARDER, 1981, p. 151.

³²⁵ HARDER, 1981, p. 151.

³²⁶ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. Aconselhamento pastoral. In: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph; ZWETSCH, Roberto E. (Orgs.). **Teologia Prática no Contexto da América Latina**. 3. ed. rev. ampl. São Leopoldo: Sinodal, 2011. p. 256-280. p. 259.

³²⁷ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2011, p. 259.

³²⁸ MÖLLER, Christian. Entstehung und Prägung des Begriffs Seelsorge. In.: MÖLLER, Christian (Hrgs.). **Geschichte der Seelsorge in Einzelporträts**. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1994. p. 9-19. p. 10.

³²⁹ BRAKEMEIER, 2002, p. 109.

³³⁰ BRAKEMEIER, 2002, p. 109.

No entanto, a partir do seu labor bíblico, Lutero constata que tais concepções distanciam-se da antropologia bíblica. Para esta, o ser como um todo participa da existência; toda ação e reação humana acontecem em meio à integralidade do ser. Há um só indivíduo, criatura de Deus, uno, carnal e humano. O ser humano é um ser vivo animado a partir do sopro (*ruah*, em hebraico, e *pneuma*, em grego) de Deus, um ser espiritual e corpóreo.³³¹

Assim sendo, também para o testemunho bíblico, a morte permanece sendo o problema último do ser humano. E do ser humano como um todo, que não tem uma alma e um corpo, mas que é alma e que é corpo,³³² compreendendo, portanto, uma realidade integral.

Na tradição judaico-cristã, a morte é a mais profunda crise a ser enfrentada pelo ser humano. E enquanto crise, ela pode ocorrer como cruel *desapropriação*. Isso sempre quando a vida for entendida como uma propriedade particular ou uma posse, da qual o ser humano teria direito adquirido. A morte, compreendida a partir da perspectiva da *desapropriação*, sempre será experimentada como um roubo e um assalto à vida.³³³

Para a fé cristã, contudo, a morte é entendida e assumida muito mais como uma *devolução*. Também ela é dolorida, afinal, trata-se de devolver o dom mais precioso: a vida. Nessa perspectiva, entretanto, a dor se mistura à confiança e à segurança. Conforme o Evangelho de Lucas, Jesus devolve a sua vida ao Pai com as seguintes palavras: “Pai, nas tuas mãos entrego o meu espírito” (Lc 23.46). Jesus confia nas mãos acolhedoras de Seu Pai. Mãos que acolhem, sustentam e trazem segurança diante da morte. Assim, “é na aprendizagem dessa devolução que consiste a tarefa do ser humano”.³³⁴ É na devolução da vida que o ser humano recebe a promessa: “Muito bem, servo bom e fiel; foste fiel no pouco, sobre o muito te colocarei: entra no gozo do teu senhor” (Mt 25.21).

Ressalta-se que a perspectiva da *devolução* da vida não se resume ao momento da morte. O salmista postula: “Ensina-nos a contar os nossos dias, para que alcancemos coração sábio” (Sl 90.12). A vida é uma grandeza temporal, tem início e fim. Assim, engana-se quem a adota como uma espécie de morada permanente. Este é incapaz de distinguir entre o importante e o irrelevante. Assim, a arte de morrer exige a arte de viver e vice-versa. A *ars moriendi* exige e chama para o desprendimento de coisas. A *ars vivendi* exige e chama para um viver autêntico frente à transitoriedade da vida. Assim sendo, a morte compreendida na

³³¹ EBERHARDT, Hermann. **Praktische-Seel-Sorge-Theologie**. Bielefeld: Luther-Verlag, 1993. p. 19.

³³² WOLF, Hans W. **Antropologia do Antigo Testamento**. São Paulo: Loyola, 1975. p. 22

³³³ BRAKEMEIER, 2002, p. 175-176.

³³⁴ BRAKEMEIER, 2002, p. 176.

perspectiva da *devolução*, não será experimentada como um assalto ou roubo, mas sim, será documentação da humildade e da confiança da criatura diante do Seu Criador.³³⁵

A *despenalização* da morte é consequência direta da morte entendida como *devolução* da vida. Deus, pois, não castiga o mal com a morte, mas é o próprio mal que produz a morte. Esta é fruto daquele! Em linguagem teológica, isso significa: “o pecado acarreta a morte por força inerente”.³³⁶ Assim, entende-se o apóstolo Paulo quando afirma na Carta aos Romanos: “Porque o salário do pecado é a morte” (Rm 6.23). Do ponto de vista bíblico, o pecado significa um afastar-se de Deus. Todo aquele que se afasta da presença de Deus se afasta do manancial da vida e, por conseguinte, se aproxima da morte. “Afastada de Deus a *nefesh*³³⁷ enfraquece, sofre, fica doente, segue o mal nos seus atos e pode morrer. A morte é a falta da relação com Deus, e quem se afastou dessa relação já participa da realidade da morte enquanto ainda vive fisicamente”.³³⁸

Bem por isto, “perdão dos pecados é sinônimo de concessão de vida”.³³⁹ Ali onde o perdão existir, haverá re-conversão para a vida e o restabelecimento da comunhão com Deus, a fonte da vida.

Por isto, o apóstolo Paulo coloca lado a lado a justificação do ímpio e a ressurreição dos mortos (Rm 4.1s). Isto jamais significou, para ele, a eliminação do fim físico das pessoas. Mas a cruz e ressurreição de Jesus possibilitaram-lhe um outro falar sobre a morte. Ela passa a ser transfiguração. Assim como o grão de trigo, se não morrer, não vai trazer fruto, assim também não vai nascer nova pessoa sem a morte deste corpo carnal (cf. 1 Co 15.35s). A morte é condição e parte da mais radical transformação do ser humano, pois carne e sangue não podem herdar o reino de Deus (1 Co 15.50).³⁴⁰

Quer dizer, também sem o pecado o ser humano, em termos biológicos, permanece um *ser-para-a-morte*. “A diferença consiste em a morte já não mais ter caráter condenatório”,³⁴¹ afinal, nem mesmo ela separa a criação do amor de Deus. Pois assim testemunha o apóstolo Paulo:

Porque eu estou bem certo de que nem a morte, nem a vida, nem os anjos, nem os principados, nem as coisas do presente, nem do porvir, nem os poderes, nem a altura, nem a profundidade, nem qualquer outra criatura poderá separar-nos do amor de Deus, que está em Cristo Jesus, nosso Senhor.³⁴²

³³⁵ BRAKEMEIER, 2002, p. 176.

³³⁶ BRAKEMEIER, 2002, p. 177.

³³⁷ *Nefesh*: termo hebraico comumente traduzido por “alma” ou “vida”.

³³⁸ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p. 294-295.

³³⁹ BRAKEMEIER, 2002, p. 177.

³⁴⁰ BRAKEMEIER, 2002, p. 177-178.

³⁴¹ BRAKEMEIER, 2002, p. 178.

³⁴² Cf. Rm 8.38-39.

Portanto, a morte entendida como *devolução* da vida não representa um castigo divino e perde o seu poder em meio ao perdão, o amor e a promessa de Deus: a *ressurreição*.

3.2.2 Morte e ressurreição

Hoje pela manhã, detive-me neste pensamento: a criança, no ventre materno, acha-se protegida e provavelmente feliz. Aceita aquele tépido pequeno espaço como seu universo, onde nada lhe falta. Do mundo que conhecemos, que idéia pode ela ter? Nenhuma. Admitindo que nos fosse possível comunicar com a criança ainda não nascida, que noção do que seja um livro ou uma casa poderíamos transmitir-lhe? Nenhuma.

Vivemos a mesma situação, relativamente ao mundo do além: espraia-se ele em torno de nós, mas só o atingimos com a morte. Encontramo-nos também em um nicho sombrio, onde nos sentimos à vontade, mas só nasceremos, lançando gritos, ao morrermos. Descobriremos, então, um universo de beleza inexprimível.³⁴³

A ressurreição de Jesus Cristo é o ponto de partida da fé cristã e o elemento decisivo para a formação da comunidade cristã.³⁴⁴ Assim, a perspectiva cristã da morte está intrinsecamente ligada à esperança da ressurreição, que tem o ressuscitar de Cristo por conteúdo. Evidente que a ressurreição compreende um evento que, em suas implicações plenas, está além da verificação empírica.³⁴⁵ Mesmo o apóstolo Paulo, a fim de “provar” a ressurreição de Jesus, só podia se referir a outros que criam ter visto o ressurreto. Todavia,

Seria errôneo qualificar o discurso sobre a ressurreição dos mortos como *especulação metafísica*. Está em jogo, isto sim, uma determinada concepção de “realidade”. A teologia sustenta que dela faz parte uma dimensão “transcendente”. Opõe-se a uma concepção de imanência fechada, restrita ao que a metodologia científica é capaz de apurar. Isto significa mutilar a realidade e aplicar-lhe bitolas. As coisas mais importantes da vida fogem à verificação empírica e precisam ser cridas.³⁴⁶

Isso quer dizer que o discurso religioso acerca da ressurreição é assumido mediante fé. É a partir da fé humana na ressurreição que a morte não compreende mais o saldo final da biografia de uma pessoa. A esperança e a confiança na ressurreição – que tem a Páscoa por conteúdo – fundamenta-se no Deus “que chama à existência as coisas que não são” (Rm 4.17). Assim, a realidade última do ser humano, conforme a fé cristã, não é o apodrecimento, mas a Nova Vida em meio ao seio do Deus-Pai.

³⁴³ AUBERT, Jean-Marie. **E depois – vida ou nada?**: Ensaio sobre o além. Tradução de Maria Duprat. São Paulo: Paulus, 1995. p. 7.

³⁴⁴ SCHWARZ, Hans. Locus 12: Escatologia. In: BRAATEN, Carl; JENSON, Robert (Eds.). **Dogmática cristã**. São Leopoldo: Sinodal, 1995. v. 2. p. 473-588. p. 558.

³⁴⁵ SCHWARZ, 1995, p. 558.

³⁴⁶ BRAKEMEIER, 2002, p. 187.

Por conseguinte, necessita-se ter cuidado para não perceber a ressurreição como um retorno ao estado de vida anterior, ou ainda, um retorno para algum tipo de estado ideal do passado.³⁴⁷ Se assim o fosse, a ressurreição nada mais seria do que um mero “reavivamento de defuntos”, que invariavelmente acabaria apenas adiando a morte.

A ressurreição não nega a realidade nem a necessidade da morte, assim como, não deve ser lida a partir do prisma da imortalidade natural do ser humano ou, especificamente, da alma humana, como Platão sustentava.

O apóstolo Paulo, na Epístola aos Coríntios, ressalta a ressurreição do corpo que, por sinal, reflete a antropologia judaica. O ser humano morre como um todo, assim como não existe vida humana sem corpo. Exclui-se, portanto, qualquer divisão do ser humano em “corpo” mortal e “alma” imortal. Assim o postula Paulo: “Semeia-se corpo natural, ressuscita corpo espiritual. Se há corpo natural, há também corpo espiritual” (1 Co 15. 44). Quer dizer, o apóstolo não concebe a existência humana futura, além da morte e da ressurreição, sem a dimensão do “corpo”. É certo que esse “corpo” não será carnal, mas espiritual. O “corpo”, agora humilhado, então será revestido de glória (Fp 3.21).³⁴⁸

Nesse sentido, “ressurreição não existe sem a morte que a precede, mas não reconduz às condições anteriores da vida. Integra na vida de Deus em novidade de existência”.³⁴⁹ “A ressurreição de Jesus Cristo é a indicação de uma nova forma de vida, o princípio de uma nova criação”.³⁵⁰ Assim também se compreende o motivo de no cristianismo primitivo denominar o dia do falecimento de uma pessoa de “*Dies natalis*”, ou seja, o dia do verdadeiro nascimento.³⁵¹ Entretanto, se “re-nasce”, não mais para lutar pela vida, mas para o descanso; não mais para o crescimento, mas para a plenitude.³⁵²

Assim, a mensagem evangélica da ressurreição serve de fundamento de esperança para a consumação individual e coletiva no *escaton*,³⁵³ serve de alicerce para a aparente absurda colocação de São Francisco de Assis: “Gloriosa sejas, Irmã Morte”.³⁵⁴ Supõe-se que ninguém em sã consciência pode com intensidade cantar a morte, tal qual São Francisco, caso não houvesse uma esperança para o além, para uma Nova Vida.

³⁴⁷ SCHWARZ, 1995, p. 558-559.

³⁴⁸ WIBBING, Siegfried. Corpo. In.: BROWN, Colin (Ed.). **O Novo Dicionário Internacional de Teologia do Novo Testamento**. Tradução de Gordon Chown. São Paulo: Vida Nova, 1998. p. 516-525. p. 522.

³⁴⁹ BRAKEMEIER, 2002, p. 178.

³⁵⁰ SCHWARZ, 1995, p. 559.

³⁵¹ REVILLA, Federico. **Reflexões sobre a vida após a morte**. Tradução de Roberto Tápia Vidal. São Paulo: Paulinas, 1998. p. 19.

³⁵² GRÜN, Anselm. **O que vem após a morte?: a arte de viver e de morrer**. Tradução de Bianca Wandt. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 38.

³⁵³ SCHWARZ, 1995, p. 560.

³⁵⁴ REVILLA, 1998, p. 20.

A nova criação, todavia, permanece inimaginável. Bem por isso, o testemunho bíblico utiliza apenas metáforas e imagens que ilustram esta “nova existência”. Nesse sentido, Anselm Grün afirma:

Os Padres da Igreja e a tradição espiritual e litúrgica reportam-se, sobretudo, às afirmações da Sagrada Escritura que, em imagens, demonstram o que nos espera na morte. São imagens consoladoras que o Novo Testamento nos oferece. Entretanto, mesma as palavras da Bíblia continuam sendo apenas imagens. Cujo intento é se tornarem idéia para nós, de modo que elas possam, nas profundezas da nossa alma, transformar o medo que temos da morte, do desconhecido que, nela, nos aguarda. Tais imagens nos colocam em contato com a fé e a esperança preexistentes no fundo de nossa alma. Elas não apenas abordam os nossos pensamentos, mas penetram o âmago do ser.³⁵⁵

Em seu sermão de despedida, Jesus conforta os seus discípulos e descreve de uma forma prodigiosa o que os aguarda na morte.

Não se turbe o vosso coração; credes em Deus, crede também em mim. Na casa do meu Pai há muitas moradas. Se assim não fora, eu vo-lo teria dito. Pois vou preparar-vos lugar. E quando eu for e vos preparar lugar, voltarei e vos receberei para mim mesmo, para que, onde eu estou, estejais vós também.³⁵⁶

Nessa metáfora do Evangelho de João, Jesus prepara a morada “futura” do ser humano. Com isso, Ele comunicou aos discípulos que, na morte, “não findaremos em algo desconhecido ou sombrio, mas em algo íntimo, conhecido, que nos é familiar. Foi o próprio Jesus que foi antes de nós e nos preparou a morada onde podemos viver eternamente”.³⁵⁷

De modo geral, contudo, todas elas – as imagens da Nova existência após a morte – visam a comunicar que o destino último do ser humano não se cumpre nele próprio, mas em Deus, isso é, “numa realidade transcendente, trans-histórica”.³⁵⁸

Imortal não é o ser humano, pois continua sendo um *ser-para-a-morte*. A morte continua significando o fim da vida da pessoa, mas já não mais o fim do seu ser, pois a relação com Deus é imortal.³⁵⁹ E “quem entra num diálogo de amor com Deus não pode mais se desprender desse amor. A morte não destrói o amor que vem de Deus”.³⁶⁰

³⁵⁵ GRÜN, Anselm. **O que vem após a morte?: a arte de viver e de morrer.** Tradução de Bianca Wandt. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 23. “C. G. Jung fala em imagens arquetípicas que nos centram, que mantêm em coesão aquilo que diverge em nossa alma, e que nos conduzem a nosso verdadeiro *Self* (o si mesmo). Imagens arquetípicas abarcam as imagens preexistentes em nossa alma, delas depende o modo como conduzimos nossa vida”. Cf. GRÜN, 2010, p. 23.

³⁵⁶ Cf. Jo 14.1-3

³⁵⁷ GRÜN, 2010, p. 25.

³⁵⁸ BRAKEMEIER, 2002, p. 178.

³⁵⁹ BRAKEMEIER, 2002, p. 179.

³⁶⁰ GRÜN, 2010, p. 27.

A morte continua sendo a maior “queda” do ser humano. Ainda assim, o testemunho bíblico demonstra que mais “fundo” do que nas “mãos” do seu Criador, o ser humano não pode “cair”. Uma fabulosa obra artística e que está exposta na Basílica de São Pedro, no Vaticano, vai ao encontro do referido. Trata-se da *Pietà*, obra de Michelangelo, na qual Maria segura e acolhe em seus braços o seu filho morto. Essa obra artística “eterniza o momento no qual Jesus foi retirado da cruz”³⁶¹ e traduz, por um lado, a dor perante a morte, a dor silenciosa de uma mãe que esta a adorar e a acolher em seus braços o seu filho morto. Por outro, a figura de Maria, representa o ser humano morto junto aos braços maternais de Deus.

Morrer tem algo a ver com a figura da mãe. Assim que saímos do colo da mãe, na morte, cairemos no colo maternal de Deus. O próprio Deus virá ao nosso encontro de forma maternal. Maria não é a deusa que nos recebe. Ela é completamente humana. Ainda assim, tanto na arte quanto na devoção. Maria se tornou um prisma, no qual se quebra a imagem do Deus maternal. Olhemos para a mãe que segura seu filho morto no colo. Por ela e através dela, olhamos para o Deus maternal que nos receberá em seus braços carinhosos quando morrermos.³⁶²

Esse pleno “aconchegar-se nas mãos” de Deus, entretanto, passa necessariamente pela crise da morte. Esta permanece! Agora, pois, iluminada por uma esperança teológica: a ressurreição.

Nessa perspectiva, a morte passa a ser vista não como fenômeno último, mas penúltimo. A sexta da Paixão, já não permanece em obscura solidão e escuridão, mas é iluminada pelo domingo da Páscoa. Essa é a esperança cristã, que, ao *submeter-se* à morte, em verdade, *resiste* a ela ao vencê-la. O ponto final da jornada humana já não pertence à morte, mas ao Deus da vida. E isso significa: mesmo na morte, o ser humano não permanece só.

Essa mensagem ou essas imagens do “pós-morte” são fontes de consolo, alento e esperança. E isso tanto para a pessoa morrente quanto para os que permanecem, seus familiares e relativos. Por conseguinte, a mensagem da Páscoa abrange um dos cerne do cuidado pastoral, sobretudo, em contextos de doença, morte e luto. A sexta da Paixão, que simboliza o sofrimento, o morrer e a morte, inúmeras vezes compreende uma realidade na vida de uma pessoa internada num CTI. Nesse sentido, costumamos levar adiante a ideia de que esse Centro, sobremaneira, a sua equipe assistencial, está a serviço da concreta esperança humana por vida. Em termos teológicos, está a serviço de um cuidado junto ao próximo e que tem a mensagem da Páscoa como fundamento e conteúdo.

³⁶¹ GRÜN, 2010, p. 37.

³⁶² GRÜN, 2010, p. 38.

Doravante, destaca-se também, que a ressurreição de Jesus não dirige a comunidade cristã somente para o futuro.

No destino de Jesus como Senhor, o fim acontecera em antecipação proléptica, e Deus se auto-revelou de forma plena. O Novo Testamento proclama Jesus não só como “o primogênito dos mortos” (Cl 1.18), mas também como aquele em quem seremos unidos “em uma ressurreição como a sua”, de forma que também nós “andemos em novidade de vida” (Rm 6.4-5).³⁶³

Ou seja, a morte e a ressurreição de Cristo têm implicações para a vida presente: “Fomos, pois sepultados com ele na morte pelo batismo; para que, como Cristo foi ressuscitado dentre os mortos pela glória do Pai, assim também andemos nós em novidade de vida” (Rm 6.4).

Na comunidade cristã, a partir do sacramento do Batismo, o fiel participa da morte e da ressurreição de Cristo e se torna parte do “Seu corpo”. Assim, a nova criação já é uma possibilidade presente e não futura. Ou seja, o que está em evidência é a dialética teológica do “já agora” e do “ainda não”. A nova criação ainda não é plena, ainda não se revelou em plenitude. É a dimensão do “ainda não”. Entretanto, a partir da morte e da ressurreição de Cristo, essa *novidade* de vida fora antecipada prolepticamente ou posta em marcha. O antegosto dessa nova criação reside na encarnação, na Paixão e na Páscoa do Cristo. Portanto, Jesus Cristo trouxe a dimensão do Reino de Deus para perto. Nesse sentido, para o “já agora”. Ainda assim, “agora, vemos como em espelho, obscuramente; então, veremos face a face. Agora, conheço em parte; então conhecerei como também sou conhecido” (1 Co 13.12).

Teologicamente, o testemunho da ressurreição compreende não apenas um indicativo para o ser humano, mas, igualmente, um imperativo. E esse imperativo traz consequências profundas para o ser e o viver humano. Em outras palavras, a fé cristã, a partir da mensagem da ressurreição, constitui-se como um chamado à responsabilidade humana.³⁶⁴

Se o relacionamento humano com Deus, a partir da morte e ressurreição de Cristo, se fez novo, então ele tangencia, igualmente, o relacionamento entre as pessoas. Embora confiantes no amor incondicional de Deus e da promessa escatológica que esse amor acarreta, a fé na ressurreição, não deve ser ilustrada como um mero sentar e esperar.³⁶⁵ No entanto, deve ser assumida como um compromisso! Afinal, “o alvo da nova criação é sua natureza absolutamente inclusiva”.³⁶⁶

³⁶³ SCHWARZ, 1995, p. 560.

³⁶⁴ AUBERT, 1995, p. 116.

³⁶⁵ SCHWARZ, 1995, p. 560.

³⁶⁶ SCHWARZ, 1995, p. 560.

Assim sendo, o discurso teológico acerca da *ressurreição* de forma alguma aniquila a *resistência* humana frente à morte. É preciso fazer uma clara distinção. *Submeter-se* a morte não significa uma relativização da vida presente. Ela permanece sendo uma dádiva divina. Merece cuidado e respeito! O tema da dignidade humana – sustentado biblicamente pela teologia da *imago Dei* – outorga e comprova a nobreza da existência humana. Cristo a comprovou em sua vida e morte na cruz. Nesse sentido, pode se afirmar que a *ressurreição* e a morte são temas excludentes. Pois, uma leva a mera e cruel “degradação”. Já a mensagem da *ressurreição* chama para uma concreta esperança no porvir, e isso, através de atitudes de cuidado frente à vida.

Quer dizer então, a perspectiva da *ressurreição* sustenta a *resistência* humana frente aos flagelos que levam à morte; sustenta a *resistência* frente ao império de violência que aniquila a vida humana. Assim sendo, ser um *ser-para-a-morte* é uma verdade biológica e, *a priori*, não social. A sociedade deve abraçar a causa da vida e rechaçar a prática do mal, cujo salário é a morte. A justiça humana deve ser porta voz da *resistência* – e não da *submissão* – humana frente à morte. Por sua vez, os CTI’s, desconsiderando-se os casos de obstinação terapêutica, podem, igualmente, serem compreendidos a partir desta perspectiva teológica e deste imperativo humano: a *resistência* frente à morte.

Por conseguinte, a mensagem da *ressurreição* não deve ser barateada. Isso é, a fé na *ressurreição* não deve converter-se num “querer morrer”, mas sim, num “querer viver” diante da finitude da vida, agora, pois, iluminada pela Páscoa do Cristo.

Reitera-se, portanto, que a ambiguidade da morte, ou seja, como pressuposto e necessidade biológica e como inconformidade e problema tipicamente humano, é acolhida pela teologia e convertida pela fé cristã na dialética da *resistência* e da *submissão* frente à morte. Pois:

A morte é traiçoeira. Mantém as pessoas em suas garras sempre que essa dialética for dissolvida. A pura resistência é fictícia e acabará em desengano. Enquanto isso, a conformidade colabora ativamente. É preciso aprender a dosagem exata de resistência e submissão. A *ars vivendi* exige a *ars moriendi*. O amor a esta vida deve ter e tem limites. Da mesma forma, porém, é indigno da vida futura quem não valoriza o dom da vida aqui. [...] A resistência à morte não deve impossibilitar a devolução, assim como a submissão não deve conformar-se com o império de violência e destruição. O mundo sucumbe em razão de amenizar ou até superar esse déficit mediante a mensagem que lhe foi confiada e que tem a Páscoa por conteúdo.³⁶⁷

³⁶⁷ BRAKEMEIER, 2002, p. 190.

3.3 Resistência e submissão frente à morte num CTI

Anselm Grün, em sua obra, já supracitada, *O que vem após a morte?*, intitulou os dois últimos capítulos deste livro da seguinte maneira: “Da esperança, viver!” e “Na esperança, morrer!”. No campo da reflexão teológica, estas expressões podem ser compreendidas como complementares, pois, uma invariavelmente gera e leva a outra. A esperança cristã por um porvir – após a morte – ilumina a vida no presente, portanto, vive-se da e a partir desta esperança: a ressurreição.

Assim sendo, como visto, a fé cristã na ressurreição não deve ser assimilada como uma negação do valor e da nobreza da vida terrena. A história e, especificamente, a história da Igreja, demonstra, no entanto, que nem sempre a vida humana recebeu o seu devido valor.

Antigamente, os cristãos que ansiosamente esperavam pela vida eterna no céu eram frequentemente acusados de preterirem a vida terrena. Eles retratavam esta terra como um vale de lágrimas que deveria ser abandonado, o mais brevemente possível, para que, no céu, recebessem a recompensa por seus esforços. Isso levou à maldição do mundo e à recusa ao aprimoramento das relações nele estabelecidas.³⁶⁸

Não querer o bem e a realização humana “no hoje” em favor da plenitude “no amanhã” compreende um disparate teológico, pois é incoerente com a mensagem evangélica da ressurreição. “Os cristãos devem contribuir para que este mundo se torne mais humano. Eles são os representantes da esperança de que ele seja cada vez mais imbuído do Espírito de Jesus”.³⁶⁹ E entende-se esse Espírito a partir do amor e da compaixão de Deus em Cristo para toda criação. Esse amor e essa compaixão não têm prazo determinado para acontecer, pois já são realidades presentes, a partir do Deus que age na história humana e que, em Cristo, encarna nessa história.

Logo, a esperança humana por plenitude acontece no presente e não a partir de um menosprezo a esta Terra e a esta vida, tendo em vista um porvir. Em outras palavras, “a esperança cristã sempre é, concomitantemente: esperança para todos, neste mundo, e esperança pela comunhão com Deus que no céu nos espera”.³⁷⁰

A dialética teológica, legitimada pelas Sagradas Escrituras, da *resistência* e da *submissão* frente à morte é dissolvida e anulada no instante em que a esperança por um porvir nega o valor da vida no “hoje”. Viu-se que a mensagem da Páscoa se distancia radicalmente dessa posição.

³⁶⁸ GRÜN, 2010, p. 91.

³⁶⁹ GRÜN, 2010, p. 91.

³⁷⁰ GRÜN, 2010, p. 91-92.

Nesse sentido, a expressão “Da esperança, viver” remete ao *fato* de que o ser humano deve conscientemente viver e se *empenhar* no “hoje”. Assim, a mensagem de Jesus Cristo, seus ensinamentos, suas parábolas, seus sermões, visam a “sacudir” o ser humano, ou seja, “nos fazer sair finalmente do sono e começar a viver de verdade, com sobriedade, alertas, abertos para aquilo que há para ser feito *hoje*, abertos para as pessoas ao nosso redor, sobretudo, para os pobres e necessitados, tão frequentemente excluídos”.³⁷¹

Nesse ponto, abre-se o elo para se compreender um Centro de Tratamento Intensivo como um contexto, entre outros, no qual *acontece* de uma maneira concreta o *empenho* pela esperança de vida no “hoje”. Essa perspectiva diante de um CTI não apenas é coerente, como, também, vai ao encontro da própria vocação das ciências médicas e da saúde, ou seja, a atitude de “cuidar de vidas”, que compreende a missão institucional do Hospital no qual atuamos.

O “*empenho* pela esperança de vida no ‘hoje’” e o “cuidar de vidas” podem ser interpretados e compreendidos como paradigmas éticos³⁷² que ordenam “como *devemos* praticar nossa conduta (agir), com relação aos demais membros da coletividade”,³⁷³ ou seja, *empenhando-nos* no “hoje” ao cuidado frente à vida humana.

Assim sendo, na medida em que esse *empenho* pela vida no “hoje” compreende o objetivo de um CTI, a reflexão teológica o reconhece e o legitima, tendo em vista a perspectiva bíblica da *resistência* humana frente à morte.

A certeza da morte e a consciência da finitude recebem também o propósito de intensificar a vida humana no “hoje” com o intuito de experimentá-la em todos os seus sentidos, isso é, *resistir* à morte para um viver com dignidade. E um CTI está a serviço desse propósito: cuidar da vida no “hoje”, tendo como parâmetro a dignidade do ser humano.

Contudo, esse propósito de cuidado, na medida em que parte do referencial da dignidade humana, necessariamente reconhece e leva em consideração a transitoriedade e a finitude da vida. Ou seja, a dignidade humana alicerça a perspectiva, não apenas da *resistência*, mas também, da *submissão* humana frente à morte.

A medicina paliativa e, por conseguinte, a criação dos centros ou serviços de cuidados paliativos, vão ao encontro desse modo de ver exposto acima.

³⁷¹ GRÜN, 2010, p. 92-93.

³⁷² “Em seu sentido geral, ética designa a ciência que estabelece as normas que fundamentam a conduta dos indivíduos”. Cf. PRUDENTE, Mauro Godoy. **Bioética**: conceitos fundamentais. Porto Alegre: Ed. do Autor, 2000. p. 77.

³⁷³ PRUDENTE, 2000, p. 77.

A medicina paliativa vem assumindo importância crescente no mundo, incorporando o conceito de cuidar e não somente de curar. O paciente passa a ser visto como um ser que sofre nos âmbitos físico, psicológico, social e espiritual. Os cuidados paliativos visam ao controle da dor, ao alívio de sintomas e à melhoria da qualidade de vida dentro de um enfoque multidisciplinar.³⁷⁴

Nesse sentido, *submeter-se* à morte não significa deixar de cuidar e acolher a pessoa morrente. A medicina paliativa concretiza esta fundamental noção de um cuidado integral frente ao paciente terminal.

No Brasil, entretanto, a operacionalização da filosofia dos cuidados paliativos ainda é bastante recente. A Associação Brasileira de Cuidados Paliativos foi fundada em 1997 e contabilizam-se apenas 29 serviços ou centros de cuidados paliativos.³⁷⁵

Com isso, deseja-se destacar, assim como sustentado no primeiro capítulo, que um CTI não *deve* ter em vista pacientes sem prognóstico de cura. Afinal, a vocação destes Centros, não é a *submissão*, mas sim, a *resistência* frente à morte. Todavia, a taxa de mortalidade de um CTI, por vezes, atinge níveis indesejados devido ao elevado número de pacientes com doenças crônicas terminais e sem prognóstico de cura. Nesse sentido, o comentário de Siqueira é elucidativo:

Desnecessário ressaltar os benefícios obtidos nessas unidades com as novas metodologias diagnósticas e terapêuticas. Incontáveis são as vidas salvas em situações críticas, como na recuperação de doentes com infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos, cuja recuperação pôde ser alcançada com o uso de engenhosos procedimentos terapêuticos. Ocorre que nossas UTIs passaram a receber, também, pacientes com doenças crônicas incuráveis, apresentando intercorrências clínicas as mais diversas, que foram contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com frequência, alcança-se plena recuperação, para os doentes crônicos pouco se oferece além de um sobreviver precário e muitas vezes, não mais que vegetativo. Situação essa por nós conhecida como obstinação terapêutica. [...] Até quando avançar nos procedimentos tecnológicos de suporte vital? O modelo cartesiano de medicina nos ensina muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado metafísico da vida e da morte. [...] Fomos educados para interpretar a vida como fenômeno estritamente biológico e incorporamos toda a tecnologia biomédica para perseguir essa utopia. A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduziu à obstinação terapêutica. Temos, portanto, um grave dilema ético que é cotidianamente apresentado aos médicos intensivistas: quando se impõe não utilizar toda a tecnologia disponível?³⁷⁶

Horta vai ao encontro da reflexão supracitada ao referir:

³⁷⁴ MELLO apud PESSINI, Léo. Distanásia: Algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. In.: SANTOS, Franklin Santana (Org.). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 319-348. p. 342.

³⁷⁵ PESSINI, 2009, p. 342-343.

³⁷⁶ SIQUEIRA apud PESSINI, 2009, p. 339.

Centenas ou talvez milhares de doentes estão hoje jogados a um sofrimento sem perspectiva em hospitais, sobretudo nas suas terapia intensivas e emergências. Não raramente, acham-se submetidas a uma parafernália tecnológica que não só não consegue minorar-lhes a dor e o sofrer, como ainda os prolonga e os acrescenta, inutilmente.³⁷⁷

Percebe-se, a partir dessas citações, um problema ou dilema ético: dar suporte intensivo a pessoas com doenças crônicas incuráveis e, por conseguinte, “mantê-las artificialmente” à custo de máquinas e medicamentos, que não prolongam a qualidade de suas vidas, mas apenas retardam a morte, gerando frequentemente mais sofrimento. Denomina-se tal proceder de obstinação terapêutica, tratamento fútil e inútil, ou ainda, distanásia: “do grego *dis* + *thanasia*, ‘morte lenta’, ansiosa e com muito sofrimento”.³⁷⁸ Ou seja, compreende-se a distanásia como uma ação que não admite a morte, que *resiste* a ela a todo custo e que não atinge o objetivo de beneficiar a pessoa morrente.

Portanto, a pergunta de Siqueira – “Quando se impõe não utilizar toda a tecnologia disponível?” – torna-se bastante relevante, tendo em vista a capacidade atual da medicina de prolongar artificialmente a sobrevida humana.

Körtner parece resumir a problemática com um questionamento: “Deve a medicina fazer o que ela é capaz de fazer” (“Darf die Medizin, was sie kann?”).³⁷⁹ Nesse sentido, torna-se fundamental a noção de que a ciência médica jamais se resume apenas a uma intervenção estritamente técnica, pois compreende também a arte da empatia e da solidariedade para com a pessoa enferma. A tecnologia médico-científica, a medicina de ponta, altamente desenvolvida e especializada encontrada num CTI, não deve perder de vista a pergunta pelo sentido de sua arte, bem como, pelo sentido da vida humana e da própria morte. Portanto, necessita-se distinguir o que tecnicamente é possível e factível daquilo que humanamente compreende um bem.³⁸⁰

No entanto, percebe-se na atualidade uma crescente preocupação, também num contexto caracterizado por processos técnico-médicos como é o CTI, em torno da perspectiva de humanizar, ou melhor, re-humanizar as ciências médicas e os seus respectivos contextos. Uma preocupação, da qual já se falou anteriormente, e que sinaliza para além da excelência tecnocientífica, pois descobre (ou re-descobre) a visão da integralidade humana e, por conseguinte, a necessidade de uma assistência global junto ao paciente, ou seja, um *cuidar*

³⁷⁷ HORTA apud PESSINI, 2009, p. 338.

³⁷⁸ ANJOS apud PESSINI, 2009, p. 333.

³⁷⁹ KÖRTNER, Ulrich. Ethik und Seelsorge im Krankenhaus. **Wege zum Menschen**. Göttingen, ano 61, n. 2, p. 103-118, 2009. p. 104.

³⁸⁰ KÖRTNER, 2009, p. 104-105.

que assimila a pessoa internada como um ser bio-psico-sócio-espiritual. Nesse sentido, Pessini afirma:

A crescente atenção que vêm ganhando na área da saúde os programas de humanização das instituições de saúde, especialmente UTI, e o crescente interesse com os cuidados paliativos e alguns projetos pioneiros no país, de implementação desta filosofia de cuidado de pacientes terminais, constituem-se num grande lance de esperança. Trata-se de uma alternativa saudável na direção de se criar uma nova cultura de respeito à dignidade do ser humano num momento crítico de sua existência, de enfrentar a própria morte.³⁸¹

Assim sendo, importa asseverar que o contrário da distanásia não significa abandono, omissão de socorro e muito menos a prática da eutanásia. *Submeter-se* à morte não significa apressar o morrer ou pior, matar, mas reconhecer a morte como característica do ser humano, devendo o processo de morrer de uma pessoa ser valorizado tal qual outrora o seu nascer. O ser humano nasce necessitando de cuidados e assim também morre, ou seja, necessitado, devendo, portanto, ser envolto de cuidados, tendo em vista a sua dignidade e integralidade.

O cuidado pastoral num CTI visa testemunhar a necessidade deste *cuidar* na vida da pessoa morrente; reconhece e legitima a *resistência* médico-científica frente à morte, ao mesmo tempo, todavia, quer ser voz ativa, não apenas no testemunho pela vida, mas também voz profética de uma morte digna, isso é, de uma morte bem-aventurada. E o substrato desta morte bem-aventurada é o próprio Deus: o da Paixão e o da Páscoa; que se *submeteu* à morte e o que *resistiu* a ela ao vencê-la.

Em suma: o cuidado pastoral visa legitimar a existência de um CTI a partir da expressão “Da esperança, viver”, mas, igualmente, se faz presente para testemunhar junto a este contexto o “Na esperança, morrer”. Estas expressões de Grün vão ao encontro da dialética teológica da *resistência* e *submissão* frente à morte. Esta que, compreende o referencial teológico do cuidado pastoral diante da morte e da terminalidade de vida. Um referencial que tem a oração de Jesus Cristo no Getsêmani como inspiração e fundamento.

3.4 *Ars vivendi e ars moriendi*

Para a fé cristã, a morte propicia um grande encontro dialógico e dialético com a vida. Elas não são antíteses, mas realidades conjugadas e imbricadas uma na outra. Vida e morte estão entrelaçadas na existência humana finita e temporal. Por conseguinte, a *resistência* frente à morte, tão humana e natural, não deve perder de vista a transitoriedade e

³⁸¹ PESSINI, 2009, p. 345.

temporalidade da vida, isso é, a consciência da *devolução* da dádiva da vida. Por sua vez, a *submissão* à morte, ao morrer diário e lento, de forma alguma impossibilita a luta pela sobrevivência e sobrevivência. O direito por uma vida digna e realmente humana compreendem sempre o pano de fundo da lógica expressa pela dialética *resistência* e *submissão* frente à morte.

Doravante, a fé cristã, a partir da presente dialética, pode ser traduzida como a arte do saber viver e a arte do saber morrer. Uma não exclui a outra! Elas se nutrem a fim de um amadurecimento pleno. Nesse sentido, a morte e o morrer não necessitam serem vistos como um “assalto seguido de assassinato”, pois o amor de Deus e Sua esperança permanecem, afinal: “Na esperança, morremos!”.

No que tange à “arte de morrer”, torna-se interessante auscultar brevemente uma obra que teve ampla penetração social no contexto medieval: o *Livro cristão dos mortos*. A difusão desta literatura aconteceu no século XIV e tinha um objetivo didático: “instruir e orientar as consciências aterrorizadoras com a certeza da morte, mais ou menos próxima, e incertas quanto àquilo que as aguardava ou não no porvir”.³⁸²

Nessa obra, a morte é descrita como uma sequência de passos, ou melhor, provações.

As provações são encaradas em sentido positivo ou longo da vida, e isso inclui o processo de morrer, enquanto possibilidade de expansão da consciência e de crescimento espiritual. Além de descrever detalhadamente essas provações, e isso perfaz o caráter pedagógico da obra, apresenta, para cada tipo de provação, uma maneira eficaz de enfrentamento, ou seja, uma espécie de atenuante ou alexetério espiritual. As provações a serem encaradas pelo morrente seriam as seguintes: dúvida, desespero, avareza, impaciência e vaidade.³⁸³

A *dúvida* é a provação mais profunda. Ela ameaça a fé, pois desperta incerteza em relação à vida, ao amor, à bondade, à esperança, à Igreja e, por conseguinte, ao próprio Deus. A *dúvida* faz a pessoa questionar o sentido de sua vida e sua não-valia. As coisas que eram cridas e tidas como verdades são ameaçadas por ela. A dúvida faz o ser vacilar entre o “sim” e o “não”. Algo absolutamente temeroso.³⁸⁴

Seu antídoto é assumir a atitude de invocar o *anjo da fé*. Somente, a confiança no amor de Deus e a atitude de reafirmar as bases da verdade, são capazes de oferecer consolo diante da poderosa *dúvida*. “Neste embate, e aqui se encontra o verdadeiro confronto entre morte e vida, e sucumbir aqui já significa morrer mesmo antes da morte física, é importante a

³⁸² NOÉ, 2006, p. 78.

³⁸³ NOÉ, 2006, p. 78.

³⁸⁴ NOÉ, 2006, p. 78.

presença de um acompanhante, eventualmente, um ‘barqueiro’, que auxilie a travessia desse pântano sombrio”.³⁸⁵ Em verdade, um facilitador que auxilie a pessoa em terminalidade de vida a redescobrir o sentido de sua existência, mesmo em meio ao morrer.

A segunda provação é o *desespero*: o sucumbir da esperança. Vive-se em função daquilo que se espera e que se aguarda além do aqui e agora. É sonhando com o amanhã que se vive o presente. O *desespero* deteriora o amanhã e faz do hoje algo insuportável. Alimentada pelo *desespero* a pessoa o transborda para fora do seu ser. A sua luta interior respinga nas pessoas próximas e mais queridas e, sobre o próprio Deus.³⁸⁶

O *anjo da esperança* é seu antídoto e o jeito de restabelecer o equilíbrio emocional e espiritual nesta hora. Adentrar nas imagens da vida, nas boas memórias em torno daquilo que se fez, se esperou e se espera da vida para além de agora, assim como, auscultar as promessas de Deus voltadas para o seu povo, talvez recoloquem novamente a esperança no horizonte da vida, mesmo para a pessoa em terminalidade de vida.³⁸⁷

A terceira provação é a *avareza*. Esta é experimentada com intensidade ímpar na atual sociedade de consumo. O “ter” – e não o “ser” – é o palco dessa provação. Ela pode ser ilustrada por aquela pessoa que centrou a sua caminhada de vida unicamente no agarrar, no reter e no apegar-se às coisas materiais da vida. “Nesse sentido, inclusive morrer, pode antecipar o sofrimento, condensado na imagem do inferno, pois as correntes que amarram à suposta vida, diga-se ilusão, exasperam uma luta que, nesses termos, já estava perdida antes de começar”.³⁸⁸

Aqui, um *anjo* em especial traz o “ar de sua graça”: o *anjo da generosidade*. Ele é capaz de desamarrar as garras da *avareza* e do apego material. A *generosidade* abre caminho para o soltar-se, filtrando, assim, a essência das aparências; distinguindo as questões relevantes das irrelevantes.³⁸⁹

A quarta provação é a *impaciência*. Ela suscita o desejo de abreviar a vida diante do sofrimento causado por uma doença. Em termos éticos, permanece uma pergunta: quem teria o direito de abreviar a vida? Na literatura aqui apresentada, a atitude de abreviar a vida compromete profundamente o morrer manso e com naturalidade, bem como, ilude a própria pessoa agonizante.³⁹⁰

³⁸⁵ NOÉ, 2006, p. 78.

³⁸⁶ NOÉ, 2006, p. 78-79.

³⁸⁷ NOÉ, 2006, p. 79.

³⁸⁸ NOÉ, 2006, p. 79.

³⁸⁹ NOÉ, 2006, p. 79.

³⁹⁰ NOÉ, 2006, p. 79.

Nesse momento, o *anjo da paciência* deve se fazer presente, e trazer a lembrança terapêutica de que o amargo cálice do sofrimento não é eterno. No tempo certo, a dor e a angústia presente darão lugar à eternidade e cessarão.³⁹¹

Por fim, a provação da *vaidade* no processo da morte abre a ferida narcísica, que expulsa o ser humano do seu paraíso: todos os títulos, as homenagens e o reconhecimento dos outros, “são desmascarados como tentativas incautas de mascarar a impotência humana”.³⁹²

Aqui entra em cena o *anjo da humildade*. A *humildade* diz sim aos limites humanos, às fantasias de onipotência e poder, por fim, diz sim à própria morte. Este anjo aponta para a terra, para o *húmus*, que nos torna humanos. O *anjo da humildade* nos faz reconhecer a nossa origem, para a qual haveremos de retornar: “porque tu és pó e ao pó tornarás” (Gn. 3.19b).³⁹³

Interessante perceber a atualidade do *Livro cristão dos mortos*, aqui sintetizado. As imagens dos anjos da fé, da esperança, da generosidade, da paciência e da humildade, ainda hoje, podem auxiliar e alentar pacientes, familiares e profissionais da saúde, em meio ao doloroso processo da morte-morrer. Entende-se que a *submissão* frente à morte é caracterizada e traduzida em termos bastante práticos por esta obra do século XIV. Nesse sentido, pode trazer subsídios pastorais preciosos para o próprio cuidado pastoral num CTI.

Cabe ressaltar, que o reformador Martin Lutero, entre outros, também trouxe uma contribuição para o enfrentamento da morte. Em seu *Sermão sobre a preparação para a morte*, ele postula: “na hora da morte devemos ter diante de nossos olhos apenas a vida, a graça e a salvação”,³⁹⁴ pois “Deus manda seus anjos, todos os santos e todas as criaturas olharem com ele por você, cuidarem de sua alma e a receberem”.³⁹⁵

Neste *Sermão*, Lutero traz seis elementos para o enfrentamento da morte: *despedir-se* adequadamente, isto é, aprender a soltar e abandonar a preocupação dos bens materiais, bem como, e evidentemente, despedir-se dos entes queridos, pedindo perdão, ser perdoado e perdoar outros; *intensificar e aprofundar a relação com Deus*, isto é, preparar-se para o medo relacionado com a experiência da morte confiando a sua vida na mão de Deus; *recorrer aos sacramentos* a fim de experimentar a Graça consoladora de Deus; *lidar com visões aterrorizantes*, isto é, as visões da própria morte, do terror, da culpa e do inferno, estas que atormentam a pessoa em terminalidade de vida. Para o reformador, é preciso aprender a ver

³⁹¹ NOÉ, 2006, p. 79-80.

³⁹² NOÉ, 2006, p. 80.

³⁹³ NOÉ, 2006, p. 80.

³⁹⁴ LUTERO, Martin. Um sermão sobre a preparação para a morte. In: **Consolo no sofrimento**: um sermão sobre a preparação para a morte e um sermão sobre a contemplação do santo sofrimento de Cristo. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 2000. p.7-34. p. 13.

³⁹⁵ LUTERO, 2000, p. 33.

essas visões ao contrário: a vida, na morte; a graça, na culpa; o céu, no inferno; *confiar incondicionalmente em Deus*, isto é, confiar no Cristo que derrotou a morte; e *estar envolto por uma comunidade terapêutica*, isto é, o consolo e a presença de Deus são experimentados junto ao “corpo de Cristo”, ou seja, junto à comunidade cristã que acolhe o cansado e sobrecarregado.³⁹⁶ A própria comunidade hospitalar, por vezes, assume este papel. São os “anjos de branco”, assim costumamos denominar os profissionais que atuam no CTI, pois socorrem e cuidam, ou seja, são mensageiros da vida.

A partir do *Livro cristão dos mortos* e do *Sermão* de Lutero, importa, pois, que “redescubramos maneiras construtivas e criativas de lidar com a morte em nossos dias. Que construamos uma *ars vivendi* que também nos auxilie no enfrentamento do processo do morrer e da morte”.³⁹⁷

E isto envolve sabedoria humana, tanto a nível social, quanto a nível psicológico e espiritual. Assim sendo, diante do mistério da morte, resta ao ser humano, por um lado, a conformação e a *submissão*. Por outro, o chamado para o gosto e o gozo diário da vida, que *resiste* aos flagelos da morte, tal qual o Cristo na Sua vida e, paradoxalmente, na Sua morte no madeiro. Cruz esta, esperança para um novo amanhecer e fonte para o viver.

3.5 Considerações finais

A investigação e reflexão estabelecida neste capítulo, inicialmente, apresentou a morte como o *pressuposto da vida* e como *problema humano*. Todo problema exige uma postura e atitude proativa a fim de solucioná-lo. Assim sendo, procurou-se demonstrar que a mera negação humana frente à morte, invariavelmente acaba em desengano e desespero, afinal, a morte compreende uma consequência certa da jornada da vida. Cabendo, portanto, ao ser humano assumir a sua identidade, enquanto *ser-para-a-morte*, com consciência e autenticidade.

A partir da oração de Jesus Cristo no Getsêmani, duas palavras, em especial, acompanharam a investigação: *resistência* e *submissão*. Somente o ser humano vive na clara consciência do seu fim. A *submissão* frente à morte compreende um “raciocínio” genuinamente humano. Assim, entre a atitude de *resistir* e a consciência de *submeter-se* à

³⁹⁶ NOÉ, 2006, p. 80-82.

³⁹⁷ NOÉ, 2006, p. 82-83.

morte e ao morrer diário, o ser humano deve buscar o seu sentido de vida; moldar a sua jornada existencial; amadurecer enquanto pessoa autêntica e finita.

Por sua vez, a dialética da *resistência* e da *submissão* compreende o referencial teológico diante da morte. Uma perspectiva inspirada na oração de Jesus no Getsêmani, coerente com a teologia cristã, eticamente relevante e, pastoralmente apropriada, tendo em vista a assistência pastoral num CTI. Invariavelmente, a temática investigada consta na agenda do agente pastoral que se sente chamado ao cuidado pastoral nesse contexto hospitalar. E é a prática desse pastorear o objeto de investigação do próximo capítulo.

4 COMPETÊNCIAS PASTORAIS NO CONTEXTO DE UM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO ADULTO

Este capítulo visa a atentar para a *práxis* propriamente dita do cuidado pastoral num CTI. Pretende-se investigar e clarear como os conteúdos e referenciais apresentados nas partes anteriores se desdobram em termos práticos e no dia a dia do agente pastoral, atentando, assim, para aquilo que compete ao cuidado pastoral nesse contexto.

Deve-se ressaltar que os conteúdos descritos e apresentados neste capítulo são influenciados também pela nossa prática pastoral no CTI Adulto do Hospital Moinhos de Vento (HMV). Assim sendo, faz-se necessário iniciar a exposição apresentando brevemente a proposta de cuidado pastoral que é exercido nesse Hospital, para, assim e a partir dessa proposta, adentrar na temática: competências pastorais num CTI Adulto.

4.1 Uma proposta de cuidado pastoral hospitalar

Ao utilizar o termo “proposta”, deseja-se ressaltar que não se tem a pretensão de apresentar o serviço pastoral no qual estamos inseridos como um modelo de cuidado pastoral num contexto hospitalar. Afinal, ao lado desta proposta de trabalho, existem outras, podendo, entre elas, haver consideráveis diferenças e divergências, tanto na prática, quanto na linha teológica e nos valores que regem esta *práxis*.

Pode-se destacar que o serviço pastoral do HMV está diretamente atrelado à história, tradição e aos valores desta instituição hospitalar.

O Hospital Moinhos de Vento, atualmente Associação Hospitalar Moinhos de Vento, teve seu início em 21 de junho de 1914 com o lançamento da pedra fundamental que marcava o surgimento do “Hospital Alemão”. A construção foi interrompida ainda em 1914 devido a Primeira Guerra Mundial. As obras foram reiniciadas em 1924 e o Hospital foi inaugurado em 2 de outubro de 1927.³⁹⁸

Com o intuito de administrar as atividades do “antigo” Hospital Alemão vieram sete diaconisas luteranas – as *Schwestern* – da Alemanha.³⁹⁹ Em 1942, sob as tensões do Estado Novo e do ingresso do Brasil na Segunda Guerra Mundial, o estatuto do Hospital fora alterado, nascendo assim a denominação Hospital Moinhos de Vento.⁴⁰⁰

³⁹⁸ LICHTENFELS, Ivo (Org.). **Top ser humano: Clínica Pastoral Ecumênica do Hospital Moinhos de Vento.** Ensaio. Porto Alegre, 2005, p. 3.

³⁹⁹ TORRESINI, Elisabeth W. Rochadel. Do amor ao próximo à cidadania. In: **Hospital Moinhos de Vento – 80 anos de amor à vida.** Porto Alegre: Leonid Streliev, 2007. p. 44-67. p.53.

⁴⁰⁰ TORRESINI, 2007, p. 56.

Até o final da década de 1970, o Hospital era gerenciado pelas irmãs diaconisas, no entanto, diante da extensão das tarefas hospitalares, inicia-se “o processo de substituição gradual das Irmãs, previsto pela Associação para a Manutenção do Hospital e pela Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil”.⁴⁰¹

Importante ressaltar que, desde a sua fundação, o HVM compreende o ser humano como um “todo”.

Um ser criado à imagem de Deus, que é físico-psíquico-espiritual-social e transcendente. Este ser humano, uma vez internado no hospital, deve ser atendido e assistido holisticamente, tanto no que tange a sua cultura, religião e classe social. O atendimento e a assistência dentro de uma equipe multidisciplinar devem contemplar também as necessidades espirituais de cada pessoa, quando manifestadas livres e espontaneamente.⁴⁰²

Por conseguinte, o HVM conta com uma equipe de cuidado pastoral, denominada de Clínica Pastoral Ecumênica. Por sinal, o ecumenismo compreende um dos princípios institucionais e que remonta para a própria história do Hospital. Documentos antigos dessa “casa” postulam “que o proselitismo religioso não fosse permitido e que a confissão religiosa fosse respeitada”.⁴⁰³ Assim sendo,

Estabeleceu-se que cada enfermo teria “o direito à assistência religiosa de um ministro de sua confissão, que não será tolhido no exercício de suas funções, desempenhadas de acordo com o rito de sua igreja”. A propaganda confessional estava, portanto, proibida.⁴⁰⁴

Devido a este princípio, que, aliás, “consta nos documentos lidos na ocasião do lançamento da pedra fundamental”,⁴⁰⁵ o serviço de pastoral do HVM atua numa perspectiva ecumênica. Isso significa que se busca estabelecer, junto ao leito hospitalar, um contato e uma relação respeitosa e acolhedora frente à fé, à crença e à cultura da pessoa internada, dos seus familiares e relativos, inclusive para com as pessoas de fé não-cristãs, como judaica, mulçumana, dentre outras.⁴⁰⁶

Hodiernamente, essa equipe é composta de sete integrantes de confissão luterana e que fazem parte do corpo funcional do hospital – pastor coordenador, cinco irmãs diaconisas e nossa pessoa – e semestralmente conta com o auxílio de um estagiário que cursa o

⁴⁰¹ TORRESINI, 2007, p. 56.

⁴⁰² LICHTENFELS, 2005, p. 2.

⁴⁰³ TORRESINI, 2007, p. 52.

⁴⁰⁴ TORRESINI, 2007, p. 52.

⁴⁰⁵ LICHTENFELS, 2005, p. 4.

⁴⁰⁶ LICHTENFELS, 2005, p. 4.

bacharelado em Teologia.

A “Pastoral”, como é conhecida nos corredores do Hospital, está integrada no método de assistência do Hospital denominado de Assistência Integral⁴⁰⁷ e compreende um serviço de apoio voltado à comunidade hospitalar, inclusive, colaboradores e corpo clínico, e estende o convite de se colocar ao lado e de assistir pessoas que se encontram nas mais variadas situações e condições existenciais. É na alegria e no sofrer, no nascer e no morrer, na cura e na dor, que a “Pastoral” visa a levar bem-estar e aconchego, semear a fé e multiplicar o cuidado e a esperança humana junto ao próximo.

No que tange ao método de trabalho, o serviço está centrado na visitação nos respectivos leitos e aposentos hospitalares. Assim sendo, procura-se ir ao encontro da pessoa internada ao menos uma vez ao longo do seu processo de internação – comumente no primeiro ou segundo dia de internação – com o intuito de levar “bons votos” e colocar o respectivo serviço à disposição. A partir desse contato inicial e da “reação” do paciente frente a essa visita que se desenrola e acontece a assistência pastoral nos subseqüentes dias de internação.

Cada um dos integrantes da equipe é responsável por determinado setor ou unidade de internação hospitalar, tornando-se, portanto, responsável pela visitação pastoral nesse setor hospitalar. Essa divisão se torna necessária basicamente por dois motivos: para uma melhor sistematização e organização do trabalho, mas, sobretudo, para uma melhor e mais profunda interação e relação do paciente com determinado agente pastoral, bem como a deste com a própria equipe assistencial que atua na respectiva unidade de internação.⁴⁰⁸

O serviço está diariamente e nas 24 horas do dia à disposição da comunidade hospitalar, sendo que, nos finais de semana e em feriados, a “Pastoral” atua em caráter de plantão.⁴⁰⁹ O Hospital disponibiliza a capela ecumênica para momentos de reflexão e meditação, em que semanalmente são celebradas meditações e ocasionalmente cultos ou missas. Em datas ou eventos comemorativos do hospital, do calendário litúrgico cristão ou mediante solicitação da comunidade hospitalar, a “Pastoral” oferece serviços religiosos.⁴¹⁰

A equipe conta com o apoio – de segundas às sextas-feiras – das ministras da

⁴⁰⁷ “A Assistência Integral é um sistema de atendimento hospitalar que define procedimentos e cuidados ao paciente como um conjunto de ações multiprofissionais integrados em um único fluxo, cujo objetivo é suprir necessidades, além de acolher e engajar o paciente individualmente, com resultados que se concretizam junto ao leito”. Cf. WEBER, Bernardete; DEMENEGHI, Lígia Suzana. **Assistência Integral: o paciente como núcleo e a equipe como célula**. Porto Alegre: AGE, 1997. p. 12.

⁴⁰⁸ No HVM o autor é responsável pelo cuidado pastoral no CTI Adulto e Pediátrico. Ocasionalmente acompanha outros setores ou unidades de internação.

⁴⁰⁹ LICHTENFELS, 2005, p. 7.

⁴¹⁰ LICHTENFELS, 2005, p. 7.

eucaristia da Igreja Católica Apostólica Romana que atuam como voluntárias junto ao Hospital. A partir da solicitação de pacientes ou familiares (caso o paciente esteja impossibilitado de se comunicar) a “Pastoral” recebe a tarefa de intermediar e providenciar a presença de padres, rabinos ou sacerdotes de outras confissões e religiões.⁴¹¹

Por fim, a partir dessa breve exposição em torno da proposta de cuidado pastoral do HMV, deve-se destacar que a “Pastoral” – em sua *práxis* – prima pelo respeito e pelo acolhimento incondicional frente à vida e à biografia da pessoa internada, tendo como alicerce um paradigma bíblico-teológico e a própria missão institucional do Hospital: o amor de Deus e o “cuidar de vidas”, respectivamente.

4.2 Competências pastorais no CTI Adulto

Doravante, a exposição se concentra naquilo que tangencia as competências pastorais do agente pastoral num CTI Adulto. Portanto, serão auscultadas e analisadas inúmeras temáticas que, invariavelmente, pertencem à rotina do agente pastoral que atua nesse contexto. É certo que algumas delas são inerentes ao cuidado pastoral num ambiente hospitalar. Outras, contudo, são específicas, tendo em vista a realidade de um CTI.

Em termos gerais, Baldessin afirma que compete ao agente pastoral que atua numa instituição hospitalar cumprir as seguintes tarefas: estar junto das pessoas internadas de uma maneira solidária, oferecendo conforto humano e espiritual; acompanhar, igualmente, os familiares dessas pessoas; estar a serviço também dos profissionais da saúde; e ser uma pessoa que auxilie na criação de um clima amistoso, fraternal e colaborativo entre esses profissionais e no próprio ambiente hospitalar.⁴¹²

Essas tarefas, evidentemente, caracterizam também a atuação pastoral num CTI. Assim sendo, pretende-se doravante aprofundar e especificá-las, bem como trazer outros aportes pastorais. Nesse sentido, a exposição transcorrerá a partir dos seguintes blocos temáticos: a visitação pastoral numa perspectiva ecumênica; a comunicação entre agente pastoral e paciente; a oração e o uso de ritos religiosos; e a interação do agente com a equipe assistencial.

⁴¹¹ LICHTENFELS, 2005, p. 7-8.

⁴¹² BALDESSIN, Anísio. **Como fazer pastoral da saúde?** Orientações práticas para organizar e desenvolver a pastoral da saúde em hospitais, paróquias e dioceses. São Paulo: Loyola, 2000. p. 101-102.

4.2.1 A visitação pastoral numa perspectiva ecumênica

Ao apresentar brevemente a proposta de cuidado pastoral do HMV, ressaltou-se a dimensão ecumênica desta prática. Torna-se necessário, portanto, um breve aprofundamento em torno da temática do ecumenismo, pois, invariavelmente, tangencia um assunto que pertence ao dia a dia do agente pastoral que atua num contexto hospitalar brasileiro.

4.2.1.1 Sobre o ecumenismo

O termo “ecumene” (ecumênico, ecumenismo) provém do grego “oikoumene”. Trata-se do particípio passivo feminino do verbo “oikein” que significa “habitar”. Ecumene, em tradução literal, significa “habitada”, subentendendo-se tratar da “terra”. Portanto, “oikoumene” designa a terra habitada. Na raiz está a palavra “oikos” (casa).⁴¹³

Interessante perceber que o sentido literal do termo *oikoumene* não é teológico, mas geográfico, ou seja, “refere-se ao espaço de vida do ser humano”.⁴¹⁴ Todavia, o significado desse termo não se resume apenas a determinada perspectiva geográfica. Paralelamente a essa perspectiva, podem ser identificadas outras, especificamente duas: uma cultural e outra política.

Em seu sentido primeiro, a *oikoumene* seria a “terra habitada” até onde se estendia a influência grega, pois a parte além desta terra compreendia o “mundo bárbaro”.⁴¹⁵ No NT, na passagem de Mt 24.14, pode-se extrair essa perspectiva cultural do termo *ecumene*, na qual o mundo unido pelo helenismo⁴¹⁶ é lugar para a missão universal da cristandade:⁴¹⁷ “E será proclamado este evangelho do reino em todo o mundo habitado”.⁴¹⁸

Roma oferecerá, posteriormente, um sentido político a esse termo. Como explicitado acima, a “terra habitada” traz consigo a ideia de terra “civilizada” em oposição ao “mundo bárbaro”.⁴¹⁹ Na perícopre de Lc 2.1 transparece tal noção: “Aconteceu e em os dias aqueles

⁴¹³ BRAKEMEIER, Gottfried. **Preservando a Unidade do Espírito no Vínculo da Paz**. São Paulo: ASTE, 2004. p.9.

⁴¹⁴ BRAKEMEIER, 2004, p. 9.

⁴¹⁵ NAVARRO, Juan Bosch. **Para compreender o ecumenismo**. São Paulo: Loyola, 1995. p.10.

⁴¹⁶ BRAKEMEIER, 2004, p. 9.

⁴¹⁷ MENN, Wilhelm. **Catecismo Ecumênico**: Breve introdução à natureza, história e atividade do movimento ecumênico e do Conselho Mundial de Igrejas. São Leopoldo: Sinodal, 1964. p. 7.

⁴¹⁸ SCHOLZ, Vilson; BRATCHER, Roberto G. (Org.). **Novo Testamento Interlinear Grego-Português**. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2004. p. 100.

⁴¹⁹ RIBEIRO, Sandra Ferreira. **Ecumenismo**: simples tolerância ou um estilo de vida. São Paulo: Cidade Nova, 2002. p. 34.

saiu (um) decreto da parte de César Augusto para ser recenseado todo o mundo habitado”.⁴²⁰ Nessa passagem, a “terra habitada” e “civilizada” é identificada com o Império Romano.⁴²¹ A “pax romana” passa a ser, portanto, o símbolo da *oikoumene*.⁴²² Pode-se afirmar, então, que o termo *ecumene*, apesar de sua conotação geográfica, desde cedo se apresenta como um verbete imbuído de significado cultural e político.

Todavia, com a queda do Império Romano, o verbete deixa de ter significação política e passa a identificar a Igreja Universal.⁴²³ O adjetivo “ecumênico” está em correlação com a própria Igreja católica, difundida por toda terra.⁴²⁴ Por conseguinte, é legítimo afirmar que a *ecumene* traz consigo um sentido subjacente de universalidade, de catolicidade,⁴²⁵ na qual toda a “terra habitada” é o lugar de uma única Igreja de Jesus Cristo. “Assim, por exemplo, o autor do *Martírio de Policarpo* (um escrito do século II) refere-se várias vezes em seu texto à ‘Igreja católica espalhada pela oikoumene’”.⁴²⁶

“Ecumênico, portanto, quer dizer tanto como universal, abrangendo toda a orbe terrestre, dirigido a toda a humanidade e, simultaneamente, representando a unidade de toda a cristandade na terra”.⁴²⁷

Nos primeiros séculos da era cristã, a Igreja global, universal, era uma realidade. Desconheciam-se barreiras confessionais e institucionais que impediam a unidade da Igreja. Existia uma Igreja indivisa. Entretanto, transcorridos dois milênios, múltiplas divisões tornaram tal unidade menos visível.

“Na acepção atual, o termo ‘ecumenismo’ aparece em meados do ano 1800, mas será usual somente a partir de 1920-1930”.⁴²⁸ Ele surge como reação à fragmentação da Igreja de Jesus Cristo.⁴²⁹ Hodiernamente, o ecumenismo é associado a um “campo do saber teológico”, ou a uma prática teológica que diz respeito às diversas igrejas e a busca destas por unidade.

Nos dias atuais, constata-se facilmente uma imensa variedade de expressões religiosas, de denominações eclesiais e de confessionalidades. Por conseguinte, tal variedade ressoa também num contexto hospitalar. Portanto, a “preocupação” e a “sensibilidade” ecumênica perfazem também uma tarefa e competência do próprio cuidado pastoral

⁴²⁰ SCHOLZ; BRATCHER, 2004, p. 214.

⁴²¹ MENN, 1964, p. 7.

⁴²² NAVARRO, 1995, p. 10.

⁴²³ MORA, Carlos Arboleda. **El Ecumenismo en preguntas**. Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2003. p.12.

⁴²⁴ BRAKEMEIER, 2004, p. 9.

⁴²⁵ RIBEIRO, 2002, p.34.

⁴²⁶ NAVARRO, 1995, p.10.

⁴²⁷ MENN, 1964, p.7.

⁴²⁸ RIBEIRO, 2002, p. 34.

⁴²⁹ BRAKEMEIER, 2004, p. 31.

hospitalar. Isso, sobretudo, devido a sua indiscutível legitimidade e fundamentação bíblico-teológica.⁴³⁰

Entretanto, a busca por unidade, objetivo último do ecumenismo, não se reduz à esfera eclesiológica, ao diálogo entre as diversas “igrejas irmãs”. Outrossim, convida pessoas distintas a viverem em comunhão. Ainda que a unidade entre as pessoas cristãs esteja no topo da agenda cristã, ela é primazia e não pode ser vista como um fim em si. Para tanto, vale lembrar que a “oikoumene se refere a todo mundo habitado, o que aponta para uma origem de unidade que transcende o nível puramente religioso”.⁴³¹

A unidade da Igreja permanece ilusória sem o concomitante esforço pela unidade da humanidade. Na melhor das hipóteses, os esforços alcançarão resultados parciais. [...] Comunhão cristã, para ser autêntica precisa necessariamente sanar feridas produzidas por motivos étnicos, econômicos, culturais ou outros [...] Por todas essas razões, a construção da unidade entre pessoas cristãs deve andar de mãos dadas como o saneamento básico das relações humanas, com perdão e superação dos pecados, com empenho por paz e justiça social, por um mundo mais humano.⁴³²

O ecumenismo almeja a unidade de toda a humanidade e sociedade, afinal, todas as pessoas são apresentadas no livro de Gênesis como criadas à imagem e semelhança de Deus. Nesse sentido, o mundo dilacerado pela violência e pela falta de amor e fraternidade deve ser visto como um chamado à unidade, à paz e à inclusão.

Tal inclusão se encontra no AT, pois “a eleição de Israel como povo a quem Deus fez a promessa, em momento algum do testemunho bíblico significa exclusivismo”.⁴³³ Em Gn 12.3, a bênção prometida por *Javé* a Abraão, implica em bênção a toda a humanidade. Nos profetas, pode-se atestar o interesse de *Javé* por todas as nações:

Elias teve gestos que tentavam mostrar de que maneira a influência de Deus ultrapassava as fronteiras de Israel (I Rs 19:15-17). Também Amós, cujo livro inicia com uma série de oráculos contra as nações. Jeremias foi chamado de “profeta das nações” (Jr 1:5), o que foi corroborado pela própria prática do profeta, que se fez notar por uma pregação que não se dirigia apenas à Israel, mas também a outros povos (cf. Jr 12:14-17).⁴³⁴

⁴³⁰ WOLF, Elias. **Caminhos do ecumenismo no Brasil: História – Teologia – Pastoral**. São Paulo: Paulus, 2002. p.10.

⁴³¹ SILVA, Antônio Carlos Teles da. **As origens do movimento ecumênico na Amazônia Paraense**. 2005. 206 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2005. p.7-8.

⁴³² BRAKEMEIER, Gottfried. Ecumenismo: Repensando o significado e a abrangência de um termo. **Perspectiva Teológica**, Belo Horizonte, v. 33, n. 90, p. 195-216, 2001. p. 204.

⁴³³ SILVA, 2005, p. 9.

⁴³⁴ SANTA ANA, Júlio H. de. **Ecumenismo e Libertação**. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 178.

Todavia, é no NT, que a comunidade cristã espalhada pelo mundo, encontra parâmetros para aquilo que chama de unidade. Para Mora, “o Novo Testamento traz consigo a singularidade do tema da unidade como uma característica desejada por Jesus para sua comunidade eclesial”.⁴³⁵

A unidade pretendida por Jesus deve ser entendida como aquela que reconhece e chama o outro de pessoa próxima. Tal proximidade não poupa ações, nem deveres. A aceitação incondicional de Jesus para com todos ensina a comunidade cristã a acolher a pessoa próxima no amor (Mt 22.39), bem como zelar pela pessoa necessitada, como postula a conhecida parábola do bom samaritano (Lc 10.30b-35).

Nesse sentido, a unidade só existe no amor e no acolhimento mútuo, conforme acontece ali, no momento em que sentimentos de filáucia e de soberba são postos de lado. Assim, pode-se afirmar que é na “leve” e “acerba” vida de Cristo que o ecumenismo principia. Aos pés da cruz de Cristo, encontra-se o chamado à unidade, “a fim de que todos sejam um” (Jo 17.21).

Entretanto, a unidade intencionada pelo movimento ecumênico não exige a anulação de uma salutar diversidade, fruto da própria Criação. Aliás, o próprio ecumenismo só existe em meio a essa diversidade. A Sagrada Escritura, que fundamenta o ecumenismo, é uma realidade ecumênica em si mesmo. “Surge”, por meio do testemunho de um grupo de pessoas, “nasce” em meio a uma “nuvem de depoimentos” (Hb 12.1) e, como tal:

Preconiza pluralidade como um bem, enquanto compatível e mutuamente complementar. Dá espaço para a diferença. Em tal perspectiva, a Bíblia é um livro católico. Abrange enorme riqueza de expressões da fé e ampara a variedade confessional. Ela imprime na Igreja de Jesus Cristo identidade plural. Por isto mesmo, ecumenismo não poderá pretender a uniformidade, e, sim, a comunhão do diferente.⁴³⁶

A comunhão entre o diferente, entretanto, não significa uma relativização. A Bíblia, na tradição cristã, aponta invariavelmente para o seu eixo gravitacional, ou seja, o Evangelho. O Evangelho não é um dogma, mas a pessoa de Jesus Cristo. É Ele o Evangelho encarnado. O ecumenismo aponta em direção a esse eixo gravitacional, não sendo, portanto, relativização. Ao contrário, é compromisso teológico e ético em torno da mensagem de Jesus Cristo. É esse o seu critério. A falta dele favorece leituras oportunistas e equivocadas. Conseqüentemente, o

⁴³⁵ MORA, 2003, p. 62. “*El Nuevo Testamento trae consigo la peculiaridad del tema de la unidad como una característica querida por Jesús para su comunidad eclesial*”. (Tradução nossa).

⁴³⁶ BRAKEMEIER, Gottfried. **A autoridade da Bíblia**: controvérsias – significado – fundamento. São Leopoldo: Sinodal, 2003. p. 81.

ecumenismo exige uma coerente interpretação bíblica, ou seja, uma hermenêutica que ausculta a Sagrada Escritura em seu contexto – a exegese bíblica fala de *Sitz im Leben* (“Lugar Vivencial”) – e em sua história. Uma leitura fundamentalista da Bíblia camufla e distorce a Boa Nova, bem como colabora para uma leitura legalista e reducionista do testemunho bíblico que segrega, exige uniformidade e deixa de acolher o diverso.

Como fora visto, a unidade, no ecumenismo cristão, evidentemente tem como parâmetro a vida e a mensagem de Cristo. É Ele quem define a unidade em Sua vida e em Sua cruz. Assim, o ecumenismo, a partir de Jesus Cristo, deve ser entendido como uma *práxis* que acolhe no amor – e não meramente tolera. Como tal, a unidade entre as pessoas principia no respeito mútuo. A disposição para o diálogo que visa à união do diverso, parte dessa premissa.

Assim, o ecumenismo pode ser visto como uma mentalidade que procura traduzir a fé num Deus Criador que almeja a unidade da Sua criação e da Sua Igreja e que na prática visa o respeito entre as pessoas. Nesse sentido,

O respeito pelo paciente é uma atitude fundamental para uma abordagem cristã da questão do pluralismo religioso no hospital. O respeito pelo paciente, como pessoa, também é fundamental quando se procura reconciliar a tensão entre o direito que o paciente tem à assistência religiosa e o direito de não ser agredido nas suas convicções por agentes de pastoral, ordenados ou não.⁴³⁷

A partir disso, pode-se afirmar que a visitação pastoral numa perspectiva ecumênica compreende uma prática de hospitalidade junto à pessoa internada.

4.2.1.2 A visitação pastoral como prática de hospitalidade

O termo *hospitalidade* é o contrário de *xenofobia*. Enquanto este se refere a uma atitude que se opõe ao estranho (*xenos*) e rejeita o diferente, a *filoxenia*, ou *hospitalidade*, é uma atitude que aceita a pessoa próxima como uma igual. Em outras palavras, a prática da hospitalidade se opõe à segregação e à exclusão, pois acolhe o outro em sua condição essencial de vida.⁴³⁸

Deve-se asseverar que a hospitalidade é proposta pela tradição bíblica ininterruptamente: “o outro e Deus como o Grande Outro são tudo”.⁴³⁹ Tal mensagem

⁴³⁷ MARTIN, Leonord M. O pluralismo religioso nos hospitais. In: PESSINI, Leocir (Org.). **A Pastoral nos Hospitais**: ousadia de inovar no anúncio da Boa-Nova. Aparecida: Santuário, 1993. p. 145-148. p. 146.

⁴³⁸ AIRES, 1999, p. 603.

⁴³⁹ BOFF, Leonardo. **Virtudes para um outro mundo possível**: hospitalidade: direito de todos. Petrópolis: Vozes, 2006. v. 1. p. 147.

atravessa os dois Testamentos. São inúmeras as passagens bíblicas que remetem à ideia da hospitalidade, de dar acolhimento e alimento a estrangeiros e viajantes.

No AT, o povo de Deus não deve oprimir a pessoa estrangeira e estranha (Ex. 22.20; 23.9), no entanto amá-la (Dt. 10.13), reconhecer os direitos dela (Dt. 24.17). Portanto, a hospitalidade remete a uma condição existencial de igualdade entre o que acolhe e o acolhido.⁴⁴⁰

Já no NT, Deus se fez outro em Cristo. Então, é no outro que a presença de Deus encontra máxima densidade, pois acolher este equivale a acolher o próprio Cristo (Mt 25.31-41). Assim, a aliança com Deus é tornada válida pela aliança com o outro, este que, conforme Mt 5.24, tem absoluta precedência. Conforme Boff, “tudo passa pelo outro, fora dele não há salvação”.⁴⁴¹

Ainda assim, uma atitude de hospitalidade principia não no ato de acolher, mas no reconhecimento da dignidade do outro. Nesse sentido, o cuidado pastoral numa perspectiva ecumênica visa ir ao encontro da pessoa internada, visitá-la e, mormente, acolhê-la como uma pessoa criada à imagem de Deus, isto é, criada como um ser digno. Por conseguinte, o visitador pastoral acolhe a pessoa em sua condição essencial de vida.

Bem por isso, o cuidado pastoral ecumênico, quando compreendido como uma prática de hospitalidade, jamais se impõe e se reveste de um discurso proselitista junto à pessoa internada. Em outros termos: uma ação pastoral que afirme a dignidade da pessoa internada, necessariamente deve, por princípio, respeitar a fé, a crença e os valores de outra pessoa, e isto, mediante um acolher respeitoso e revestido de humildade.

Denota-se que a reflexão estabelecida não está especificamente atrelada ao contexto de um CTI, mas ao ambiente hospitalar como um todo, pois a visitação pastoral, como uma prática de hospitalidade ecumênica, compreende uma noção trivial para o cuidado pastoral hospitalar, e isso tanto num CTI quanto nas demais unidades de internação.

E, no entanto, a importância destas temáticas – do “ecumenismo” e da “hospitalidade” – parece redobrar quando se adentra num contexto no qual as pessoas internadas estão em estado grave ou crítico, como é o caso de um CTI. Afinal, como visto no segundo capítulo, pessoas diante do seu sofrer, a fim de compreendê-lo e de justificá-lo, elaboram determinadas imagens de Deus, nem sempre de cunho cristão.

Ainda assim, mesmo tais imagens se distanciando do Deus bíblico, ou seja, do referencial bíblico-teológico que fundamenta o cuidado pastoral cristão, elas devem ser

⁴⁴⁰ AIRES, 1999, p. 604.

⁴⁴¹ BOFF, 2006, p. 149.

respeitadas pelo agente pastoral, a fim de constituir uma relação baseada na compreensão empática⁴⁴² e sensível junto à pessoa internada. Em última instância, como já expressei anteriormente, é o Deus-da-graça que justifica o ser humano, portanto, jamais o agente pastoral.

Isto requer naturalmente do assistente espiritual abertura e flexibilidade. Capacidade de percepção do diferente, de respeitá-lo e de lidar construtivamente com a diferença, sem demonstrar estranheza ou até preconceito. Para tanto é importante que perceba a sua própria reação diante do diferente. Quanto mais ele ignorar e negar esta sua reação tanto mais inseguro se sentirá e tanto menor será a possibilidade de diálogo. Esta abertura e flexibilidade não devem ser interpretadas com falta de identidade, mas como recurso importante para o estabelecimento de um espaço propício para o acolhimento e encontro entre duas pessoas.⁴⁴³

Nesse sentido, cabe destacar que a visitação pastoral num contexto de um CTI não deve ser diretiva junto ao paciente (e seus familiares), mas afirmativa. Isso é, uma visita que tem o intuito de ir ao encontro da situação de vida e da experiência histórica da pessoa internada. É o que, na psicoterapia, denomina-se de método não-diretivo.

Carl Rogers, em meados do século passado, fora o inaugurador da orientação não-diretiva. Nesse método, a pessoa a ser assistida se articula livremente, estando a conversação centrada nessa pessoa e não no “terapeuta”, como aquele que detém o saber.⁴⁴⁴ Para o cuidado pastoral, isso significa que é a pessoa internada o centro referencial no momento da visita e não o agente pastoral. Assim sendo, toda atenção deste está centrada no cuidado para com o paciente e com uma intenção: “estar aí para levá-lo a sério, perceber e entender sua situação e, se possível, ajudá-lo a clarear o que ele deseja que seja clareado e ajudá-lo a encontrar novas perspectivas de esperança e vida à luz da sabedoria de Deus”.⁴⁴⁵

⁴⁴² “Compreensão empática é a habilidade do agente de pastoral da saúde para compreender profundamente o que o doente sente. Vai muito além da simples percepção dos sentimentos do outro. É a capacidade de penetrar no mundo dos sentimentos alheios, permanecendo nós mesmos”. Cf. BALDESSIN, Anísio. **Como visitar um doente**: orientações práticas para padres, pastores e agente de pastoral da saúde. São Paulo: Loyola, 2002. p. 21. Para Clinebell, a compreensão empática é uma das características fundamentais do agente pastoral. Para o autor a empatia, a congruência (isto é, a autenticidade interior, integridade e abertura) e o calor humano não-possessivo (isto é, solicitude e respeito pela pessoa) compreendem a “triade terapêutica” do cuidado pastoral. E “quando estão presentes na pessoa que presta assistência e são percebidas pela pessoa que recebe, o relacionamento tende a proporcionar-lhe cura e crescimento”. Cf. CLINEBELL, 2000, p. 405.

⁴⁴³ GOTTWALD, Bruno Herbert. **A dimensão profética da assistência espiritual no contexto hospitalar**. 2005. 49 f. Monografia de Conclusão (Especialização em Aconselhamento e Psicologia Pastoral) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2005. p. 6.

⁴⁴⁴ OLIVEIRA, Roseli M. K. de; HEIMANN, Thomas. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In: NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). **Espiritualidade e Saúde – Da cura d’almas ao cuidado integral**. São Leopoldo: Sinodal, 2004. p. 79-98. p. 90.

⁴⁴⁵ GOTTWALD, 2005, p. 7.

No que se propôs neste bloco temático do capítulo, o método não-diretivo pode ser um valioso instrumento para a visitação pastoral numa perspectiva ecumênica, pois permite, por um lado, uma relação não hierárquica entre assistente e assistido, pois centraliza e assiste a pessoa internada em seu contexto biográfico e histórico. Por outra ótica, é um método poimênico, que privilegia um ouvir sensitivo do assistente, no qual a pessoa internada e enferma, ao falar de suas idiossincrasias, dialoga não apenas com o visitador, mas principalmente consigo mesma, trazendo à tona aquilo que a aflige ou a atormenta. Nesse sentido, Frank postula:

Uma das mais difíceis tarefas como ser humano é ouvir as vozes daqueles que sofrem. A voz do doente é fácil de ser ignorada, pois estas vozes são frequentemente em tom de hesitação e com mensagens confusas [...]. As pessoas contam histórias para dar sentido a seu sofrimento; quando elas transformam suas doenças em histórias, elas encontram a recuperação.⁴⁴⁶

Portanto, a prática de acolher o paciente a partir de uma escuta atenta cria as condições básicas da pessoa confiar no visitador, afinal ela percebe que é aceita em sua diferença, no seu sofrimento e em sua situação existencial. E isto cria as condições básicas para uma relação empática, ecumênica e acolhedora entre o agente pastoral e a pessoa internada.

Então, o profissional [ou agente pastoral] deve estar inteiramente aberto e disposto a realmente querer conhecer a experiência do outro, lembrando sempre que a família e o paciente são *experts* em suas experiências. É importante que o profissional [ou agente pastoral] procure compreender a experiência de sofrimento de cada uma das pessoas envolvidas na situação de doença, pois quando as pessoas percebem que o profissional [ou agente pastoral] está engajado em suas histórias, elas freqüentemente revelam seus medos e preocupações.⁴⁴⁷

Assim sendo, temos percebido que na *práxis* compete ao agente pastoral, muito mais o ato de “escutar”, do que o de “falar”. No entanto, por vezes, tal postura pastoral causa “estranheza” nas pessoas internadas, nos seus familiares e nos próprios profissionais da saúde, pois “com naturalidade” esperam do agente o contrário. Ou seja, alguém que se faz presente, somente, para proclamar e pregar o Evangelho e administrar sacramentos, mas não para acolher, co-sentir e se colocar ao lado do paciente. Temos a hipótese de que isso seja uma consequência de uma noção de pastoral hospitalar calcada no “sacramentalismo”, no discurso

⁴⁴⁶ FRANK, 1995 apud BOUSSO, Regina Szyllit; POLES, Kátia. Comunicação e relacionamento colaborativo entre profissional, paciente e família: abordagem no contexto da tanatologia. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193-208. p. 194.

⁴⁴⁷ BOUSSO; POLES, 2009, p. 203.

proselitista e missionário evangelístico. A citação seguinte esboça essa noção de pastoral hospitalar que Gottwald denomina de “compreensão tradicional de assistência espiritual hospitalar”:⁴⁴⁸

Um corpo doente é acompanhado de fragilidade emocional e espiritual. A doença é um momento de desestabilização, que torna o coração humano mais sensível à mensagem da salvação de Cristo. Portanto, a igreja deve ser desafiada a realizar missões em hospitais, enxergando neste campo a grande seara que realmente é.⁴⁴⁹

Inúmeras pessoas internam num hospital tendo essa compreensão de um serviço de pastoral hospitalar. Compreensão esta, por vezes, alimentada por experiências anteriores. Nesse sentido, lembramo-nos de uma senhora internada no CTI. Após nos apresentarmos a ela, de uma forma ríspida, dispensou-nos. Transcorridos alguns dias, solicitou a nossa presença. Desculpou-se com gentileza e disse o motivo de sua recusa inicial frente a nossa visita. Compartilhou que, outrora, estava internada num CTI recuperando-se de uma cirurgia complexa. Sonolenta e impedida de se comunicar, pois estava com o suporte da ventilação mecânica, um sacerdote passara no seu leito e lhe abençoara com óleo – ou seja, ela recebera o sacramento da unção. Disse que aquele momento fora traumático, pois, para ela, significou que estava morrendo. Ainda assim, a maior “queixa” dessa senhora fora que esse sacerdote não lhe veio visitar novamente e administrou o sacramento da unção com o intuito de “salvar a sua alma do inferno”.

A partir desse exemplo, deseja-se asseverar que uma pastoral ecumênica e que visa a acolher incondicionalmente o paciente, necessariamente compreende uma prática de respeito, responsabilidade e solidariedade frente à vida dessa pessoa, cabendo ao agente pastoral saber comunicar, quando oportuno, a mensagem do Evangelho de forma dialogal e adequada, tendo em vista a situação e a realidade de vida do paciente.⁴⁵⁰ Assim sendo:

O assistente espiritual não percebe o paciente a partir das categorias doença saúde, capacidade ou incapacidade funcional, tampouco convertido ou não convertido, salvo ou não salvo, mas sim a partir de categorias como esperança e desesperança, sentido e falta de sentido, comunhão e solidão, imanência e transcendência. Esta é sua contribuição no cuidado terapêutico interdisciplinar para com o paciente. Isto não significa que o assistente espiritual tenha que procurar sempre de novo chamar a atenção para o *proprium* da assistência espiritual ou até legitimar sua contribuição na recuperação de um paciente, mas significa que deve ter habilidade de inserir este seu *proprium* quando julgar significativo e de ajuda para o paciente e sua situação.⁴⁵¹

⁴⁴⁸ GOTTWALD, 2005, p. 5.

⁴⁴⁹ AGRESTE apud GOTTWALD, 2005, p. 5.

⁴⁵⁰ BUKOWSKI, Peter. **Die Bibel ins Gespraech bringen**. Neukirchen: Neukirchner, 1996. p. 27.

⁴⁵¹ GOTTWALD, 2005, p. 8-9.

Por fim, cabe lembrar que, no segundo capítulo deste trabalho, procurou-se “desconstruir” bíblico-teologicamente as imagens de um Deus-juiz, *sádico* e *apático* e “constituir” um referencial ou fundamento para o cuidado pastoral num CTI a partir das imagens bíblicas do Deus-*da-graça*, da *paixão* e *conosco* no sofrimento. Essas imagens, coerentes com o testemunho bíblico, invariavelmente legitimam e sustentam a prática do cuidado pastoral ecumênico e acolhedor junto à pessoa internada. Nesse sentido, o cuidado pastoral hospitalar, especificamente num contexto de CTI, mesmo estando alicerçado nas Sagradas Escrituras, na prática, não está necessariamente comprometido com um discurso religioso ou confessional, pois se expressa e acontece junto ao paciente de uma maneira mais ampla e aberta. Por conseguinte, traduz-se num cuidado que pode ser oferecido e prestado a todas as pessoas, independentemente de sua confessionalidade religiosa, e que podem ter as mais diversas interpretações de sofrimento, doença vida e morte.⁴⁵²

Entretanto, tendo em vista o cuidado pastoral numa perspectiva ecumênica, ou seja, que acolhe de uma forma ampla e aberta a pessoa internada, torna-se elementar atentar para uma dimensão fundamental deste cuidar: a comunicação eficaz entre paciente e agente pastoral no CTI.

4.2.2 Comunicação entre agente pastoral e paciente

Para Rebeca Bebb, “a comunicação é parte do tratamento do paciente e ficar conversando com ele, muitas vezes, é o próprio remédio”.⁴⁵³ É certo, contudo, que nem sempre é possível “conversar” com o paciente, pois está inconsciente (sedado) ou incomunicável (em estado de coma). No entanto, torna-se difícil quantificar o número de pacientes que se encontram nessa situação, pois, diuturnamente, internam novas pessoas, cada qual com seu estado de saúde, diagnóstico e tratamento médico correspondente, bem como há inúmeras situações de pacientes que, após dias de tratamento intensivo, recobram a sua consciência, como há os casos de pessoas que internam lúcidas e comunicativas, mas que, devido a uma cirurgia ou piora no estado de saúde, são sedadas ou estão em estado de coma induzido.⁴⁵⁴

⁴⁵² GOTTWALD, 2005, p. 6.

⁴⁵³ BEBB apud ARAÚJO, Mônica Martins Trovo de. A comunicação no processo de morrer. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). **Cuidados paliativos:** discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 209-221. p. 209.

⁴⁵⁴ FRÖR, 1996, p. 55.

Assim sendo, a comunicação entre agente pastoral e paciente num contexto de CTI é singular e, na maioria das vezes, distinto dos demais setores de internação de um hospital. Isso por dois motivos: o próprio contexto de um CTI, no qual há constante interferência do pessoal da assistência no instante da visita pastoral o que, por vezes, prejudica o processo comunicativo entre agente e paciente, e, evidentemente, deve ser considerado também o estado de saúde grave ou crítico da pessoa internada.

4.2.2.1 Comunicação verbal e não verbal

Partindo dessa breve introdução e que será aprofundada nas páginas subsequentes, deve-se asseverar, inicialmente, que o cuidado pastoral (ou a poimênica) compreende um processo comunicativo, pois princípios de comunicação se fazem necessariamente presentes na poimênica e determinam a natureza dessa prática.⁴⁵⁵

Um sentido básico de “comunicação” é “tornar alguma coisa comum” com alguém. Este sentido, de um lado, tem um aspecto de “passar adiante uma informação”; de outro lado, possui aspectos naturalmente conectados: interação, diálogo, relacionamento, intercâmbio. Estes aspectos revelam que comunicação não é um evento do tipo causa e efeito, de uma só direção, ou uma entidade estática fixada no tempo e no espaço. Ao contrário, é um processo espiral. Comunicação, no sentido mais puro do termo, não pode existir sem este intercâmbio. H. J. C. Pieterse afirma que “sem fazer parte da vida e do mundo dos participantes do processo não pode existir comunicação”.⁴⁵⁶

Parafraseando a citação de Pieterse, é possível afirmar que a comunicação na poimênica somente se torna eficaz caso o agente pastoral compreenda a situação de vida de determinada pessoa. No CTI, isso significa, sobretudo, compreender o estado de saúde do paciente. Ou seja, a visita pastoral ou o intercâmbio entre agente e paciente decorre e acontece a partir dessa compreensão por parte do agente. Por sua vez, a possibilidade de comunicação é uma consequência direta de uma correta compreensão do estado de saúde do paciente.

Tendo isso em vista, deve-se ressaltar que a poimênica deve ser compreendida como um processo de comunicação interpessoal, portanto, não se resume apenas em troca de mensagens entre duas ou mais pessoas, pois se trata “de um processo complexo que abrange a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens por parte de cada sujeito envolvido

⁴⁵⁵ JAGNOW, Dieter J. Elementos de comunicação no Aconselhamento Pastoral. **Igreja Luterana**, São Leopoldo, v. 53, n. 1, p. 34-45, 1994. p.34.

⁴⁵⁶ JAGNOW, 1994, p. 35.

na interação”.⁴⁵⁷ Assim sendo, “também se constitui um processo subjetivo, à medida que se dá entre pessoas que possuam experiências, cultura, valores, interesses e expectativas diferentes e, assim, expressam seu pensamento de modo desigual”.⁴⁵⁸ Gottwald denomina esse processo de comunicação interpessoal como sendo de matiz relacional, pois acontece no encontro entre dois sujeitos “e não numa relação de poder entre um sujeito, o visitador, e um objeto, o visitado”.⁴⁵⁹ Percebe-se, portanto, que estas noções de comunicação interpessoal e relacional na poimênica vão ao encontro de uma *práxis* pastoral ecumênica e acolhedora junto ao paciente.

Doravante, no instante em que o agente pastoral vai ao encontro da pessoa internada, inicia-se um processo comunicativo entre ambos os envolvidos, onde há trocas de mensagens e significados. Essas trocas determinam o surgimento de um relacionamento. Portanto, é a comunicação que basicamente sustenta o relacionamento pastoral entre agente e paciente.⁴⁶⁰

Nesse processo de intercâmbio comunicativo, como já asseverado acima, fazem-se presentes sentimentos, emoções e ideias que traduzem a noção essencial de que o processo comunicativo na poimênica acontece não apenas de uma forma verbal, afinal, todo processo de comunicação parte e possui duas dimensões, a verbal e a não verbal.

A comunicação verbal, “é aquela por meio de palavras, com o objetivo de expressar um pensamento, clarificar um fato ou validar a compreensão de algo”.⁴⁶¹ Entretanto, no cuidado pastoral, a comunicação verbal é insuficiente para caracterizar a complexa interação que há entre agente pastoral e paciente, pois toda comunicação verbal é acompanhada de emoções, sentimentos e adjetivos, que auxiliam, tanto o agente quanto o paciente, a perceber e compreender não apenas o significado das palavras expressas, mas também aquilo que o emissor dessas palavras sente e que deseja transmitir.⁴⁶² Assim sendo:

Para permitir a demonstração e compreensão dos sentimentos nos relacionamentos interpessoais é primordial a dimensão não verbal do processo de comunicação. A qualificação da linguagem verbal é dada pelo jeito e tom de voz com que as palavras são ditas, por gestos que acompanham o discurso, por olhares e expressões faciais, pela postura corporal, pela distância física que as pessoas mantêm umas das outras, e até mesmo por suas roupas, acessórios e características físicas.⁴⁶³

⁴⁵⁷ ARAÚJO, 2009, p. 211.

⁴⁵⁸ ARAÚJO, 2009, p. 211.

⁴⁵⁹ GOTTWALD, 2005, p. 7.

⁴⁶⁰ JAGNOW, 1994, p. 35.

⁴⁶¹ ARAÚJO, 2009, p. 211.

⁴⁶² ARAÚJO, 2009, p. 211.

⁴⁶³ ARAÚJO, 2009, p. 211-212.

A comunicação não verbal é estudada e classificada em várias categorias: a paralinguagem – que se refere ao modo e ao jeito de se falar (entonação, ritmo e velocidade com que as palavras são ditas, bem como o modo que são expressas, ou seja, com suspiro, riso, choro etc.); a cinésica – que diz respeito à linguagem do corpo (gestos, expressões faciais, olhares, postura etc.); a proxêmica – que trata do espaço físico dentro do processo de comunicação (por exemplo, a distância que o agente pastoral mantém do leito da pessoa internada); a tacêsica – que diz respeito ao contato físico entre os envolvidos no processo comunicativo (o toque, por exemplo, que através de elementos sensoriais, pode acarretar alterações neuromusculares, glandulares e mentais).⁴⁶⁴

Com essa breve exposição, deseja-se asseverar a complexidade que envolve todo processo comunicativo, especificamente na poimênica, e que invariavelmente “transcende” o nível puramente verbal. Assim sendo, torna-se elementar que o agente pastoral empregue adequadamente a comunicação não verbal, pois é por meio da emissão de sinais não verbais por parte deste “que o paciente desenvolve confiança, uma vez que devem demonstrar empatia e transmitir segurança”.⁴⁶⁵ Portanto, trata-se de expressar não apenas com palavras, mas também com atitudes mensagens que denotam atenção, afeto e cuidado. E essa atitude principia, sobretudo, no ato da escuta e da percepção.

O escutar não é apenas ouvir, mas permanecer em silêncio, utilizar gestos de afeto e sorrisos que demonstram aceitação e estimulem a expressão de sentimentos. Perceber constitui não apenas em olhar, mas atentar e identificar as diferentes dimensões do outro, por meio de suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade.⁴⁶⁶

E isso implica, para a assistência pastoral, uma mudança de foco, ou seja, da “tradicional” noção de uma pastoral hospitalar calcada somente na pregação verbal do Evangelho, ou ainda, no discurso proselitista, evangelístico e sacramentalista, para um cuidado pastoral que na prática principia no ato da escuta, da percepção, da compreensão, da identificação das necessidades individuais de cada pessoa internada, para, só então, planejar e realizar ações concretas junto à pessoa internada, devendo estas estarem sempre de acordo para com a vontade do paciente. Por conseguinte, cabe ao agente pastoral não apenas empregar adequadamente a sua comunicação não verbal, mas compreender também a comunicação advinda por parte do paciente, e isto, tanto em seu nível verbal como não verbal.

⁴⁶⁴ ARAÚJO, 2009, p. 212.

⁴⁶⁵ ARAÚJO, 2009, p. 212.

⁴⁶⁶ ARAÚJO, 2009, p. 219.

A partir do exposto, deve-se considerar que a comunicação na poimênica acontece como um processo simultâneo e recíproco entre agente e paciente ou como um processo circular e de “mão dupla” no qual se emitem e se recebem mensagens, tanto em nível verbal quanto não verbal. Essa lógica compreende o substrato de um cuidado pastoral calcado na interação do agente com o paciente e que no instante da visita pastoral acontece sempre de uma forma interpessoal e relacional entre dois sujeitos.

4.2.2.2 O agente pastoral como comunicador da Palavra de Deus

Para Jagnow, o agente pastoral que exerce a poimênica é um comunicador e “também nessa área do ministério⁴⁶⁷ ele é mensageiro e canal de Deus”.⁴⁶⁸ E, de fato, este não deve ser visto como uma espécie de pseudo-psicólogo ou pseudo-terapeuta ou, ainda, como assistente psicológico alternativo. Conforme Gottwald, o papel do agente pastoral, que o autor denomina de assistente espiritual, é de caráter sacerdotal, de cura d’alma, embora que no exercício do cuidado pastoral possa ou tenha que fazer uso de instrumentais ou conhecimentos psicológicos.⁴⁶⁹

⁴⁶⁷ A poimênica (ou o cuidado pastoral) constitui-se como um dos ministérios da Igreja. Ressalta-se que, Cristo e sua prática completam, por excelência, o fundamento do Ministério da Igreja. Este existe, somente, a partir de Cristo. Nesse sentido, “Ele é o Ministro por excelência e Seu é o ministério. Sua Pessoa e missão é a única e *prima fons* de onde exaurimos toda a riqueza, sentido, unidade, diversidade, poder, eficiência para o cumprimento de todo e qualquer ministério. Para compreendermos, portanto, os ministérios é necessário sempre redescobrir qual o sentido do ministério de Jesus. [...] Jesus e Sua ação na história estão, decisivamente, na raiz da natureza do autuar cristão, a ortopraxia”. Cf. SATHLER-ROSA, 2004, p. 29. A partir disso, pode-se afirmar que toda a vida de Jesus é uma atividade arquetipo, pauta e critério para todas as circunstâncias da comunidade cristã. Então, compete a Igreja, sempre de novo, “re-descobrir” em Cristo a sua vocação, o seu Ministério e a sua missão no mundo. Todavia, o ministério da poimênica não se restringe aos ministros ordenados, porém é dom de todo o “corpo de Cristo”. Baseado no sacerdócio geral, pessoas desse corpo são chamadas para receberem e exercerem tal ministério de ajuda e crescimento mútuo. Um ministério que, ao voltar-se a pessoas, extrapola “barreiras” confessionais e religiosas, na medida em que sua *práxis* repousa na ação graciosa de Jesus Cristo, que acolhe o ser humano incondicionalmente. Assim, a poimênica é intrínseca à comunidade cristã, fazendo parte do seu dia a dia. Nela, a *koinonia* encontra sua expressão máxima de interpessoalidade e relacionalidade, pois ela acompanha pessoas estrada a fora. É no cotidiano, no seguir pela estrada da existência, que ela encontra pessoas cansadas e oferece-lhes sua vocação: a de se tornar próxima destas por meio da cruz de Cristo, da qual brota a fé, a esperança e o amor, concretizados em consolo, apoio e afetividade.

⁴⁶⁸ JAGNOW, 1994, p. 34.

⁴⁶⁹ GOTTWALD, 2005, p. 8. Nesse sentido, Hoch reitera que a psicologia se ocupa com a pessoa humana na sua relação consigo mesma e com o mundo ao seu redor. Ela não considera como sendo responsabilidade sua ocupar-se com o relacionamento da pessoa com Deus, ou seja, ela é, uma disciplina antropocêntrica. Por sua vez, a teologia, especificamente o cuidado pastoral, é de caráter teocêntrico. Ainda assim, na medida em que a teologia é exercida por seres humanos e, por outro, ela volta-se a esse ser, para ser coerente com seu teocentrismo, precisa se tornar antropocêntrica para melhor cumprir sua tarefa de compreender o ser humano. Decorrente disso, a poimênica como ministério de ajuda às pessoas, para ser eficaz junto a estas, necessita dialogar e fazer uso de um campo de saber que estuda os fenômenos psíquicos do ser humano. Nesse sentido, uma “escola” ou “linha” que abarca a interface entre a psicologia e a teologia, ou seja, que traz a realidade tal contato, é a Psicologia Pastoral, que visa à aplicação de conhecimentos e recursos da psicologia a prática

Para Jagnow “é a proclamação da Palavra de Deus que fundamentalmente estabelece a distinção entre aconselhamento pastoral e aconselhamento secular”.⁴⁷⁰ Nesse sentido, o autor argumenta:

Verdadeiro aconselhamento pastoral é impossível se é baseado em articulação humana, mesmo se o pastor [agente pastoral] e o aconselhando conversam sobre Deus e coisas divinas. Em algum momento do processo a PALAVRA DE DEUS precisa ser articulada, declarada, compartilhada, comunicada. Stone afirma que “cuidado pastoral envolve a proclamação (comunicação) da Palavra e o mútuo escutar e falar dela”.

[...] É necessário entender que a missão pastoral do conselheiro [agente pastoral] está sob a missão geral do ministério, que envolve a comunicação da Palavra de Deus. Aconselhamento cristão opera com uma perspectiva cristã, e, por isso, trata com o aconselhando com esta perspectiva. Por isso, o aconselhamento não pode ser visto apenas como uma expressão de preocupação cristã a fim de responder às necessidades humanas em geral, mas como uma parte do distintivo trabalho pastoral de tornar a Palavra de Deus viva na vida do aconselhando. A Palavra de Deus é absolutamente capaz; o pastor [agente pastoral] pode – e deve – aplicá-la com a confiança de que Deus irá agir através dela de maneira criativa, regeneradora, motivadora, saneadora, de acordo com a sua vontade, na vida do aconselhando.⁴⁷¹

A presente citação traz aspectos que necessariamente devem ser elucidados, tendo em vista o ambiente e o contexto multi-cultural e religioso de um CTI. E isto, com o intuito de compreender corretamente o subtítulo deste bloco temático: *o agente pastoral como comunicador da Palavra de Deus*.

O autor sustenta que a Palavra de Deus (o Evangelho) compreende o alicerce do cuidado pastoral ou da poimênica cristã. E de fato, no segundo capítulo, buscou-se o referencial bíblico-teológico para este cuidar num contexto de um CTI. Sustentou-se que esse referencial tangencia basicamente três imagens de Deus: o da *graça*, da *paixão* e *conosco* no sofrimento. E, no entanto, a questão que se coloca é como estas “imagens” de Deus são comunicadas na prática pastoral, uma vez que fundamentam esta *práxis*? Ou seja, como se traduz em mensagem, no instante da visita pastoral junto ao paciente, o conteúdo dessas imagens divinas?

Deve-se ressaltar que as respostas para essas perguntas, invariavelmente, levam em consideração o cuidado pastoral numa perspectiva ecumênica, ou seja, uma prática de cuidado

pastoral. Não por último, deve se asseverar que a psicologia auxilia o agente pastoral a identificar possíveis angústias e problemas de ordem psíquica em relação ao sofrimento humano; aprofunda o autoconhecimento do agente, resultando na melhora do seu desempenho pastoral; ajuda-o a estar ciente das virtudes do seu labor, bem como dos seus limites; a partir de conhecimentos elementares em psicologia, o agente credencia-se a encaminhar determinados “casos” a profissionais especializados. Cf. HOCH, Lothar C. Psicologia a serviço da Libertação: possibilidades e limites da psicologia na pastoral de aconselhamento. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, ano 25, n. 3, p.249-270, 1985. p. 253-262.

⁴⁷⁰ JAGNOW, 1994, p. 38. Por aconselhamento pastoral, entende-se cuidado pastoral ou poimênica.

⁴⁷¹ JAGNOW, 1994, p. 39.

calcada na hospitalidade e que visa a estabelecer uma relação empática, sensível e não diretiva frente à pessoa internada e visitada.

Nesse sentido, sustenta-se que o cuidado pastoral num CTI não necessariamente se articula como um proclamar ou comunicar verbal da Palavra de Deus ou da Sagrada Escritura. Entende-se que não é “apenas” essa proclamação que legitima um tom pastoral à visita, mas antes, aquilo que leva a essa visita, ou seja, os prolegômenos bíblico-teológicos que “chamam” para a visitação pastoral, bem como a postura e a atitude do agente junto ao paciente, igualmente fundamentadas neste referencial.

Considera-se, portanto, que a noção de uma pastoral hospitalar calcada somente na comunicação verbal da Palavra de Deus, negligencia a ideia fundamental de que a própria postura, atitude e comunicação não verbal do agente diante do paciente, por si só, podem expressar e comunicar determinadas mensagens ou imagens de Deus. Na linha dessa argumentação, Hoch postula:

Não existe comunicação efetiva e eficaz do Evangelho fora da relação pessoal que se estabelece entre os interlocutores. A relação de amor e solidariedade fraterna por si mesma já é um veículo importante do Evangelho. Desse modo, torna-se impossível separar mensagem e mensageiro. Marshall McLuhan chegou ao extremo de afirmar que “o meio é a mensagem”. Mesmo que a tese de McLuhan seja provocativa e deva ser questionada como verdade absoluta, ela não deixa de apontar para algo que não pode ser perdido de vista ou subestimado na comunicação interpessoal: nós somos porta-vozes do Evangelho através da nossa postura toda e não apenas com a nossa boca. Nisso a tese de McLuhan é uma forma secularizada de expressar um conceito bíblico fundamental, qual seja, o da encarnação. Este conceito teológico postula que a palavra (“o verbo”), para se tornar compreensível e digna de crédito, precisa tornar-se carne, isto é, precisa se materializar em atitudes concretas de solidariedade e de amor. [...] É nesse sentido que o aconselhamento pastoral é pregação do Evangelho na linguagem de relacionamentos.⁴⁷²

O Deus-*bíblico*, ou seja, Todo-Amoroso e Apaixonado por Sua criação e que em Cristo Se mostrou Humilde e Misericordioso, é comunicado no instante da visita pastoral através de uma postura e atitude solidária e de abertura frente à pessoa internada. Portanto, também neste sentido o agente pastoral pode ser visto como comunicador da Palavra de Deus, ou seja, que leva junto ao leito hospitalar a noção bíblica do Deus-*Emanuel*. “A boa nova do Evangelho é justamente esta: que Deus se relaciona com seu povo em meio ao sofrimento e o faz em forma humana, ou seja, através da linguagem de um relacionamento fraterno”.⁴⁷³ E

⁴⁷² HOCH, Lothar C. A comunicação como Chave do Aconselhamento Pastoral. In: HOCH, Lothar C.; NOÉ, Sidnei V. (Orgs.). **Comunidade Terapêutica**: cuidando do ser através de relações de ajuda. São Leopoldo: Sinodal, 2003. p. 96-106. p. 100.

⁴⁷³ HOCH, 2003, p. 98.

assim, Ele vem ao encontro da Sua criação e a acolhe incondicionalmente a partir do Seu Amor e da Sua Graça.

Nesse sentido, a comunicação da Palavra de Deus principia no ato de ir ao encontro da pessoa internada, devendo a proclamação verbal da Palavra – por exemplo, através de citações bíblicas –, acontecer sempre como forma de consolo e estímulo, ainda assim, quando o espaço e a oportunidade para tal emergirem da própria situação.⁴⁷⁴

Neste ponto, cabe um adendo. Wangen alerta para o uso abusivo da Bíblia na poimênica. E o faz partindo do seguinte exemplo:

Um rapaz confuso a respeito da sua sexualidade, em busca de orientação e paz, consultou um pastor. O pastor, apavorado, exortou-o a respeito da auto-disciplina, recitou alguns trechos bíblicos e deu ao rapaz um Bíblia, dizendo: “Quando você se deitar à noite para dormir, coloque esta Bíblia embaixo do seu travesseiro. Isto vai ajudá-lo a livrar-se desses pensamentos e sonhos sujos e conceder-lhe descanso.” O rapaz seguiu fielmente os conselhos do pastor. Poucos dias depois, terminou entrando em um manicômio.⁴⁷⁵

Partindo desse exemplo, deseja-se asseverar, que agentes pastorais trilham um caminho de profunda responsabilidade para com o uso adequado da Bíblia, cujo uso abusivo e desvirtuado, como visto acima, pode trazer consequências nefastas na vida de uma pessoa.⁴⁷⁶

Assim sendo, discorda-se de Jagnow, caso se compreenda a poimênica ou o cuidado pastoral como um processo comunicativo no qual necessariamente e, em algum momento, deve-se proclamar verbalmente a Palavra de Deus ou o testemunho bíblico. Isso significaria engessar e reduzir esta Palavra a uma “mera fala” advinda por parte do agente pastoral, e a Bíblia, degradada a um instrumento e a uma ferramenta utilitária, “desvirtuando a sua validade original como livro de fé, de proclamação da boa nova”.⁴⁷⁷ Entretanto, essa Boa Nova, ou seja, a Palavra de Deus contida no testemunho bíblico, sempre é Palavra Viva. Portanto, é proclamada também através de um silenciar, de um toque ou como já afirmado, da atitude de ir ao encontro do “cansado e sobrecarregado”.

Nessa linha de pensamento, Josuttis afirma:

A transmissão do Evangelho não está condicionada à comunicação verbal, e muito menos ao emprego de determinados vocábulos religiosos e teológicos [...] porque para o Novo Testamento a Palavra é sempre ação, e a ação é sempre Palavra.⁴⁷⁸

⁴⁷⁴ GOTTWALD, 2005, p. 8.

⁴⁷⁵ WANGEN, Richard H. O uso e abuso da Bíblia na Poimênica. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, ano 19, n. 1, p. 95-106, 1979. p. 95.

⁴⁷⁶ WANGEN, 1979, p. 95.

⁴⁷⁷ WANGEN, 1979, p. 100.

⁴⁷⁸ JOSUTTIS, Manfred. **Prática do Evangelho entre Política e Religião**. São Leopoldo: Sinodal, 1974. p. 114.

Quer dizer, portanto, que a Palavra de Deus – o Evangelho – está implícito na ação pastoral de cuidar e assistir a pessoa internada.⁴⁷⁹ Nesse sentido, convém registrar, por exemplo, que nos quinze relatos de cura do Evangelho de Marcos, o que desencadeia a cura não é o poder e a fala de Jesus, mas a fala e o desejo da pessoa enferma ou de seus amigos. Ou seja, “a explicitação do desejo do doente antecede a ação salvífica de Cristo”.⁴⁸⁰ Partindo desse pressuposto, é a escuta atenta por parte do agente pastoral que antecede a proclamação verbal da Palavra de Deus, estando esta comunicação, contudo, sempre atrelada ao desejo, à biografia e às necessidades do paciente. A conhecida passagem bíblica dos discípulos a caminho de Emaús (Lc 24.13-35) ilustra o dito e, por conseguinte, resume em essência a poimênica e o cuidado pastoral. Jesus, sem ser reconhecido, junta-se aos discípulos e os acompanha. Caminha com eles. Após ter escutado muito e, com suas perguntas, ter exposto a aflição dos discípulos, fala e age, tendo em vista, entretanto, o momento histórico e a situação específica em que eles se encontravam.

Não por último, deve-se asseverar que a “simples” presença (e apresentação) do agente pastoral junto ao leito pode ser sinônimo de consolo e alento para a pessoa internada. Uma presença, portanto, que por si só, é fonte de comunicação. E aqui, lembro-me de inúmeras visitas na qual fora ao encontro de pacientes para levá-los breves votos de boa recuperação. Visitas curtas, na qual não se articulou de uma forma verbal a Palavra de Deus ou o Evangelho, mas sim, a partir de uma postura de humildade e de uma atitude de abertura e de disponibilidade frente ao paciente.

Nesse sentido, o agente pastoral “carrega consigo” a responsabilidade de proclamar e ser comunicador da Palavra de Deus num CTI. Isso, todavia e sobremaneira, através de uma visita acolhedora, calcada na escuta e na comunicação, tanto em nível verbal, quanto não verbal, advinda por parte da pessoa internada. E é partindo da necessidade da pessoa internada que o agente deve saber discernir o jeito e a forma de comunicar a Palavra de Deus junto ao leito de um CTI, e isso a fim de manejar “*bem a palavra da verdade*” (2 Tm 2.15b).

Por fim, há de se ressaltar que:

Encarnar a mensagem do Evangelho na relação de ajuda é uma meta a ser buscada, mas jamais chegará a ser um alvo efetivamente alcançado. Sempre permanecerá uma diferença entre o que prego e ensino e o que encarno em minha postura. Por mais

⁴⁷⁹ WANGEN, 1979, p. 98.

⁴⁸⁰ PAULY, Lodi U. O encontro da diaconia com a poimênica. In: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). **Fundamentos Teológicos do Aconselhamento Pastoral**. São Leopoldo: Sinodal, 1998. p. 61-78. p. 69.

legítima que seja a busca por coerência entre palavra e ação, preciso ter consciência de que a minha condição humana me impede de viver essa coerência em plenitude. A atuação pastoral sempre aponta para além dela mesma, a saber, para Cristo, o bom pastor. McLuhan teria razão ao dizer que o meio (nesse caso, a pessoa que pratica aconselhamento) é a mensagem? Eu prefiro dizer que o cuidador é um fragmento da mensagem, que tanto pode tornar a mensagem transparente e digna de crédito, quanto pode desacreditá-

Tendo em isso em vista, é possível afirmar que o agente pastoral carrega consigo a responsabilidade e a capacidade de interpretar o momento em que a sua visita se torna oportuna, ou seja, um momento no qual há menos “barreiras ou ruídos” externos,⁴⁸⁴ que prejudicam um eficaz processo comunicativo entre agente e paciente. Isso, pois, a rotina assistencial de um CTI é extremamente dinâmica e intensa. Por conseguinte, momentos de privacidade com o paciente são raros, pois há constante interferência, e não poderia ser diferente, tendo em vista a função de um CTI, do pessoal da assistência. Além disso, inerente ao ambiente são os ruídos sonoros e alarmes advindos dos equipamentos de monitoramento das funções vitais nos quais os pacientes estão “conectados”.

Para ilustrar o dito, não raras vezes, quando do estabelecimento de um diálogo poimênico com determinado paciente, ocorrem abruptas interrupções, pois chegara a hora do banho, da fisioterapia, da medicação, do registro dos sinais vitais, da visita médica, de um exame laboratorial ou de imagem... Assim sendo, costumamos compartilhar com o pessoal da assistência que os serviços de psicologia e de pastoral sejam os únicos de um CTI que não ocorrem com “hora marcada”, devendo, portanto, adequarem-se a intensa rotina desse ambiente. Essa rotina cria inúmeras “barreiras” no processo comunicativo entre agente e paciente.

Doravante, ressalta-se que comumente há pessoas internadas que não estão em condições de se comunicar verbalmente. É o caso, por exemplo, de pacientes em estado de coma natural ou induzido ou, ainda, que respiram com o suporte da ventilação mecânica, que estão “entubadas”. Nesse último caso, o paciente até pode estar consciente, sendo, entretanto, a sua comunicação expressa em nível não verbal, através de gestos, piscar de olhos, expressões faciais ou aperto de mão, dada a impossibilidade da sua fala. Ainda assim, Frör

⁴⁸⁴ Conforme Jagnow, as barreiras no processo comunicativo podem ser externas, internas ou semânticas. “As externas são aquelas resultantes de atividades acontecendo no contexto dos comunicadores e que perturba sua atenção”. Cf. JAGNOW, 1994, p. 39. Num CTI, estas barreiras podem ser, por exemplo, o intenso fluxo assistencial junto ao leito da pessoa internada ou os ruídos advindos dos equipamentos de monitoramento. As barreiras internas “são pensamentos e sentimentos (tanto do emissor como do receptor) que interferem no significado da mensagem”. Cf. JAGNOW, 1994, p. 40. Isto ocorre, por exemplo, quando o/a agente pastoral, mesmo estando diante do paciente, está preocupado com outros afazeres. Já as barreiras semânticas “são aquelas resultantes de significados diferentes causados pelo uso de símbolos. Certos símbolos podem significar coisas diferentes para diferentes pessoas”. Cf. JAGNOW, 1994, p. 40. Por exemplo, o símbolo da cruz pode ser interpretado pelo paciente com sendo sinônimo de morte, já para o agente pastoral pode significar ressurreição e vida. Portanto, o agente pastoral deve, no instante da visita, estar ciente que a comunicação, tanto sua, quanto do paciente, é afetada negativamente por estas barreiras, cabendo a ele diminuir ao máximo o impacto causado por estas barreiras. Para Jagnow, dois elementos podem contribuir na diminuição deste impacto: a escuta atenta, da qual já se falou anteriormente, bem como os *feedbacks*, que “são mensagens enviadas pelo comunicador destinatário em resposta à mensagem original enviada pelo comunicador de origem. Feedback é resposta, resposta com um propósito comunicativo. Portanto, o feedback marca a comunicação interpessoal como um processo circular, um vai-e-vem de mensagens, que mantém abertos os canais de comunicação”. Cf. JAGNOW, 1994, p. 41.

afirma que é possível visitar essas pessoas e se comunicar com elas, devendo o agente, entretanto, estar atento para as reações holísticas da pessoa visitada.⁴⁸⁵

Frör, a partir de sua experiência pastoral, descreve uma visita para uma pessoa internada num CTI que está consciente, mas impossibilitada de falar, devido, por exemplo, ao suporte da ventilação mecânica, da seguinte maneira:

Eu me aproximo do leito. Eu cumprimento. Eu me apresento. Eu ofereço um pouco da minha companhia. Eu digo talvez, o que vejo. Eu digo talvez, o que ouço. Eu digo aquilo que sinto. Eu digo o que faço. Finalmente, digo o que percebi. Eu encaminho o encerramento da visita. Digo bons votos, faço uma oração ou bênção. Então, me despeço.⁴⁸⁶

Trouxe-se esse exemplo de visita pastoral não para estabelecer uma espécie de “manual” ou “roteiro” a ser seguido pelo agente pastoral quando do encontro com uma pessoa impossibilitada de falar, mas para asseverar o contrário do afirmado por Baldessin quando postula: “Se o paciente estiver entubado e inconsciente, não há muito o que fazer”.⁴⁸⁷ Entende-se, pois, que não é a fala da pessoa internada o determinante para a presença do agente pastoral, mas a comunicação global – não verbal – do paciente, bem como a postura e a atitude do agente diante dele. Ou seja, mesmo onde não houver possibilidade de estabelecer um diálogo, uma comunicação verbal entre os sujeitos envolvidos, o serviço de pastoral hospitalar pode se fazer presente, como referido por Frör, a partir de uma visita breve, atenta e sensível. Essa breve visita e presença junto ao leito pode ser valorosa para a pessoa.

Deve-se considerar, entretanto, que os pacientes conscientes e comunicativos, caso o agente receba acesso ao CTI, podem ser visitados em horários alternativos aos reservados à família, afinal, torna-se evidente que, nesses escassos momentos, a pessoa internada deseja o máximo de privacidade e o carinho advindo dos seus familiares, afinal, “a família fornece proteção psicossocial ao paciente, sendo seu principal apoio durante o processo de adoecimento e hospitalização”.⁴⁸⁸

Diferentemente, contudo, é a presença pastoral diante de uma pessoa inconsciente, isso é, em coma natural ou induzido. Nesse caso, deve-se ressaltar que o contato e a relação do agente pastoral é estabelecido muito mais com a família (e relativos) do paciente, do que

⁴⁸⁵ FRÖR, 1996, p.57.

⁴⁸⁶ FRÖR, 1996, p.57. “*Ich komme herein. Ich begrüße. Ich biete an, ein wenig zu verweilen. Ich sage vielleicht, was ich sehe. Ich sage vielleicht, was ich höre. Ich sage, was ich fühle. Ich sage, was ich tue, wie ich mich bewege. Endlich fasse ich zusammen, was ich wahrgenommen habe. Ich treffe Verabredungen. Ich sage gute Wünsche oder ein Gebet oder einen Segen. Dann verabschiede ich mich*”. (Tradução nossa).

⁴⁸⁷ BALDESSIN, 2002, p. 62.

⁴⁸⁸ BOUSSO; POLES, 2009, p. 218.

propriamente com ele. Assim sendo, é possível ir ao encontro dessa pessoa, ficar ao lado do seu leito por algum tempo, entretanto, ela está impossibilitada de se comunicar e isso tanto em nível verbal como não verbal. Por conseguinte, torna-se interessante ir ao encontro dessas pessoas nos horários de visita, nos quais comumente se encontram familiares.

Portanto, há de se asseverar a importância de o agente pastoral estabelecer uma relação e uma comunicação eficaz também com os familiares da pessoa internada, tendo em vista que, em inúmeras situações, sobretudo limítrofes, o cuidado pastoral centraliza-se muito mais em torno da família do que propriamente na pessoa do paciente. Assim sendo, “é importante ressaltar que as palavras utilizadas nas conversas com as famílias são extremamente importantes. Elas são recursos poderosos de esperança, informações e encorajamento e, assim, podem ser confortantes”.⁴⁸⁹ Entretanto, quando empregadas de forma inadequada e sem sensibilidade podem machucar e funcionar como “figadas na alma”.⁴⁹⁰

Portanto:

Uma atitude atenta e cuidados de autoconhecimento, procurando observar como nos comunicamos, é um exercício de reflexão sobre o significado que as nossas palavras podem ter para os pacientes e familiares. Além disso, pode nos ajudar a estruturar nossos diálogos visando ao verdadeiro cuidado ao paciente e família na experiência de doença e morte.⁴⁹¹

Doravante, assim como o paciente, cada família – e situação de doença e sofrimento do seu familiar – são únicos. E isso deve ser considerado na interação com os familiares. “Portanto, antes de fazer qualquer comentário, é importante reconhecer a percepção dos membros da família sobre a situação”.⁴⁹² Quando o agente pastoral se antecipa em suas colocações, pode de uma maneira equivocada tecer julgamentos frente à realidade e às reais necessidades da família.

Há de se ressaltar, entretanto, que cada membro da família constrói sua própria realidade. Por conseguinte, a mesma situação pode ser percebida de forma diferente por eles. Assim sendo, compreende um desafio para o agente pastoral “aceitar a percepção de todos, compreendendo cada perspectiva do problema ou doença e como isso afeta o todo e suas relações”.⁴⁹³

⁴⁸⁹ BOUSSO; POLES, 2009, p. 201-202.

⁴⁹⁰ BOUSSO; POLES, 2009, p. 202.

⁴⁹¹ BOUSSO; POLES, 2009, p. 202.

⁴⁹² BOUSSO; POLES, 2009, p. 204.

⁴⁹³ BOUSSO; POLES, 2009, p. 204.

Assim sendo, torna-se interessante estar ciente das necessidades dos familiares, sobretudo, dos pacientes críticos ou em iminência de morte. Estudos identificaram as seguintes necessidades:

Estar com a pessoa, sentir-se útil no cuidado da pessoa, ser informado acerca de mudanças nas condições clínicas e iminência de morte, entender o que está sendo feito pelo o paciente e o porquê, ser assegurado do conforto do paciente, ser confortado, poder expressar emoções, ser assegurado de que as decisões tomadas foram as melhores, encontrar algum significado na morte e na perda da pessoa amada, ser alimentada, hidratada e poder descansar.⁴⁹⁴

Torna-se evidente, por exemplo, que não compete ao agente pastoral fornecer informações das condições clínicas de determinado paciente aos seus familiares, contudo, deve estar ciente de sua condição, buscando informações junto ao corpo clínico-assistencial.

Por vezes, o agente pode assumir uma função mediadora entre paciente, família e equipe assistencial. Ou seja, ele pode facilitar a comunicação entre esses sujeitos, entrando, por exemplo, em contato com a enfermeira assistencial, a fim de compartilhar uma necessidade expressa por determinado paciente ou familiar.

Em suma, pesquisas apontam que os principais preditores de satisfação com a assistência hospitalar dos familiares de pacientes internados no CTI foram a cortesia, a compaixão e o respeito por parte da equipe assistencial.⁴⁹⁵ Cabe, portanto, também ao agente pastoral reconhecer, em sua *práxis* – e em sua comunicação – o valor dessa tríade: cortesia – compaixão – respeito, junto ao paciente e sua família. Somente assim, a comunicação advinda por parte do agente se torna eficaz junto ao leito hospitalar e pode ser experimentada pelo paciente e seus respectivos familiares como sendo uma expressão concreta de cuidado.

4.2.3 A oração e os ritos religiosos

Ao introduzir este bloco temático,⁴⁹⁶ assevera-se que, tanto a oração quanto os ritos religiosos compreendem “recursos” importantes para o cuidado pastoral junto ao paciente, sobretudo, em situações limítrofes ou de terminalidade. No entanto, não devem substituir a

⁴⁹⁴ BOUSSO; POLES, 2009, p. 219.

⁴⁹⁵ FORTE, 2009, p. 227.

⁴⁹⁶ Não se pretende neste espaço esgotar estas amplas temáticas, mas realçar alguns aspectos. Para um maior aprofundamento sugerimos a leitura do seguinte trabalho: HAACKE, Maurício Roberto. **Aconselhamento Pastoral Hospitalar:** os ritos religiosos como parceiros da conversação pastoral na mediação da graça de Deus. 2001. 176 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2001.

conversação pastoral ou resumir o próprio cuidado pastoral num contexto de um CTI, mas recebem a função de agregar e complementar esse *cuidar*.

4.2.3.1 A oração

A oração compreende um recurso pastoral bastante utilizado junto ao paciente. De certa maneira, ela supera as barreiras do pluralismo religioso encontrado num CTI e transpõem diferenças dogmáticas que a religiosidade apresenta, pois ela se torna um elemento teológico comum em situações de doença e sofrimento, em inúmeros movimentos filosóficos, religiões, confessionalidades e correntes teológicas.

A oração é um veículo que facilita um conversar íntimo “consigo mesmo” e com Deus. É “através da oração que a pessoa enferma pode expressar seus sentimentos e desejos mais secretos, além de solicitar a Deus seu restabelecimento, sua cura”.⁴⁹⁷ Parafrazeando, a oração, em princípio, sempre é um ato de se auto-acolher e escutar, de entrar em diálogo e abrir-se “consigo mesmo”. A partir disso, brota a possibilidade de se realizar a positiva experiência e sensação de também ser ouvido. Assim sendo, orar “não é principalmente buscar, procurar, mas estar à espera de uma consonância entre aquilo que vem ao meu encontro e toda a história da minha vida”.⁴⁹⁸

Não raras vezes, na nossa lida pastoral, somos solicitados a orar pelo e com o paciente, sendo este um judeu ortodoxo, que comunga de uma filosofia espírita ou de uma religiosidade carismática, por exemplo. Quer dizer, a oração é um dos fenômenos mais naturais do ser humano – e não de determinada religião ou confessionalidade –, afinal, é também através da oração que se compreende, que se dá sentido e que se narra a vida.⁴⁹⁹

Todavia, o agente pastoral deve junto ao paciente (ou sua família) utilizar o recurso da oração de uma maneira eficaz, ou seja, responsável. Da mesma forma que a proclamação verbal da Palavra de Deus, a oração acontece sempre a partir de uma solicitação advinda por parte do paciente (ou sua família) ou quando, do desenrolar de determinada visita pastoral, o agente, mediante sensibilidade, percebe o “desejo” do paciente de colocar a sua vida, o seu sofrer e a sua esperança diante de Deus em forma de oração.

Muitos agentes pensam que, se não fizeram oração nem falaram de Deus, não fizeram uma visita pastoral. Em geral, a oração deve partir das necessidades e da

⁴⁹⁷ HAACKE, 2001, p. 102.

⁴⁹⁸ ROTILI, Sandro. Oração: ferida e bênção. **Grande Sinal**, Petrópolis, v. 52, n. 2, p. 189-196, 1998. p. 195

⁴⁹⁹ ROTILI, 1998, p. 190.

vontade do doente e não do desejo ou da pressa do agente que, às vezes, para se livrar mais rapidamente do doente, quase que impõe uma oração qualquer.⁵⁰⁰

Nem sempre há “clima para falar de Deus e fazer orações”.⁵⁰¹ Portanto, caso forçada, “a oração torna-se ineficaz, vazia ou negativa”⁵⁰² e desrespeita o direito que a pessoa hospitalizada tem de recusá-la.

Por fim, ressalta-se que a oração junto ao paciente não deve ser composta de palavras complexas, preenchida de verbetes teológicos ou ser muito extensa. Ou seja, não se emprega uma linguagem especial e fria, mas que traduza o teor do momento ou do diálogo previamente estabelecido de uma maneira simples, clara e sensitiva. Também orações conhecidas – como o Pai-Nosso e o Salmo 23 – podem ser utilizadas pelo agente.⁵⁰³ Por sinal, há de se considerar que estas orações vão encontro de situações extremas encontradas no CTI, como óbitos repentinos ou de pessoas muito jovens, por exemplo. Nesse sentido, na prática, percebe-se que, por vezes, torna-se difícil para o agente “achar” palavras sensatas e de consolo para a família, tendo em vista o momento de extrema dor vivenciado por ela. Nesses casos, a oração do Pai-Nosso e do Sl. 23 podem ser vistas como recursos preciosos para o agente pastoral, ao mesmo tempo e, sobretudo, sendo seus conteúdos mediadores do amor, do consolo e da graça de Deus junto à família.

4.2.3.2 *Os ritos religiosos*

Os ritos⁵⁰⁴ religiosos representam, para o cuidado, pastoral um instrumental terapêutico “que corrobora o processo de ordenação da vida humana a partir do restabelecimento de uma saudável relação de comunhão entre os seres humanos e Deus e de uma relação fraterna e solidária dos seres humanos entre si”.⁵⁰⁵

Esses ritos compreendem “gestos litúrgico-pastorais, nos quais prevalece a linguagem dos símbolos”⁵⁰⁶ e “desde tempos imemoriais, o homem se serve de linguagem simbólica, expressando e realizando com sinais e gestos corporais a comunhão religiosa com

⁵⁰⁰ BALDESSIN, 2002, p. 55.

⁵⁰¹ BALDESSIN, 2002, p. 55.

⁵⁰² HAACKE, 2001, p. 104.

⁵⁰³ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p.76.

⁵⁰⁴ O antropólogo Victor Turner entende o rito como “um comportamento formal prescrito para ocasiões não subordinadas aos meios tecnológicos” cuja finalidade consiste em “transmitir mensagens referentes às realidades últimas que vinculam os membros entre si”. Cf. TURNER apud HOCH, Lothar Carlos. A função terapêutica dos ritos crepusculares: aconselhamento pastoral junto aos que andam no vale da sombra da morte. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, ano 38, n. 1, p. 63-73, 1998. p. 64.

⁵⁰⁵ HAACKE, 2001, p. 115.

⁵⁰⁶ HOCH, 1998, p. 64.

o Invisível”.⁵⁰⁷ Por sua vez, a palavra – a comunicação verbal – se faz presente nos ritos como forma de dar-lhes sentido.

Fato é que a Palavra de Deus não se torna viva e ativa apenas através do ouvir e da razão, mas também através da pele, da experiência e do contato entre as pessoas.⁵⁰⁸ Nesse sentido, Haacke postula que os ritos religiosos são importantes elementos de mediação da graça de Deus em situações de crise existencial, doença e sofrimento.⁵⁰⁹

Num contexto de um CTI, o rito da bênção (e da imposição de mãos) – de inequívoca legitimidade bíblico-teológica⁵¹⁰ – compreende um gesto litúrgico⁵¹¹ característico do cuidado pastoral, pois “tem uma função terapêutica-pastoral muito especial junto a pessoas enfermas e moribundas, podendo também ser estendido a seus respectivos familiares”.⁵¹²

As mãos são o instrumento mais expressivo da linguagem corporal, sendo o toque e a imposição de mãos gestos que denotam carinho e afeto, proximidade e participação solidária do agente frente ao sofrimento vivido pelo paciente e seus familiares.

Em sentido teológico, a imposição de mãos é simultaneamente ato de súplica e ato de transmissão de poder. Através do gesto de súplica e de oração pelo enfermo, o pastor e a pastora [agente pastoral] querem expressar que o poder em questão não procede deles, mas do próprio Deus. Através do ato da imposição de mãos propriamente dito, o pastor e a pastora [agente pastoral] se tornam instrumento de mediação da graça, do consolo e do poder de Deus, que prometeu nos assistir na nossa fraqueza. Através de nossas mãos, Deus mesmo se faz presente de forma visível e palpável junto à pessoa enferma.⁵¹³

Torna-se evidente ponderar que esse ato litúrgico, na medida em que o agente não apenas se aproxima do paciente, mas o toca,⁵¹⁴ deve ser realizado sempre com o

⁵⁰⁷ HOCH, 1998, p. 64.

⁵⁰⁸ HOCH, 1998, p. 65.

⁵⁰⁹ HAACKE, 2001, p. 115-116.

⁵¹⁰ A Bíblia contém inúmeras passagens que falam da imposição de mãos. No AT, por exemplo, “Jacó abençoa seus netos, os filhos de José, colocando a mão direita sobre a sua cabeça enquanto pronuncia a bênção (Gn 48.14-16); de Josué se diz que estava cheio do espírito de sabedoria ‘porque Moisés lhe havia imposto as mãos’ (Dt 34.9). ‘O gesto simboliza a comunicação do poder e da autoridade, do espírito’”. Cf. HOCH, 1998, p. 66. Já no NT, “o gesto de impor as mãos tem significados distintos. Pode expressar uma atitude de bênção, como no caso narrado em Mc 10.13-16, onde Jesus, tomando as crianças nos braços e ‘impondo-lhes as mãos, as abençoava’. Pode estar ligado à invocação do Espírito Santo (At 8.17) ou a um gesto de envio (At 13.3). O uso mais freqüente da imposição de mãos, contudo, está ligado à idéia de cura”, assim, por exemplo, nas passagens de Mc 5.23 e de Lc 4.40. Cf. HOCH, 1998, p. 66-67.

⁵¹¹ “Liturgia é um conjunto de elementos e formas” através dos quais se realiza, por exemplo, o rito ou gesto da bênção. Cf. KIRST, Nelson. **Nossa Liturgia** – das origens até hoje. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2003. p. 11.

⁵¹² HOCH, 1998, p. 67.

⁵¹³ HOCH, 1998, p. 67.

⁵¹⁴ Na medida em que o rito da bênção e da imposição de mãos implica num contato físico com o paciente, aspectos de higiene devem ser respeitados pelo agente, ou seja, torna-se imprescindível a lavagem das mãos ou quando indicado pela equipe assistencial, o uso de luvas descartáveis, caso, por exemplo, de pacientes em isolamento de contato ou com baixa imunidade.

consentimento da pessoa ou na incapacidade desta de se comunicar, com o aval de algum familiar. No entanto, “a experiência mostra que a grande maioria das pessoas enfermas experimenta o toque físico como algo muito confortante. Para muitas delas ela se torna símbolo da presença palpável do próprio Deus, do Verbo que se fez carne”.⁵¹⁵

Assim também para o rito da unção dos enfermos⁵¹⁶ – também com respaldo bíblico-teológico⁵¹⁷ – e que era uma prática bastante difundida na Igreja Antiga. Associada à oração pelos enfermos ou à imposição de mãos, atribuía-se a esse rito – de ungir a pessoa com óleo – um poder de cura, de perdão dos pecados ou até de exorcismo.⁵¹⁸

Dentre as práticas terapêuticas da Igreja Antiga, esse rito é o que permanece mais distante do cuidado pastoral num contexto protestante. Já na ICAR,⁵¹⁹ por exemplo, o rito não apenas foi plenamente preservado, mas elevado à categoria sacramental, por conseguinte, tornando-se um sacramento bastante solicitado e realizado num CTI.

Hoch defende a ideia de que, nas igrejas protestantes, a Santa Ceia tenha assumido uma função substitutiva em relação ao rito da unção dos enfermos.⁵²⁰ E, no entanto, no NT não se encontram evidências claras de que a celebração eucarística tenha sido celebrada junto a pessoas enfermas. Todavia, “isso não impede que se entenda a ‘comunhão no partir do pão e nas orações’ (At 2.42) como um ato que também tenha ocorrido nas horas de sofrimento e de morte”.⁵²¹

Deve-se considerar, também, que há uma vinculação estreita entre o sacramento da eucaristia e da confissão de pecados. Pessoas, quando do confronto com a doença e o sofrimento, podem tecer reflexões em torno da sua vida. Por vezes, tais reflexões fazem “brotar” sentimentos de desespero e de culpa, cabendo ao agente, quando solicitado, acompanhar pastoralmente esta pessoa, sendo sua confissão fonte de alívio e consolo. Quer dizer, a Santa Ceia, quando precedida pela confissão pessoal, reveste-se de importância na medida em que assume uma função também terapêutica. Ainda assim, deve-se ressaltar que não existe uma vinculação necessária ou obrigatória entre ambas.⁵²²

⁵¹⁵ HOCH, 1998, p. 69.

⁵¹⁶ A expressão “Extrema-Unção” foi substituída por “Unção dos Enfermos”, pois o uso deste rito não permanece restrito a pessoas morrentes.

⁵¹⁷ O Sl 23 caracteriza Deus como sendo o Pastor que “unge minha cabeça com óleo” (v.5). No NT, os discípulos “curavam numerosos enfermos, unguindo-os com óleo” (Mc 6.13). Já Tg 5.14 postula: “Está alguém entre vós doente? Chame os presbíteros da igreja, e estes façam oração sobre ele, unguendo-o com óleo, em nome do Senhor”.

⁵¹⁸ HOCH, 1998, p. 68.

⁵¹⁹ Isto é, Igreja Católica Apostólica Romana.

⁵²⁰ HOCH, 1998, p. 67.

⁵²¹ HOCH, 1998, p. 69.

⁵²² HOCH, 1998, p. 70.

O agente pastoral tem a responsabilidade e a incumbência de “administrar” os ritos religiosos supracitados de uma maneira eficaz, responsável e fraterna junto ao paciente ou sua família. Não devem ser impostos, pois são meios concretos da Graça de Deus, portanto, de um Deus que é Graça.

Igualmente, deve-se considerar que o agente não tem domínio sobre esses meios, pois é o próprio Deus, através do Espírito Santo, que age por meio deles, permanecendo um mistério o modo de Sua ação, assim como permanecem ocultos os efeitos da Sua ação. Afinal, há pessoas que experimentam o rito religioso como fonte de cura física e espiritual; outras fazem a experiência de sentirem a presença do próprio Deus; outras experimentam o rito como um meio para alcançar respostas para as suas aflições ou como forma de alimentar suas esperanças; já outras, experimentam o rito com uma sensação de terem sido abandonadas por Deus.⁵²³

Portanto, também nesse sentido, o cuidado pastoral acontece e se reveste sempre de humildade, pois nem sempre – ou inúmeras vezes – está ao alcance do agente a capacidade de ajudar, estando, todavia, sempre ao seu alcance, a oportunidade de *cuidar*.

4.2.4 O agente pastoral e sua interação com a equipe assistencial

De início, cabe salientar que uma assistência hospitalar humanizada está centrada não na enfermidade, mas na pessoa enferma. Há de se destacar, então, que um hospital, enquanto centro do sistema de prestação de cuidados à saúde, deve tratar não apenas a doença, e sim, cuidar da pessoa doente.

No conceito “pessoa”, está implícito não apenas sua condição biológica de vida, porém, igualmente, sua condição biográfica. Não é unicamente o corpo humano, enquanto categoria física, e sim, o ser, enquanto realidade bio-psico-sócio-espiritual que transparece nesse conceito. É a pessoa tornada hóspede, com suas inúmeras necessidades, o centro gravitacional de um hospital humanizado e, por conseguinte, da sua equipe assistencial.

O próprio conceito de saúde ratifica o afirmado. A “saúde é muito mais do que a ausência de doenças; é a presença de ‘bem-estar de alto nível’”.⁵²⁴ Esse bem-estar se desdobra

⁵²³ HOCH, 1998, p. 71

⁵²⁴ CLINEBELL, 2007, p. 205. “Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde é muito mais do que ausência de doenças, mas um conjunto de condições para o bem-estar da pessoa em todas as suas necessidades. Para o *Guia da Pastoral da Saúde* a saúde está ligada a uma intervenção que apreende o ser humano integralmente: ‘A saúde é a afirmação da vida e como tal tem a ver com a subjetividade, a espiritualidade, a convivência democrática, a cultura de reconhecimento do diferente, da alegria e da festa’”.

em meio à integralidade humana invariavelmente e, conforme Clinebell, compreende seis dimensões interdependentes: a física, psicológica, interpessoal, ambiental, institucional e espiritual.⁵²⁵

Conceber o ser humano como um ser integral é dar a ele possibilidades de crescimento e equilíbrio. Um crescimento voltado a sua saúde holística, que exige harmonia. Uma harmonia que deve executar as seis dimensões da integralidade humana, estas interligadas entre si. Consequentemente, toda pessoa “adoentada”, fisicamente ou não, deve ser cuidada, tendo em vista a totalidade de sua existência. A *cura* é um processo contínuo de desvelos integrais.

Assim sendo, destaca-se a importância de existir uma equipe de profissionais que corresponda às necessidades essenciais da pessoa internada. Nessa conjuntura, o meio hospitalar se torna um interessante lugar de cruzamento interdisciplinar, lugar de encontro das ciências naturais, humanas e teológicas. Somente a interação e a existência dessas diversas ciências completam, *a priori*, as necessidades elementares da pessoa internada.

Essas necessidades convergem, também, para a dimensão espiritual da pessoa. Pois,

É por meio do espírito que nos colocamos diante das situações, conferindo a elas um sentido, um motivo ou razão pela qual valesse a pena continuar vivendo. A dimensão espiritual mostra-se, portanto, como uma dimensão não-determinada, mas determinante da existência.⁵²⁶

Assim sendo, o tratamento clínico, como um mero ato de diagnosticar, explicar, afastar a doença e retardar a morte é insuficiente.⁵²⁷

É necessária a dimensão espiritual que procura entender e dar sentido à doença, pois o “fato real é que a busca da espiritualidade faz parte das preocupações e direcionamentos do homem contemporâneo”. Pesquisas recentes mostram que a orientação religiosa espiritual tem efeitos benéficos sobre a saúde e contribui para que pessoas tenham melhores condições de lidar com situações críticas.⁵²⁸

Por conseguinte, há um crescente reconhecimento de que a cura de uma pessoa não é compreendida corretamente quando fatores religiosos espirituais são ignorados. Wilson aponta para o fato de que profissionais da área da saúde, cada vez mais, compreendem o

Cf. PAULA, Blanches de. Saúde Integral. In: BORTOLLETO FILHO, Fernando (Org.). **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p. 910-912. p. 910.

⁵²⁵ CLINEBELL, 2007, p. 205.

⁵²⁶ GIOVANETTI apud CAMON, Valdemar A. A. **Vanguarda em psicoterapia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. p. 5.

⁵²⁷ GOTTWALD, 2005, p. 13.

⁵²⁸ GOTTWALD, 2005, p. 13.

agente pastoral como alguém que se faz presente para auxiliar e complementar a assistência junto ao leito. Trata-se de um colaborador capaz de remover empecilhos importantes para a recuperação da pessoa enferma, gerando paz de espírito ou aliviando sua consciência pesada.⁵²⁹

Verifica-se, portanto, que as necessidades espirituais dos pacientes, familiares, bem como [dos] funcionários são levadas cada vez mais a sério e as instituições são responsabilizadas a vir ao encontro das mesmas. A espiritualidade é reconhecida como um elemento de importância na vida do ser humano e é reconhecida como recurso na superação das crises e no enfrentamento de doença e sofrimento. Este reconhecimento e espaço que são dados cada vez mais representam uma oportunidade maravilhosa de cuidado e, ao mesmo tempo, um desafio de elaborar uma proposta bem pensada e clara de assistência espiritual hospitalar.⁵³⁰

Assim, a Igreja, por exemplo, não deve se fazer presente apenas como aquela que oferece às pessoas em terminalidade de vida o seu cuidado último, ou seja, precisa ser reconhecida e chamada a se engajar no processo de cuidados hospitalares ativamente, também num contexto de cuidados intensivos.

Nesse sentido, no primeiro capítulo, atentou-se também para a equipe assistencial que atua neste contexto. Uma equipe numerosa e multidisciplinar, cujos profissionais necessariamente interagem entre si a fim de corresponderem às necessidades do paciente. Por conseguinte, o agente pastoral deve ir ao encontro desta interação e reconhecer-se como parte integrante do complexo processo assistencial de um CTI.

Sporken concorda com essa interação do agente com os demais membros da equipe. Contudo, alerta para o fato de que inúmeros agentes pastorais – o autor os denomina de capelães – desejam ser integrados, reconhecidos e respeitados pela equipe assistencial, mas, por vezes, não tiram as consequências dessa integração. Isso é, na medida em que são reconhecidos como membros da equipe, devem também se responsabilizar com ela, o que envolve saber trabalhar em equipe e “prestar contas” de suas ações junto a ela, lidar com sugestões e críticas, o que implica, não se sentirem intocáveis pelos demais profissionais.⁵³¹

Formulando mais precisamente: Quando o capelão se comporta diante do paciente de forma rude e tola, de modo que seu esforço lhe faz mais mal que bem, quando faz justamente o contrário do que o médico esperava dele [...] Quando rechaça de maneira autoritária toda colaboração com o pessoal assistencial e não está disposto a submeter o seu trabalho na equipe a uma crítica construtiva, está agindo de forma

⁵²⁹ WILSON, Michael. **A hospital: fragmentação e conflito**. Ensaio. 5. São Leopoldo: 1970, p. 52-63. p. 60.

⁵³⁰ GOTTWALD, 2005, p. 14.

⁵³¹ SPORKEN, Paul. **Ajudando a morrer: aspectos médicos, asistenciales, pastorales y éticos**. Santander: Sal Terrae, 1978. p. 119-120.

irresponsável como capelão e como membro da equipe. As pessoas responsáveis pelo hospital poderão então com toda razão chamar-lhe a prestar contas.⁵³²

Entretanto, Klessmann sustenta que na medida em que o agente pastoral saiba compreender e se adequar à rotina e aos protocolos da instituição hospitalar; comunica-se e coopera com a equipe assistencial; com responsabilidade e engajamento se faz presente em situações difíceis; então, passa a conquistar o seu espaço junto à equipe e obtém reconhecimento. Esse espaço e reconhecimento, no entanto, devem ser “cativados” constantemente devido à alta rotatividade, tanto de pacientes, quanto de profissionais.⁵³³

Portanto, o agente não deve compreender a sua atuação como paralela ao trabalho da equipe assistencial, ignorando o contexto e seus respectivos profissionais, mas atuar como um colaborador (profissional ou voluntário) dentro do sistema assistencial do hospital e construtivamente colaborar na missão terapêutica desta instituição, introduzindo suas preocupações, sugestões e dúvidas.⁵³⁴ Quer dizer,

O assistente espiritual pensa sua atuação integrada no sistema hospitalar, no entanto ciente de que, por definição e princípio, tem uma maneira de perceber, ver, comunicar e atuar diferente, eventualmente até estranha ao sistema hospital. Sabe-se integrado, mas preserva conscientemente sua identidade, seu *próprium* não de forma contestadora, mas como contribuição pro ativa. Ele percebe as diferenças e lida com elas de forma positiva, cooperativa na intenção de contribuir com e na equipe interdisciplinar para a recuperação e o bem estar do paciente como um ser bio-psico-emocional-espiritual.⁵³⁵

Torna-se evidente que essa proposta de cuidado pastoral hospitalar tangencia o ideal. Por conseguinte, na maioria das vezes, ainda distante da realidade brasileira. Ainda assim, sustenta-se que, uma vez o agente pastoral recebendo acesso ao ambiente hospitalar e, sobretudo, ao CTI, há de se destacar que, em grande medida, os conteúdos descritos acima são relacionados diretamente à sua postura e atitude pessoal.

Assim sendo, cabe ao agente estar ciente de que o reconhecimento e o tratamento que recebe por parte da equipe assistencial, na maioria das vezes, é proporcional ao

⁵³² SPORKEN, 1978, p. 120. “*Formulándolo con más exactitud: Cuando el capellán se comporta ante el paciente de forma tosca y necia de modo que su esfuerzo le hace a éste más mal que bien, cuando hace justamente todo lo contrario de lo que el médico espera de él [...] Cuando rechaza de manera autoritaria toda colaboración con el personal asistencial y no está dispuesto a someter su trabajo em el equipo a una crítica valorativa, está actuando irresponsablemente como capellán y como miembro del equipo. Lãs personas responsables del hospital podrán entonces con toda razón llamarle a rendir cuentas*”. (Tradução nossa).

⁵³³ KLESSMANN, Michael. Krankenhausseelsorge als exemplarisches Pfarramt. **Wege zum Menschen**, Göttingen, ano 53, n. 7, p. 400-419, 2001. p. 419.

⁵³⁴ KLESSMANN, Michael. **Die Rolle der Seelsorge im System Krankenhaus**. Disponível em: <http://www.ekir.de/krankenhausseelsorge/Downloads/anhang_b.pdf>. Acesso em: 12/05/2012. p. 5.

⁵³⁵ GOTTWALD, 2005, p. 17.

reconhecimento e ao tratamento que ele dá a ela. Portanto, com este bloco temático – *o agente pastoral e sua interação com a equipe assistencial* – deseja-se destacar que em grande medida aquilo que compete ao agente, em termos pastorais junto ao paciente e seus familiares, o compete também junto à equipe assistencial. Colaboradores, tendo em vista os conteúdos supracitados, igualmente podem ser assistidos pastoralmente – e também de uma forma ecumênica e acolhedora – e visitados brevemente nos postos assistenciais, por exemplo. Esse “ir ao encontro”, de uma maneira cortês e gentil, proporciona as bases para o agente se sentir e ser visto como parte integrante da equipe assistencial, sendo a interação com esta equipe trivial para um profícuo e eficaz trabalho pastoral.

Por fim, deve-se ressaltar que, num contexto de cuidados intensivos, essa interação se torna fundamental. Poder, por exemplo, participar de *rounds*, em que a equipe discute a situação e a atitude terapêutica a ser tomada diante de determinado paciente, é uma oportunidade ímpar do agente em conhecer o diagnóstico e o prognóstico dessa pessoa. Ou simplesmente ter a possibilidade de ir ao encontro da enfermeira, do técnico ou do médico plantonista, para se informar do estado de saúde de um paciente. São informações preciosas, por vezes sigilosas, mas que poderão auxiliá-lo em sua assistência junto à pessoa internada. Esse ato de ir ao encontro da equipe assistencial providencia, igualmente, as bases necessárias para que ela confie no agente, valorizando e solicitando a sua presença junto a determinado paciente e junto a própria equipe assistencial.

4.3 Considerações finais

Encerra-se o capítulo, no qual se propôs apresentar e auscultar as competências pastorais do agente pastoral num CTI, afirmando que as funções bíblicas do pastorear, portanto do cuidado pastoral, remetem essencialmente para quatro significados e atitudes: *vigiar, guiar, providenciar vida e sentir afetividade*.⁵³⁶

Só *vigia e guia* aquele que se preocupa e se interessa por algo ou alguém. Para o cuidado pastoral, o interesse por determinada pessoa, necessariamente, tangencia uma preocupação em relação a ela. Se este não fosse o caso, o cuidado pastoral não haveria sentido de existir. Os conteúdos descritos neste trabalho seriam supérfluos e facilmente descartáveis. A Igreja é chamada a se preocupar e a se inquietar com todo aquele que sofre. A dimensão da cruz, não apenas evoca a lembrança do sofrimento de Cristo, mas chama a uma *práxis* em

⁵³⁶ BOSETTI; PANIMOLLE, 1986, p. 17ss.

meio ao contexto de doença e sofrimento, como é o CTI. Nesse sentido, compete ao agente pastoral tanto o *vigiar* – o preocupar e se interessar pelo paciente – como o *guiar*, através de uma visita ecumênica e acolhedora, uma postura de humildade e atitude empática, bem como através do estabelecimento de uma comunicação eficaz junto ao leito do paciente. Isso permite ao agente assistir pessoa internada a partir de sua realidade histórica. Por conseguinte, aquele deve saber julgar a sua ação, não em termos coletivos, mas individuais, afinal, o ser humano é um documento vivo e único, em que consta a sua identidade, personalidade, biografia... em que consta a sua história inacabada e complexa.⁵³⁷

Por sua vez, *providenciar vida* significa ir ao encontro dessa história presente e única e, sobretudo, respeitá-la. Assim sendo, *providenciar vida* para o cuidado pastoral significa, por um lado, medir as chances e os limites da ação pastoral junto à determinada pessoa; por outro, remete a abraçá-la efetivamente em sua condição de vida e *afetivamente* em suas necessidades e desejos existenciais. Por conseguinte, a dimensão da *afetividade*, invariavelmente aponta para um relacionamento afetivo do agente para com a pessoa internada, na proporção em que visa a comunicar o carinho e a amizade de Deus por sua criação. Sentir *afetividade* pelo outro é sentir a vida alheia afetar a própria vida.

Assim, o cuidado pastoral, sobretudo em meio à tecnocracia de um CTI, não compreende uma atitude fria, desprovida de sentimento, mecanicista em sua ação e vazia de responsabilidade frente à pessoa internada, mas compreende uma atitude profundamente humana, de carinho, aconchego, de sentir-se tocado e responsável frente à vida alheia. Sendo a interação do agente com a equipe assistencial uma dimensão fundamental e facilitadora desta atitude de ir ao encontro do paciente e sua família.

Portanto, percebe-se uma aproximação das quatro funções bíblicas do pastorear com os blocos temáticos apresentados neste capítulo, devendo esses serem compreendidos como as competências pastorais do agente que atua num contexto de um CTI.

Por fim, ressalta-se que o cuidado pastoral, na medida em que é oferecido a pessoas, da mesma maneira é exercido por elas. Com essa afirmação óbvia, deseja-se encerrar este capítulo, atentando para o fato de que, “para cuidar da pessoa inteira, é preciso estar presente

⁵³⁷ Anton Boisen, pioneiro do movimento de clínica pastoral, enfatizou o estudo do ser humano como se este fosse um documento vivo (“*Human Live Document*”) com o qual se aprenderia sobre o significado do sofrimento humano. Cf. HILTNER, Seward. *Fünzig Jahre Clinical Pastoral Education. Wege Zum Menschen*, Göttingen, ano 27, n. 7, p. 258-268, 1975. p. 258. Para Boisen, “interpretar um ‘documento vivo’ não é somente aclarar o sentido de um texto, no entanto significa que este merece o mesmo respeito que é dispensado aos textos que se encontram na tradição judaico-cristã”. Cf. STRECK, Valburga Schmiedt. **As contribuições da terapia estrutural de famílias e da terapia narrativa para o aconselhamento pastoral com famílias multiproblemáticas de baixos recursos**. 1997. 339 f. Tese (Doutorado em Teologia) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 1998. p. 127.

como uma pessoa inteira; do contrário, a capacidade para compreender, responder e se relacionar torna-se limitada”.⁵³⁸ Nesse propósito, a preocupação e o interesse pelo outro jamais significam uma despreocupação e um desinteresse do agente pastoral frente a sua própria vida e saúde. O “cristianismo é um modo de ser e de viver que se ocupa do outro, mas que não descuida de si mesmo”.⁵³⁹ Assim, o assistir, o cuidar e o trabalhar-se são atitudes e competências, igualmente, imprescindíveis para um profícuo trabalho pastoral junto ao CTI.

⁵³⁸ REMEN, Rachel Naomi. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993. p. 18.

⁵³⁹ OLIVEIRA; HEIMANN, 2004, p. 86.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa demonstrou, no primeiro capítulo, que o CTI compreende uma unidade de internação voltada a pacientes em estado grave ou crítico de saúde. Do ponto de vista técnico-científico, é nesse contexto que, em grande medida, *busca-se* hodiernamente a sobrevivência do ser humano e a manutenção de suas funções vitais. Portanto, um CTI, *a priori*, não é um ambiente para o morrer, pois seus equipamentos diferenciados e a sua multidisciplinar equipe assistencial estão a serviço de um “lutar” pela vida.

Entretanto, tendo em vista a grave e crítica condição de saúde das pessoas internadas nesse Centro de Tratamento, tanto o sofrimento quanto a realidade da morte, invariavelmente, pertencem a esse contexto. Inúmeras vezes, o ponto de chegada da “batalha” pela vida num CTI não é a cura ou a sobrevivência do paciente, mas a realidade da morte.

Sustentou-se a ideia fundamental de que o cuidado pastoral, para ser eficaz, deve ser contextualizado. E isso tanto na prática, junto ao leito do paciente, como também nos subsídios que alicerçam o pastorear num CTI. Esses fundamentos, invariavelmente, são de cunho bíblico e teológico. Por conseguinte, no segundo e terceiro capítulos, buscamos referenciais bíblicos diante da temática do sofrimento humano e referenciais teológicos diante do tema da morte, respectivamente. Assim sendo, a partir da pergunta lançada na introdução deste trabalho: “o que envolve o cuidado pastoral num CTI?”, a investigação chegou às conclusões que seguem.

A pesquisa demonstrou que a Bíblia compreende um testemunho de fé de profunda riqueza poimênica. Dificilmente um trabalho acadêmico – por mais amplo que seja – consegue esgotar o teor *pastoral* da Escritura. Assim sendo, procuramos atentar para os eixos centrais desse “livro de fé”, quando buscamos referenciais para o cuidado pastoral diante do sofrimento e da morte.

Nessa jornada investigativa, descobrimos, no segundo capítulo, inúmeras “feições” e imagens do Deus-*bíblico*. Nem sempre, todavia, pessoas, quando do confronto com o sofrimento, sentem e vivenciam esse Deus. O amor de Deus, tão caro para o testemunho bíblico, numa realidade de sofrimento, torna-se de difícil aceitação. Por conseguinte, o ser humano, inúmeras vezes, quando do confronto com o seu sofrer, compreende-o ao elaborar imagens de um Deus-*apático, juiz e sádico*. De fato, diante do sofrimento humano, as

imagens do Deus-*bíblico* se constituem como um desafio para a lógica e a razão humana. Afinal, que Deus é esse que tanto ama, mas que tanto sofrer permite?

Também para agentes pastorais, na medida em que lidam e se confrontam com o sofrimento do outro, essa pergunta se constitui como uma invariável realidade e verdade. O desenrolar da pesquisa aconteceu também a partir dessa inquietação e da percepção de que as inúmeras imagens não-bíblicas de Deus tornam o sofrimento humano de mais fácil compreensão. No entanto, demonstrou-se que, mesmo o agente pastoral reconhecendo a existência dessa lógica num contexto de sofrimento, ele se faz presente, não para alimentar essas imagens junto ao paciente, mas a partir delas saber testemunhar aquilo que alicerça a sua assistência: única e exclusivamente a imagem do Deus-*bíblico*.

Revelou-se que o Deus-*bíblico* se deixa sensibilizar e participa da história humana. O agente pastoral, na medida em que se faz presente onde houver sofrimento, testemunha junto ao paciente que, não apenas deseja estar junto a ele em meio ao seu sofrer, mas fundamentalmente se faz presente, como forma de testemunhar a imagem do Deus-*Emanuel*, ou seja, de um Deus que participa *conosco* da nossa história de vida.

A Escritura aponta que a participação de Deus na história humana acontece sempre como uma consequência de Sua *graça*, não como uma reação frente a determinadas atitudes ou obras humanas. Assim, o seu juízo pode ser compreendido não como uma resposta frente às transgressões e falhas humanas, mas como um ato de amor pelo ser humano. Assim sendo, a pesquisa procurou desconstruir a ideia recorrente de que Deus pune ou alivia a sua criação mediante a lógica da retribuição, enviando e retirando de uma forma “mágica” ou por merecimento o sofrimento. O Deus, revelado em Cristo Jesus, não exerce o Seu senhorio mediante o imperativo da lei e do Seu juízo potente, mas é o Grande Senhor, na medida em que, na criança de Nazaré, fez-se menor e humilde.

Diante do pesado sofrimento humano, o cuidado pastoral toma como referencial também a leveza do Deus-da-*graça*, que acolhe a dor humana na medida em que encarna o sofrimento na cruz de Cristo. É a teologia da cruz, expressa na *paixão* e morte de Jesus no madeiro, realidade máxima do amor incondicional de Deus. A partir da loucura da cruz, Deus experimenta o sofrimento humano como sendo Seu também. É a Sua *graça* a Boa Nova do Evangelho.

Resulta disso que a atitude de *cuidar* pastoralmente de pessoas que se encontram em situações de sofrimento parte de referenciais, cujos conteúdos, na medida em que se configuram como sendo de teor bíblico, devem ser coerentes com esse testemunho. Portanto,

distanciam-se radicalmente de imagens divinas que expressam apatia e desinteresse, juízo frio e calculista, bem como sadismo cruel.

Assim sendo, o referencial bíblico a partir do qual o cuidado pastoral diante do sofrimento se alicerça, invariavelmente, compreende a imagem do Deus-*amor*. Esta, definida, caracterizada e traduzida por esta pesquisa a partir das imagens do Deus-*Emanuel*, da *graça* e da *paixão*.

Entretanto, a pesquisa também procurou apontar para o fato de que testemunhar essas imagens de Deus junto ao paciente compreende sempre um ato de humildade por parte do agente pastoral. A vida do Nazareno, a sua *paixão*, a sua *graça* e o seu estar *conosco* alimentam a nossa humildade junto ao que sofre.

Assim também diante da pergunta inquietante: “Que Deus é este que tanto ama, mas que tanto sofrer permite?”, agentes pastorais devem saber silenciar e estar cientes de suas limitações e de sua impotência perante a dor do outro, curvando-se, assim, diante do mistério que é o sofrimento. No entanto, o testemunho bíblico alimenta a esperança de que Deus promete estar no e junto ao cansado e sobrecarregado. Ele não abandona a Sua criação. É precisamente esse testemunho que o cuidado pastoral visa a levar ao contexto de um CTI. Um testemunho de humildade, que permanece com os “pés no chão”, que não justifica, mas que vá ao encontro do outro no seu sofrer, para com ele partilhar as essenciais imagens bíblicas de um Deus que é o *Emanuel*, que é *graça* e *paixão*.

A nossa pesquisa procurou demonstrar que essas “feições” divinas, na medida em que são expressões autênticas do Deus-*bíblico*, compreendem os referenciais bíblicos do cuidado pastoral diante do sofrimento, portanto, também num contexto de cuidados intensivos.

Já no terceiro capítulo, propomos atentar para a ampla temática da morte e buscamos um referencial teológico que possa vir a iluminar o cuidado pastoral num contexto que, invariavelmente, tem por objetivo a *resistência* frente à morte.

Inicialmente, concluímos que, mesmo a morte sendo, do ponto de vista biológico, o pressuposto da vida e uma característica natural, ela compreende o grande problema do ser humano. A própria criação dos CTI's atesta para essa evidência, afinal, a morte é a grande inimiga também das ciências médicas.

Comprovamos que a “luta” pela vida e o não se *submeter* à morte são atitudes humanas embasadas e declaradas como verdadeiras também pela reflexão teológica, pois o testemunho bíblico apresenta e define a vida como uma dádiva de Deus, na medida em que o

ser humano é chamado ao respirar a partir do sopro do Seu Criador. O Deus-*bíblico* sempre é um Deus que gera e aponta em direção à vida e deseja o consequente empenho por ela.

Nesse sentido, o agente pastoral que atua e se insere num CTI reconhece a importância desse ambiente ao passo que o legitima também através desse referencial teológico, ou seja, a *resistência* humana frente à morte, encontrada num contexto de cuidados intensivos, pode ser interpretada como um desdobramento autêntico de um Deus que vocaciona o ser humano ao cuidado para com o dom que recebeu: a vida.

Entretanto, demonstrou-se que a pura *resistência* frente à morte acaba em desilusão toda vez que se abstrai da vida a noção elementar de sua transitoriedade e finitude. A vida, enquanto grandeza histórica, tem um início e um fim. Assim sendo, o saber se *submeter* à morte compreende igualmente uma perspectiva necessária, e isso também num contexto de cuidados intensivos.

Assim sendo, apontou-se para o fato de que a atitude humana de saber se *submeter* à morte é igualmente legitimada pela reflexão teológica. A vida, enquanto dom de Deus, não é propriedade humana perene, pois em dado momento haveremos de entregá-la ao Seu Criador.

Trate-se de um *submeter-se*, entretanto, tantas vezes de difícil aceitação num CTI, dadas as possibilidades de se manter artificialmente algumas das funções vitais da vida humana. Bem por isso, mesmo que de uma forma breve, atentamos para a prática da distanásia, um problema por vezes recorrente, tendo em vista os significativos avanços na área da terapia intensiva. Esses avanços, no entanto, devendo ser empregados em prol da vida e da sobrevivência humana e não como fatores multiplicadores do sofrimento humano. Afinal, a morte, independentemente do conceito que a comunidade científica lhe dá, compreende uma inequívoca verdade e realidade, e isso também num CTI de ponta, tanto público como privado.

Enquanto escrevemos as presentes palavras finais, lembramos de inúmeras tentativas de reversão de paradas cardiorrespiratórias que presenciamos num CTI. São imagens quase que brutais! Assustam leigos na área médica como nós.

Igualmente, entretanto, lembramos de feições. Feições de pessoas que acompanhamos no CTI. Cansadas e sobrecarregadas, bradaram através de um olhar, de um dito ou do silenciar, o desejo da entrega, o desejo de *devolver* a vida. Elas cansaram de sofrer! Cansaram de *resistir*!

A dor causada pelo morrer e o vazio deixado pela morte, contudo, convidam para a contemplação de um mistério. Um mistério que tem a Páscoa por conteúdo e fundamento. Aqui, entrou em cena o testemunho cristão da ressurreição, que compreende a morte, não

como o *ponto final* da jornada humana, mas em analogia a *dois pontos*. Ou seja, não se está apagando o *ponto final*, afinal, a morte continua a existir e paira incansavelmente sobre a existência humana, mas se acrescenta a ela mais *um ponto*, dando a entender que ao fim segue um novo início. A morte é assim: é um fim com a promessa de um reinício em meio às mãos acolhedoras de Deus.

Assim sendo, o cuidado pastoral, fundamentado na esperança de um porvir, quer ser porta-voz de uma morte digna e bem-aventurada, e isso também num CTI. Sua vocação é testemunhar a vida humana enquanto dádiva de Deus. Sua tarefa é proclamar a *resistência* humana frente à morte. Sua condição, contudo, é se *submeter* a uma perspectiva contida numa oração certa vez dita: “Abba Pai, tudo te é possível; passa de mim esse cálice; contudo, não seja o que eu quero e sim o que tu queres” (Mc 14.36).

Por fim, concluímos que, nesse *submeter* e nesse *resistir*, não se caminha sozinho, pois Deus vem ao encontro de Sua criatura, enquanto *resiste* à morte e, virá em forma de consolação, graça e paz, quando chegar a hora de se *submeter* à morte bem-aventurada. Essa é a esperança cristã! Essa é a dialética da vida e da morte, pois entre a *resistência* (a *ars vivendi*) e a *submissão* (a *ars moriendi*) se caminha, vive-se e se morre! O cuidado pastoral, especificamente num contexto de CTI, tem a tarefa de proclamar essa dialética da vida e da morte, do *resistir* e do saber se *submeter* a ela. Esse é o nosso referencial teológico diante da morte.

No quarto capítulo, atentamos para as competências práticas do agente pastoral num contexto de um CTI. Iniciamos com uma breve exposição em torno da proposta de cuidado pastoral do Hospital Moinhos de Vento, que influenciou os rumos tomados pela pesquisa neste capítulo. Assim sendo, investigamos, a partir de quatro blocos temáticos, aquilo que compete ao agente exercer em termos prático-pastorais num CTI adulto.

Concluímos, afirmando que os conteúdos trazidos na última parte deste trabalho estão em consonância com os referenciais bíblicos e teológicos trazidos nos capítulos anteriores.

Assim sendo, a prática propriamente dita do cuidado pastoral num CTI foi apresentada como uma *práxis* ecumênica e acolhedora junto ao outro, pois ela se alicerça na imagem do Deus-da-graça. Por conseguinte, o agente pastoral, mediante a sua postura e atitude, comunica o amor indistinto e incondicional de Deus por Sua criação. Um amor que, por definição evangélica, abraça todo ser humano, tanto em sua dignidade, quanto em sua fragilidade.

Por sua vez, a comunicação desse amor principia no ato de ir ao encontro do paciente e visitá-lo. A imagem do Deus-*Emanuel* fundamenta a essencial noção de que Deus vem ao nosso encontro para *conosco* estar. Ele se mostrou solidário para com as pessoas que sofrem ao comungar desse sofrimento em Sua cruz. Por conseguinte, a atitude do agente pastoral de ir ao encontro do outro tornam esse Deus um pouco mais visível, palpável e concreto.

A partir de Jesus Cristo, Deus se revelou e se comunicou em plenitude. Revelou a Sua humanidade e comunicou a Sua humildade, devendo por extensão a comunicação da Sua Palavra acontecer junto ao paciente, não de uma forma impositiva e prepotente, mas testemunhada como Palavra humilde e que age também através do silêncio, do sorriso, de uma lágrima.

Através da oração, alcançamos a imagem de um Deus que escuta e ouve o clamor da Sua criação e que comunica a Sua graça através dos ritos religiosos, tão importantes quando palavras humanas já não preenchem os momentos de dor, de sofrimento e do vazio deixado pelas partidas.

Por último, a pesquisa atentou para a necessidade do agente de saber interagir com a complexa e numerosa equipe assistencial de um CTI. Uma interação que não apenas traz benefícios ao agente pastoral, na medida em que é visto como integrante dessa equipe, mas que fundamentalmente beneficia o paciente (e sua família) quando envolto por um processo assistencial, que não visa ao mero “tratar”, mas ao cuidado integral num contexto de um CTI adulto.

Assim sendo, chegamos ao final desta pesquisa cientes de que os conteúdos apresentados em cada capítulo são amplos, podendo, por vezes, apontar para outras temáticas não abordadas. Isso, devido a própria complexidade do contexto de um CTI, bem como à existência de inúmeros referenciais a partir dos quais esta pesquisa poderia ser desenvolvida. Quando, na introdução dessa tese, lançamos a pergunta: “o que envolve o cuidado pastoral num CTI?”, procuramos investigar assuntos fundamentais para o cuidado pastoral neste ambiente hospitalar. Em outros termos, este estudo teve a intenção, e assim deve ser compreendido, de lançar um “olhar” inicial em torno de referenciais bíblico-teológicos e as principais competências pastorais para um eficaz cuidado pastoral nesse contexto. Inicial, pois desejamos que a nossa pesquisa inédita no contexto brasileiro não apenas seja uma contribuição frente a essa temática, mas que, igualmente, possa servir de inspiração para outros estudos teológico-pastorais que venham a descortinar a partir de outros aportes o cuidado pastoral nesse ambiente *sui generis*. Nesse sentido, esta tese deixou aberta uma brecha, sobretudo no terceiro capítulo, para o aprofundamento das temáticas da ética e da

bioética, igualmente importantes, tendo em vista o contexto de cuidados intensivos. Certamente, a teologia e o próprio testemunho bíblico podem trazer contribuições preciosas e mais aprofundadas em torno desses assuntos.

Encerramos, afirmando que o cuidado pastoral repousa na ação graciosa de Deus e visa à comunicação dessa graça. Partindo do testemunho bíblico-teológico, este pastorear aponta para uma ação também *extra nos*. Nessas circunstâncias, o cuidado pastoral num CTI adulto não confia unicamente no saber e na capacidade do agente pastoral e dos demais membros da equipe assistencial, porém na capacidade do ser humano de sempre de novo abrir-se à verdadeira fonte da vida. *Naquele* que terna e eternamente paira sobre a existência humana. Assim, o cuidado pastoral não se restringe a métodos estanques e fechados, todavia molda a sua ação junto à pessoa enferma, abrindo-se ao horizonte da esperança; esperança que traz ao compasso da vida a lembrança terapêutica de que o Deus Pai, Filho e Espírito Santo, sempre de novo encoraja e alenta, se faz presente também ali, onde existirem pessoas cansadas e sobrecarregadas, em sofrimento ou em terminalidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AIRES, Gameiro. Hospitalidade. In: VENDRAME, Calisto; PESSINI, Leocir (Dir.). **Dicionário Interdisciplinar da pastoral da saúde**. Tradução de Calisto Vendrame et. al. São Paulo: Paulus, 1999. p. 603-606.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando**: Introdução à filosofia. São Paulo: Moderna, 1986.
- ARAÚJO, Mônica Martins Trovo de. A comunicação no processo de morrer. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 209-221.
- AUBERT, Jean-Marie. **E depois – vida ou nada?!**: Ensaio sobre o além. Tradução de Maria Duprat. São Paulo: Paulus, 1995.
- AULÉN, Gustaf. **A fé cristã**. 2. ed. Tradução de Dírson Glênio Vergara dos Santos. São Paulo: ASTE, 2002.
- BALDESSIN, Anísio. **Como fazer pastoral da saúde?** Orientações práticas para organizar e desenvolver a pastoral da saúde em hospitais, paróquias e dioceses. São Paulo: Loyola, 2000.
- _____. **Como visitar um doente**: orientações práticas para padres, pastores e agente de pastoral da saúde. São Paulo: Loyola, 2002.
- BARBIERI, Sante Uberto. **Os ensinamentos de Jesus**. 2. ed. Rio de Janeiro: Confederação Evangélica, 1952.
- BARIBRITONTAIN, Cristian de Paul. Morte encefálica. In.: VENDRAME, Calisto; PESSINI, Leocir (Dir.). **Dicionário Interdisciplinar da pastoral da saúde**. Tradução de Calisto Vendrame et. al. São Paulo: Paulus, 1999. p. 827-829.
- BARRETO, Sérgio Menna. Residência médica em terapia intensiva. In: BARRETO, Sérgio Menna (Org.). **Rotinas em terapia intensiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p.328-331.
- BÍBLIA** de Estudo Almeida. Tradução de João Ferreira de Almeida. ed. rev. e atual. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 1999.
- BINGEMER, Maria Clara; LIBÂNIO, João Batista. **Escatologia cristã**: o novo céu e a nova terra. Petrópolis: Vozes, 1985.

BOFF, Leonardo. **O destino do homem e do mundo**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

_____. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **Virtudes para um outro mundo possível: hospitalidade: direito de todos**. Petrópolis: Vozes, 2006.

BONDOLFI, A. Morte. In: LEONE, Salvino; PRIVITERA, Salvatore; CUNHA, Jorge Teixeira da (Coord.). **Dicionário de Bioética**. Tradução de A. Maia da Rocha. Aparecida: Santuário, 2001. p. 745-747.

BONHOEFFER, Dietrich. **Resistência e Submissão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; São Leopoldo: Sinodal, 1980.

BOSETTI, Elena; PANIMOLLE, Salvatore A. **Deus-pastor na Bíblia: solidariedade de Deus com seu povo**. São Paulo: Paulinas, 1986.

BOUSSO, Regina Szylit; POLES, Kátia. Comunicação e relacionamento colaborativo entre profissional, paciente e família: abordagem no contexto da tanatologia. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 193-208.

BRAKEMEIER, Gottfried. **A autoridade da Bíblia: controvérsias – significado – fundamento**. São Leopoldo: Sinodal, 2003.

_____. Ecumenismo: Repensando o significado e a abrangência de um termo. **Perspectiva Teológica**, Belo Horizonte, v. 33, n. 90, p. 195-216, 2001. p. 204.

_____. **O ser humano em busca de identidade: contribuições para uma antropologia bíblica**. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Paulus, 2002.

_____. **Preservando a Unidade do Espírito no Vínculo da Paz**. São Paulo: ASTE, 2004.

BUKOWSKI, Peter. **Die Bibel ins Gespräch bringen**. Neukirchen: Neukirchner, 1996.

CALLIA, Marcos H. P. Apresentando a morte. In: OLIVEIRA, Marcos Fleury de; CALLIA, Marcos H. P. (Orgs.). **Reflexões sobre a morte no Brasil**. São Paulo: Paulus, 2005. p. 7-16.

CAMON, Valdemar A. A. **Vanguarda em psicoterapia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CARVALHO, Paulo R. A.; AZEVEDO, Nara S. G. de. Quando quem morre é a criança. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 165-177.

CASTRO, Clovis Pinto de. Pastoral. In: BORTOLLETO FILHO, Fernando; SOUZA, José Carlos de; KILPP, Nelson (Ed.). **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p. 752-754.

CLINEBELL, Howard. **Aconselhamento pastoral**: modelo centrado em libertação e crescimento. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Paulus, 2007.

CODA, P. Deus. In: LEITE, Silvana Cobucci; MARCIONILO, Marcos (Org.). **Lexikon**: dicionário teológico enciclopédico. São Paulo: Loyola, 2003. p. 186-188.

CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil: de 5 de outubro de 1988. São Paulo: Atlas, 1988. Artigo 196.

DEISSLER, A. Deus (AT). In: MARBOECK, Johannes; WOSCHITZ, Karl M.; BAUER, Johannes B. (Org.). **Dicionário Bíblico-Teológico**. São Paulo: Loyola, 2000. p. 95-102.

EBERHARDT, Hermann. **Praktische-Seel-Sorge-Theologie**. Bielefeld: Luther-Verlag, 1993.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

ELLIS, Janice R; HARTLEY, Célia L. **Enfermagem contemporânea**: desafios, questões e tendências. 5. ed. Tradução de Maria Virgínia Godoy da Silva. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

FABER, Heije; SCHOOT, Ebel van der. **A prática da conversação pastoral**. Traduzido por Sílvio Schneider. São Leopoldo: Sinodal, 1985.

FASANELLA, G.; SILVESTRI, N.; SGRECCIA, E. Terapia Intensiva. In: LEONE, Salvino; PRIVITERA, Salvatore; CUNHA, Jorge Teixeira da (Coord.). **Dicionário de Bioética**. Tradução de A. Maia da Rocha. Revisão de José Madureira Beça. Aparecida: Santuário, 2001. p. 1071-1075.

FERNADES, Cezar Luciano Ernandes. **O sentido da cruz no evangelho de João**. São Paulo: Paulinas, 2002.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda.; FERREIRA, Marina Baird; ANJOS, Margarida dos. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4. ed. Curitiba: Positivo, 2009.

FORTE, Daniel Neves. Estratégias de comunicação em cuidados paliativos. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 223-231.

FRÖR, Peter. Seelsorge auf der Intensivstation. KLESSMANN, Michael (Hg.). **Handbuch der Krankenhauseelsorge**. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1996. p. 51-63.

GOMES, Alice Martins. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1988.

GOMES, Paulo Roberto. **O Deus im-potente** – O sofrimento e o mal em confronto com a cruz. São Paulo: Lojola, 2007.

GOTTWALD, Bruno Herbert. **A dimensão profética da assistência espiritual no contexto hospitalar**. 2005. 49 f. Monografia de Conclusão (Especialização em Aconselhamento e Psicologia Pastoral) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2005.

GRÜN, Anselm. **O que vem após a morte?**: a arte de viver e de morrer. Tradução de Bianca Wandt. Petrópolis: Vozes, 2010.

HAACKE, Maurício Roberto. **Aconselhamento Pastoral Hospitalar**: os ritos religiosos como parceiros da conversação pastoral na mediação da graça de Deus. 2001. 176 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2001.

HARDER, Günther. Alma. In.: BROWN, Colin (Ed.). **O Novo Dicionário Internacional de Teologia do Novo Testamento**. Tradução de Gordon Chown. São Paulo: Vida Nova, 1998. p. 149-158.

HEIMANN, Thomas. **Cuidando de cuidadores**: acompanhamento a profissionais que assistem pacientes UTI's – uma abordagem a partir da Psicologia Pastoral. 2003. 221 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2003.

_____. Face a face com Deus: A espiritualidade diante da morte e do morrer. In: HOCH, Lothar Carlos; HEIMANN, Thomas (Orgs.). **Aconselhamento Pastoral e Espiritualidade**. São Leopoldo: Sinodal, 2008. p. 42-58.

HELMANN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: artes médicas, 1994.

HILTNER, Seward. Fünfzig Jahre Clinical Pastoral Education. **Wege zum Menschen**, Göttingen, ano 27, n. 7, p. 258-268, 1975.

HOCH, Lothar C. A comunicação como Chave do Aconselhamento Pastoral. In: HOCH, Lothar C.; NOÉ, Sidnei V. (Orgs.). **Comunidade Terapêutica**: cuidando do ser através de relações de ajuda. São Leopoldo: Sinodal, 2003. p. 96-106.

_____. Psicologia a serviço da Libertação: possibilidades e limites da psicologia na pastoral de aconselhamento. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, ano 25, n. 3, p.249-270, 1985.

_____. A função terapêutica dos ritos crepusculares: aconselhamento pastoral junto aos que andam no vale da sombra da morte. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, ano 38, n. 1, p. 63-73, 1998.

_____. Aconselhamento Pastoral e Libertação. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, ano 29, n. 1, p. 17-40, 1989.

_____. As minhas lágrimas têm sido o meu alimento. Desafios pastorais no trabalho com enlutados. In: HOCH, Lothar Carlos; HEIMANN, Thomas (Orgs.). **Aconselhamento Pastoral e Espiritualidade**. São Leopoldo: Sinodal, 2008. p. 59-74.

_____. Sofrimento. In: BORTOLLETO, Fernando (Org.). **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p. 937-939.

HOEPFNER, Daniel. **Fundamentos Bíblico-Teológicos da Capelania Hospitalar**: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa. 2008. 121 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2008.

HOLLAND, Stephen. **Bioética**: enfoque filosófico. Tradução Luciana Pudenzi. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2008.

HULME, William E. **Pastoral care & counseling**. Minneapolis: Augsburg Publishing House, 1981.

JACOB, E. Deus – AT. In: ALLMEN, Jean-Jaques von (Dir.). **Vocabulário Bíblico**. 3 ed. Tradução de Alfonso Zimmermann. São Paulo: ASTE, 2001. p.118-125.

JAGNOW, Dieter J. Elementos de comunicação no Aconselhamento Pastoral. **Igreja Luterana**, São Leopoldo, v. 53, n. 1, p. 34-45, 1994.

JOSUTTIS, Manfred. **Prática do Evangelho entre Política e Religião**. São Leopoldo: Sinodal, 1974.

JUNGES, José Roque. Enfoque bioético da morte. In: BRUSTOLIN, Leomar Antônio (Org.). **Morte**: uma abordagem para a vida. Porto Alegre: EST Edições, 2007. p. 58-66.

KIRST, Nelson. **Nossa Liturgia** – das origens até hoje. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2003.

KLESSMANN, Michael. **Die Rolle der Seelsorge im System Krankenhaus**. Disponível em: <http://www.ekir.de/krankenhausseelsorge/Downloads/Anhang_b.pdf>. Acesso em: 12/05/2012.

_____. Krankenhausseelsorge als exemplarisches Pfarramt. **Wege zum Menschen**. Göttingen, ano 53, n. 7, p. 400-419, 2001.

KÖRTNER, Ulrich. Ethik und Seelsorge im Krankenhaus. **Wege zum Menschen**. Göttingen, ano 61, n. 2, p. 103-118, 2009.

KREEFT, Peter. **Buscar Sentido no Sofrimento**. Tradução de Alexandre Patriarca. São Paulo: Loyola, 1995.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: EDART, 1977.

KUNRATH, Pedro Alberto. A morte e o morrer: tabu, fracasso ou plenitude? In: BRUSTOLIN, Leomar Antônio (Org.). **Morte: uma abordagem para a vida**. Porto Alegre: EST Edições, 2007. p. 47-57.

LANDMANN, Jayme. **Evitando a saúde e promovendo a doença**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1986.

LEMONS, Rejane C. A.; ROSSI, Lídia A.. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 345-357, 2002.

LEONE, Salvino. Hospital. In: LEONE, Salvino; PRIVITERA, Salvatore; CUNHA, Jorge Teixeira da (Coord.). **Dicionário de Bioética**. Tradução de A. Maia da Rocha. Revisão de José Madureira Beça. Aparecida: Santuário, 2001. p. 558-565.

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

LIVRO DE CONCÓRDIA: as confissões da Igreja Evangélica Luterana. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 1993.

LUTERO, Martim. **Da liberdade cristã**. 5. ed. Tradução de Walter Altmann. São Leopoldo: Sinodal, 1998.

_____. Um sermão sobre a preparação para a morte. In: **Consolo no sofrimento**: um sermão sobre a preparação para a morte e um sermão sobre a contemplação do santo sofrimento de Cristo. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 2000. p. 7-34.

MARTIN, Leonord M. O pluralismo religioso nos hospitais. In: PESSINI, Leocir (Org.). **A Pastoral nos Hospitais**: ousadia de inovar no anúncio da Boa-Nova. Aparecida: Santuário, 1993. p. 145-148.

MASSIMO, Petrini. Hospital Católico. In: VENDRAME, Calisto; PESSINI, Leocir (Dir.). **Dicionário Interdisciplinar da pastoral da saúde**. Tradução de Calisto Vendrame et. al. São Paulo: Paulus, 1999. p. 593-597.

MEHL, R. Deus – NT. In: ALLMEN, Jean-Jaques von (Dir.). **Vocabulário Bíblico**. Tradução de Alfonso Zimmermann. São Paulo: ASTE, 2001. p. 125-132.

MEILAENDER, Gilbert. **Bioética**: uma perspectiva cristã. Tradução de Antivan G. Mendes; Lucy Yamakami; Lena Aranha. São Paulo: Vida Nova, 2009.

MENN, Wilhelm. **Catecismo Ecumênico**: Breve introdução à natureza, história e atividade do movimento ecumênico e do Conselho Mundial de Igrejas. São Leopoldo: Sinodal, 1964.

MÖLLER, Christian. Entstehung und Prägung des Begriffs Seelsorge. In.: MÖLLER, Christian (Hrgs.). **Geschichte der Seelsorge in Einzelporträts**. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1994. p. 9-19.

MOLTMANN, Jurgen. **Quem é Jesus Cristo para nós hoje?** Tradução de Ênio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, 1996.

MONLOUBOU, Luis; DU BUIT, F. M. (Org.). **Dicionário Bíblico Universal**. Aparecida: Santuário; Petrópolis: Vozes, 1997.

MORA, Carlos Arboleda. **El Ecumenismo en preguntas**. Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2003.

MULHOLLAND, Dewey M. **Marcos**: Introdução e comentário. Tradução de Maria J. P. Menga. São Paulo: Edições Nova Vida, 1978.

NAVARRO, Juan Bosch. **Para compreender o ecumenismo**. São Paulo: Loyola, 1995.

NODARI, Paulo César. Breves considerações filosóficas acerca da morte. In: BRUSTOLIN, Leomar Antônio (Org.). **Morte**: uma abordagem para a vida. Porto Alegre: EST Edições, 2007. p. 26-46.

NOÉ, Sidnei Vilmar. A morte bem-aventurada: Lutero e a *ars moriendi*. In: HOCH, Lothar Carlos; WONDRACEK, Karin (Orgs.). **Bioética**: avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar. São Leopoldo: Sinodal, 2006. p. 77-84.

OLIVEIRA, Roseli M. K. de; HEIMANN, Thomas. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In: NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). **Espiritualidade e Saúde** – Da cura d'almas ao cuidado integral. São Leopoldo: Sinodal, 2004. p. 79-98.

PAOLO, Giannoni. Morte e morrer. In.: VENDRAME, Calisto; PESSINI, Leocir (Dir.). **Dicionário Interdisciplinar da pastoral da saúde**. Tradução de Calisto Vendrame et. al. São Paulo: Paulus, 1999. p. 822-827.

PAULA, Blanches de. Saúde Integral. In: BORTOLLETO FILHO, Fernando (Org.). **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p. 910-912.

PAULY, Lodi U. O encontro da diaconia com a poimênica. In: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). **Fundamentos Teológicos do Aconselhamento Pastoral**. São Leopoldo: Sinodal, 1998. p. 61-78.

PESSINI, Léo. Distanásia: Algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. In.: SANTOS, Franklin Santana (Org.). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 319-348.

_____. **Eutanásia e América Latina** – questões ético-teológicas. Aparecida: Santuário, 1990.

PIERLUIGI, Marchesi. Humanização da saúde. In: VENDRAME, Calisto; PESSINI, Leocir (Dir.). **Dicionário Interdisciplinar da pastoral da saúde**. Tradução de Calisto Vendrame et. al. São Paulo: Paulus, 1999. p. 606-619.

PINHEIRO, Cleovaldo Tadeu dos Santos. O paciente e seu atendimento em terapia intensiva. In: BARRETO, Sérgio et. al. **Rotinas em Terapia Intensiva**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. p. 25-30.

PINHO, Leandro B. de; SANTOS, Silvia M. A. dos. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 66-72, 2008.

PINKUS, Lúcio. **Psicologia do doente**. Tradução de João Ferreira. Revisão de Jane Cantú. São Paulo: Paulinas, 1998.

PITTA, Ana. **Hospital**: dor e morte como ofício. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

POHL, Adolf. **Evangelho de Marcos**: Comentário Esperança. Tradução de Hans U. Fuchs. Curitiba: Editora Evangélica Esperança, 1998.

POTTER, Patricia A. Sistema de prestação de cuidado de saúde. In: POTTER, Patrícia; PERRY, Anne (Org.). **Fundamentos de enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. v.1. p.19-42.

PRUDENTE, Mauro Godoy. **Bioética**: conceitos fundamentais. Porto Alegre: Ed. do Autor, 2000.

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

RENDTORFF, Rolf. **A formação do Antigo Testamento**. 6. ed. rev. São Leopoldo: Sinodal, 2002.

REVILLA, Federico. **Reflexões sobre a vida após a morte**. Tradução de Roberto Tápia Vidal. São Paulo: Paulinas, 1998.

RIBEIRO, Sandra Ferreira. **Ecumenismo**: simples tolerância ou um estilo de vida. São Paulo: Cidade Nova, 2002.

ROTILI, Sandro. Oração: ferida e bênção. **Grande Sinal**, Petrópolis, v. 52, n. 2, p. 189-196, 1998.

SANTA ANA, Júlio H. de. **Ecumenismo e Libertação**. Petrópolis: Vozes, 1987.

SANTOS, Franklin Santana. Conceituando morte. In.: SANTOS, Franklin Santana (Org.). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 301-318.

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

SCHMIDT, Werner H. **Introdução ao Antigo Testamento**. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2002.

SCHNACKENBURG, Rudolf. **Jesus Cristo nos quatro evangelhos**. São Leopoldo: Unisinos, 2001.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. Aconselhamento pastoral. In: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph; ZWETSCH, Roberto E. (Orgs.). **Teologia Prática no Contexto da América Latina**. 3. ed. rev. ampl. São Leopoldo: Sinodal, 2011. p. 256-280.

_____. **Como acompanhar doentes**. São Leopoldo: Sinodal, 1994.

SCHOLZ, Vilson. Morte e pós-morte. In.: BORTOLLETO FILHO, Fernando. **Dicionário Brasileiro de Teologia**. São Paulo: ASTE, 2008. p. 686-689.

SCHOLZ, Vilson; BRATCHER, Roberto G. (Org.). **Novo Testamento Interlinear Grego-Português**. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2004.

SCHWARZ, Hans. Locus 12: Escatologia. In: BRAATEN, Carl; JENSON, Robert (Eds.). **Dogmática cristã**. São Leopoldo: Sinodal, 1995. v. 2. p. 473-588.

SILVA, Antônio Carlos Teles da. **As origens do movimento ecumênico na Amazônia Paraense**. 2005. 206 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2005.

SILVA, Sebastiana Soares da; PINHO, Lícia Maria de Oliveira. Conceito, origem e evolução da saúde pública. In: LIMA, Idelmina Lopes de (Coord.). **Manual do técnico e auxiliar de enfermagem**. 6. ed. rev. ampl. Goiânia: AB, 2000. p. 497-509.

SÖLLE, Dorothee, **Sofrimento**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SPORKEN, Paul. **Ajudando a morrer**: aspectos médicos, asistenciales, pastorales y éticos. Santander: Sal Terrae, 1978.

STRECK, Valburga Schmiedt. **As contribuições da terapia estrutural de famílias e da terapia narrativa para o aconselhamento pastoral com famílias multiproblemáticas de baixos recursos.** 1997. 339 f. Tese (Doutorado em Teologia) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 1998.

STRECK, Gisela Isolde Waechter; LAUX, Núbia Marta. **Manual de normas para trabalhos científicos:** baseado nas normas da ABNT. 2. ed. rev. e atual. São Leopoldo: Faculdades EST/ISM, 2009.

TILLICH, Paul. **História do pensamento cristão.** São Paulo: ASTE, 1988.

TORRES QUEIRUGA, Andrés. **Creio em Deus Pai:** o Deus de Jesus como afirmação plena do humano. Tradução de I.F.L. Ferreira. São Paulo: Paulinas, 1993.

TORRESINI, Elisabeth W. Rochadel. Do amor ao próximo à cidadania. In: **Hospital Moinhos de Vento** – 80 anos de amor à vida. Porto Alegre: Leonid Streliev, 2007. p. 44-67.

UENISHI, Eliza Kaori. **Enfermagem médico-cirúrgica em unidade de terapia intensiva.** 9. ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2008.

_____. _____. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 1994.

VARONE, François. **Esse Deus que dizem amar o sofrimento.** Aparecida: Santuário, 2001.

VERAS, Marinízia Castro; SANTANA, Robson Carvalho. Enfermagem em UTI. In: CRUZ, Andréia Porto (Org.). **Curso didático de enfermagem.** 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2006. p. 279-324.

WANGEN, Richard H. O uso e abuso da Bíblia na Poimênica. **Estudos Teológicos,** São Leopoldo, ano 19, n. 1, p. 95-106, 1979.

WEBER, Bernardete; DEMENEGHI, Lígia Suzana. **Assistência Integral:** o paciente como núcleo e a equipe como célula. Porto Alegre: AGE, 1997.

WESTPHAL, Euler Renato. Deus – conhecimento de Deus. In: BORTOLLETO FILHO, Fernando (Org.). **Dicionário Brasileiro de Teologia.** São Paulo: ASTE, 2008. p. 276-279.

_____. Deus – os atributos de Deus. In: BORTOLLETO FILHO, Fernando (Org.). **Dicionário Brasileiro de Teologia.** São Paulo: ASTE, 2008. p. 280-282.

WIBBING, Siegfried. Corpo. In.: BROWN, Colin (Ed.). **O Novo Dicionário Internacional de Teologia do Novo Testamento.** Tradução de Gordon Chown. São Paulo: Vida Nova, 1998, p. 516-525.

WILSON, Michael. **O hospital:** fragmentação e conflito. Ensaio. 5. São Leopoldo: 1970, p. 52-63.

WINKLER, Klaus. **Seelsorge**. Berlin; New York: Walter de Gruyter, 2000.

WOLF, Elias. **Caminhos do ecumenismo no Brasil: História – Teologia – Pastoral**. São Paulo: Paulus, 2002.

WOLF, Hans W. **Antropologia do Antigo Testamento**. São Paulo: Loyola, 1975.