

FACULDADES EST
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

RAFAEL SOUZA RODRIGUES

A MISSÃO DA IGREJA JUNTO A PESSOAS ENFERMAS NO
CONTEXTO DA CAPELANIA HOSPITALAR: UMA REFLEXÃO
A PARTIR DA TEOLOGIA DA MISSÃO INTEGRAL

São Leopoldo
2016

RAFAEL SOUZA RODRIGUES

A MISSÃO DA IGREJA JUNTO A PESSOAS ENFERMAS NO
CONTEXTO DA CAPELANIA HOSPITALAR: UMA REFLEXÃO
A PARTIR DA TEOLOGIA DA MISSÃO INTEGRAL

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

Orientador: Roberto Ervino Zwetsch
Co-orientadora: Karin Hellen Kepler Wondracek

São Leopoldo
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R696m Rodrigues, Rafael Souza

A missão da igreja junto a pessoas enfermas no contexto da capelania hospitalar: uma reflexão a partir da teologia da missão integral / Rafael Souza Rodrigues ; orientador Roberto Ervino Zwetsch; coorientadora Karin Hellen Kepler Wondracek. – São Leopoldo : EST/PPG, 2016.
182 p. : il. ; 31 cm

Tese (doutorado) – Faculdades EST. Programa de Pós-Graduação. Doutorado em Teologia. São Leopoldo, 2016.

1. Capelães de hospitais. 2. Cuidados com os doentes – Aspectos religiosos – Cristianismo. 3. Medicina pastoral. 4. Missão da Igreja. I. Zwetsch, Robert E. (Roberto Ervino). II. Wondracek, Karin Hellen Kepler, 1956- . III. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

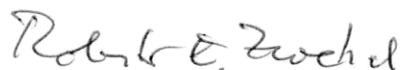
RAFAEL SOUZA RODRIGUES

**“A MISSÃO DA IGREJA JUNTO A PESSOAS ENFERMAS NO CONTEXTO DA
CAPELANIA HOSPITALAR: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA TEOLOGIA DA
MISSÃO INTEGRAL”**

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

Data de Aprovação: 11 de março de 2016

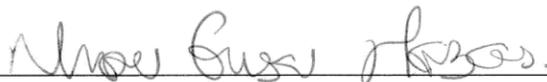
Prof. Dr. Roberto Ervino Zwetsch (Presidente)



Prof.^a Dr.^a Karin Hellen Kepler Wondracek (EST)



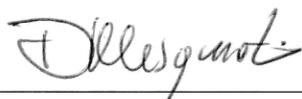
Prof. Dr. Nilton Eliseu Herbes (EST)



Prof. Dr. Daniel Annuseck Hoepfner (HMV)



Prof. Dr. David Mesquiati De Oliveira (FUV)



Este trabalho é dedicado a Angela e a Amanda.

AGRADECIMENTOS

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

À minha esposa Angela por seu amor incondicional, paciência e companheirismo.

À minha filha Amanda por me incentivar com seu sorriso, trazendo alegria e vida ao meu coração todos os dias.

Aos meus pais e irmãos pelo incentivo e suporte.

À minha amiga Margareth Lovisi pelo apoio na revisão.

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

Ao professor Roberto por seu acompanhamento acadêmico e pastoral, sua incansável e competente orientação e sua terna compreensão.

À professora Karin por sua dedicação e imprescindível colaboração na orientação da tese.

Aos colegas dos grupos de pesquisa “Aconselhamento e Psicologia Pastoral” e “Interculturalidade na América Latina”, por suas contribuições na caminhada acadêmica.

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

A CAPES - Brasil pelo apoio, sustento e suporte financeiro.

Aos Hospitais Moinhos de Vento e São Lucas (PUCRS) por apoiar e permitir a realização da pesquisa social.

Aos capelães/ãs e pacientes participantes da pesquisa social pelo acolhimento e por compartilharem comigo suas experiências de vida.

RESUMO

Esta tese tem como objetivo analisar as práticas de capelania hospitalar a partir das contribuições da teologia da missão integral e da psicologia pastoral, tendo em vista uma práxis do cuidado coerente com uma compreensão integral do evangelho de Jesus Cristo. Quando as pessoas recebem o diagnóstico de uma doença e necessitam passar pela experiência de hospitalização, isto pode acarretar um momento de fragilidade emocional, sofrimento, questionamento dos seus valores e da sua fé. Esse contexto desafia a Igreja de Cristo no cumprimento da sua missão em cuidar, principalmente, daqueles que sofrem, conforme o ensinamento de Jesus Cristo. No caso deste estudo, aborda-se de forma interdisciplinar, a necessidade de cuidado no mundo contemporâneo, seguindo com a construção do conceito e da relação entre cuidado pastoral e saúde integral, lançando as bases para o cuidado pastoral no contexto hospitalar. Em um segundo momento, apresenta-se a teologia da missão integral como uma expressão evangélica da teologia latino-americana, principalmente desde o início da década de 1970, visando a apontar a possibilidade dos seus pressupostos serem adotados como fundamentos teológicos da capelania hospitalar. Apresenta-se também uma pesquisa social que foi realizada em dois serviços de capelania ligados a duas respeitadas instituições hospitalares de Porto Alegre, RS, o Hospital Moinhos de Vento e o Hospital São Lucas, por meio de oito entrevistas semiestruturadas com capelães/ãs e pacientes das mesmas. Esta pesquisa forneceu um rico material para análise e reflexão, a partir da interpretação dos resultados por meio da metodologia da Análise de Conteúdo. Posteriormente, se elaborou propostas para uma capelania hospitalar comprometida com a contextualização do evangelho, com a integralidade da missão, com uma espiritualidade integral, compreendendo a capelania hospitalar como parceria na missão de Deus e com a sinalização do reino de Deus nesse contexto específico.

Palavras-chave: Capelania Hospitalar, Cuidado, Teologia da Missão Integral, Missão da igreja no contexto hospitalar.

ABSTRACT

The goal of this dissertation is to analyze the practices of hospital chaplaincy based on the contributions from the theology of holistic mission and pastoral psychology, in the perspective of a praxis of caretaking coherent with a holistic comprehension of the Gospel. When people receive a diagnostic of an illness and need to go through an experience of hospitalization, this can lead to a period of emotional fragility, suffering, questioning of their values and their faith. This context challenges the Church of Christ in its fulfillment of its mission of caretaking, especially of those who are suffering, according to the teaching of Jesus Christ. In the case of this study, the need for caretaking in the contemporary world is dealt with in an interdisciplinary way, continuing on with the construction of the concept and the relation between pastoral care and holistic healthcare, establishing the bases for pastoral care in the hospital context. In a second moment, theology of holistic mission is presented as an evangelical expression of Latin American theology aiming to point to the possibility of its presuppositions being adopted as theological foundations for hospital chaplaincy. A social research is also presented which was carried out with two chaplaincy services connected to two respected hospital institutions, through eight semi-structured interviews with chaplains and patients of these institutions. This research provides rich material for analysis and reflection based on the interpretation of the results by the Content Analysis. Later, proposals are elaborated for a hospital chaplaincy that is committed to the contextualization of the Gospel, to the comprehensiveness of the mission, to holistic spirituality, to a partnership in the mission of God and to signaling the kingdom of God.

Keywords: Hospital Chaplaincy, Holistic Mission.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 O CUIDADO: BASES PARA O CUIDADO PASTORAL NO CONTEXTO HOSPITALAR	
1.1 A dimensão do cuidado: uma abordagem interdisciplinar	16
1.1.1 A necessidade do cuidado no mundo contemporâneo	16
1.1.2 A gênese e a construção do conceito de cuidado	23
1.1.3 O cuidado: qualidade de vida e saúde integral	27
1.1.4 O cuidado pastoral	32
1.1.4.1 Fundamentos bíblicos do cuidado pastoral	33
1.1.4.2 O movimento de “clínica pastoral”	36
1.1.4.3 A proposta do cuidado pastoral sistêmico	37
1.2 O desafio da capelania hospitalar para as igrejas	40
1.2.1 Breve histórico do cuidado hospitalar	40
1.2.2 Introdução à Capelania hospitalar	42
1.2.3 O perfil do capelão	43
1.3 Síntese	46
2 OS FUNDAMENTOS TEOLÓGICOS DA CAPELANIA HOSPITALAR E AS CONTRIBUIÇÕES DA TEOLOGIA DA MISSÃO INTEGRAL	47
2.1 A saúde integral na missão de Jesus Cristo	47
2.1.1 A linguagem da saúde integral	49
2.1.2 Apontamentos para um modelo cristológico de saúde integral	51
2.2 A Teologia da Missão Integral	52
2.2.1 Os primeiros esforços para uma teologia evangélica autóctone	54
2.2.2 A Fraternidade Teológica Latino Americana	57
2.2.3 O Pacto de Lausanne (1974)	59
2.2.4 O Segundo Congresso Latino-Americano de Evangelização (CLADE II) ..	64
2.2.5 O Terceiro Congresso Latino-Americano de Evangelização (CLADE III) ...	66
2.2.5.1 Todo o Evangelho para todos os povos desde a América Latina	67
2.2.5.2 Evangelho e Política na América Latina	69
2.2.5.3 Evangelho, Cultura e Missão	70

2.2.5.4 Evangelização e Família na América Latina: uma aproximação sócio - pastoral	71
2.2.6 A Teologia da Missão Integral no século 21	73
2.2.6.1 O Quarto Congresso Latino-Americano de Evangelização (CLADE IV) .	74
2.2.6.2 O Segundo Congresso Brasileiro de Evangelização	75
2.2.6.3 O Quinto Congresso Latino-Americano de Evangelização (CLADE V) ..	77
2.2.7 Princípios metodológicos da Teologia da Missão Integral	78
2.3 Esboço de um diálogo entre Capelania Hospitalar e TMI: a proposta de Daniel Schipani	80
2.4 Síntese	83
3 A PRÁTICA DA CAPELANIA HOSPITALAR: UMA PESQUISA SOCIAL	85
3.1 Percurso Ético	86
3.2 Metodologia	86
3.3 Transcrição das Entrevistas	89
3.3.1 Entrevista com MVCA1	89
3.3.2 Entrevista com MVCA2	95
3.3.3 Entrevista com MVPA1	99
3.3.4 Entrevista com MVPA2	102
3.3.5 Entrevista com SLCA1	105
3.3.6 Entrevista com SLCA2	108
3.3.7 Entrevista com SLPA1	111
3.3.8 Entrevista com SLPA2	113
3.4 Análise de Conteúdo das Entrevistas	117
3.4.1 Resultados	117
3.5 Síntese	135
4 CAPELANIA HOSPITALAR, MISSÃO E TEOLOGIA: A PRÁTICA DO CUIDADO COM PESSOAS DOENTES COMO TAREFA MISSIONÁRIA DA IGREJA HOJE	137
4.1 Espiritualidade encarnada e a evangelização contextual	137
4.2 Assistência integral e a integralidade da missão	146
4.3 Espiritualidade integral no enfrentamento da doença	151
4.4 A capelania hospitalar como parceira na missão de Deus	162
4.5 A capelania hospitalar como sinal do reino de Deus	165

4.6 Síntese	170
CONCLUSÃO	172
REFERÊNCIAS	177
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

A experiência de passar por uma enfermidade e, como consequência do agravamento da situação ou a incidência de circunstância emergencial, o surgimento da necessidade de receber cuidados específicos em um hospital podem acarretar uma série de mudanças bruscas na vida de uma pessoa, que afetam a totalidade do seu ser e as relações com todos os que estão a sua volta.

A dor e o sofrimento que um ser humano enfrenta com a enfermidade não são causados apenas pelos comprometimentos físicos oriundos de uma doença. O drama da falta de dignidade evidenciada, principalmente, em hospitais da rede pública de saúde, pela espera de atendimento em filas intermináveis, macas espalhadas por corredores, consultas de durabilidade e eficácia duvidosas faz aumentar ainda mais as dores de alguém que já se encontra numa situação difícil.

Na rede privada, ao menos para classe média baixa, em proporção menor, também há falta de respeito com as pessoas como, por exemplo, quando esperam meses para conseguir marcação de consultas, exames e cirurgias, ou quando lutam judicialmente para garantir que procedimentos terapêuticos sejam administrados.

Todavia, existem dificuldades que fazem parte do drama de uma pessoa enferma, independentemente se ela está internada em um hospital público de condições precárias ou em um hospital elitizado e com abundância de recursos científico-tecnológicos ou de atendimento personalizado.

De um modo geral, a hospitalização representa uma interrupção nas rotinas e nos projetos de vida do paciente. Isso pode desencadear diversos problemas na esfera emocional, familiar, econômica, profissional, acadêmica, espiritual; e esta nova situação pode agravar ainda mais os problemas físicos do paciente, comprometendo a sua saúde como um todo.

A hospitalização, mesmo que necessária, restringe a locomoção, fragiliza capacidades laborativas, afasta indivíduos do seu círculo familiar e social, limitando o acesso a recursos internos e externos de um enfermo para lidar com a crise. Tudo isso pode influenciá-lo quanto ao discernimento da sua condição atual e levá-lo a questionar seus valores de fé e crenças.

Uma equipe multidisciplinar que atua em um ambiente hospitalar precisa compreender todo esse contexto de sofrimento na vida de pessoas enfermas que se apresentam a elas como pacientes necessitados de atenção, intervenção e cuidados

especiais. Isto também significa que precisam se dedicar com afinco para que essas pessoas sejam cuidadas e assistidas na totalidade do seu ser. Por isso, se faz necessária a presença de profissionais capacitados para acolher e trabalhar questões mais profundas como a espiritualidade, de forma integrada e dialogal com outras áreas do conhecimento.

Esta pesquisa propõe que a presença de um serviço de capelania ou pastoral hospitalar, que trabalhe em parceria com os demais profissionais, é fundamental para o cuidado e a assistência integral dos pacientes. A capelania hospitalar é uma experiência recente nos hospitais brasileiros e ainda, de certo modo, restrita a algumas instituições. Ela tem a tarefa de disponibilizar aos pacientes recursos espirituais para enfrentamento da doença, além de se colocar ao lado dessas pessoas numa situação ambígua e difícil de sofrimento, angústia e incertezas.

A capelania hospitalar, que tem a sua origem na longa tradição cristã de cuidado a pessoas enfermas, é uma expressão concreta da missão da Igreja cristã junto a pessoas enfermas, e está ancorada na missão de Jesus Cristo de levar saúde e salvação integral a todo o ser humano. Sendo assim, buscamos neste estudo, dividido em quatro capítulos, fundamentar teologicamente a capelania hospitalar, propondo para esta finalidade uma teologia de missão como presença, acompanhamento e testemunho do evangelho da graça de Deus, que se coloca ao lado das pessoas enfermas e lhes transmite fé, esperança e amor de Deus. A reflexão aqui desenvolvida teve como prioridade o diálogo entre uma pesquisa bibliográfica interdisciplinar e uma pesquisa social.

No primeiro capítulo trabalhamos a motivação primeira para prestar assistência espiritual em hospitais, que se origina da necessidade humana inata de cuidar e de sermos cuidados. Expomos de uma maneira interdisciplinar a necessidade de cuidado no mundo contemporâneo e a construção do conceito de cuidado.

Analisamos a relação entre cuidado, qualidade de vida e saúde integral e discutimos a expressão do cuidado no contexto pastoral, destacando suas raízes judaico-cristãs e desenvolvimento da prática pastoral na tradição da Igreja, na modernidade, apresentando o cuidado pastoral sistêmico como uma possibilidade de um cuidar contextualizado e aplicável a nossa realidade latino-americana. Ao final do capítulo, introduzimos a temática da capelania hospitalar propriamente dita,

iniciando com um breve histórico do cuidado hospitalar para demonstrar como a assistência espiritual está na gênese desta expressão do cuidado.

No segundo capítulo refletimos sobre o papel da saúde integral na missão de Jesus Cristo. Afirmamos que o anúncio de Jesus, de que com ele se instaura o Reino de Deus, significou na prática um novo tempo de saúde e salvação na vida das pessoas que se aproximavam dele. Consideramos a capelania hospitalar como um modo contemporâneo de realização da missão de Jesus, sendo imprescindível que uma teologia de missão fundamentada na missão de Deus a oriente prática e teoricamente. Por isso, apresentamos a Teologia da Missão Integral, que surgiu nos meios evangélicos da América Latina no início da década de 1970, por meio de um percurso histórico, enfatizando os principais acontecimentos como os CLADES – Congressos Latino-Americanos de Evangelização – e o debate suscitado pelo Movimento de Lausanne, os quais contribuíram para o desenvolvimento e estabelecimento desta teologia na América Latina. Buscamos evidenciar que o anúncio do Reino de Deus e a vivência de uma salvação integral experimentada de forma contextual e prática é o cerne da TMI.

A fim de esboçar a relação entre uma capelania hospitalar baseada no modelo de saúde integral de Jesus e a TMI, descrevemos a proposta de aconselhamento pastoral de Daniel Schipani que utiliza categorias teológicas semelhantes às da TMI, principalmente, a sua tese de um aconselhamento centrado em Jesus Cristo e pautado pelos valores do Reino de Deus, que ele qualifica com a palavra *sabedoria*.

No terceiro capítulo apresentamos uma das novidades desta tese que foi a realização de uma pesquisa social em dois serviços de capelania hospitalar de duas respeitadas instituições hospitalares da cidade de Porto Alegre, RS, o Hospital Moinhos de Vento e o Hospital São Lucas, após aprovação dos Comitês de Ética em pesquisa do PPG de Faculdades EST e das instituições coparticipantes.

Apresentamos a metodologia da pesquisa que se consistiu em oito entrevistas semiestruturadas, sendo quatro entrevistas com pacientes e quatro entrevistas com capelães/ãs de cada instituição coparticipante. Na elaboração dos resultados utilizamos o método da Análise de Conteúdo. A partir das ricas experiências relatadas por pacientes e capelães/ãs entrevistados, esta AC permitiu a criação de cinco categorias finais que se tornaram eixos interpretativos para a reflexão teológica que se seguiu: *Espiritualidade encarnada determinante da atitude*

empática com o paciente; Assistência integral como paradigma para as relações entre capelães/ãs, pacientes, familiares e profissionais; A espiritualidade como suporte no enfrentamento da doença; A capelania hospitalar como companheira de caminhada no sofrimento do enfermo; A compreensão da enfermidade como transformadora de valores e estilo de vida. Este capítulo se constituiu como a principal fonte para as conclusões que a pesquisa tinha em vista. Possivelmente, o material aqui exposto ainda poderá servir de suporte para outros desenvolvimentos e posteriores estudos não de todo contemplados no capítulo que segue.

No último capítulo, prosseguimos com a reflexão e interpretação das cinco categorias finais, também embasadas no método da AC, relacionando-as com categorias teológicas da TMI a fim de apresentar propostas para uma capelania hospitalar integral.

Na primeira categoria, *Espiritualidade encarnada determinante da atitude empática com o paciente*, propomos o princípio da contextualização do evangelho de Jesus Cristo, como uma das bases para a capelania hospitalar. Nesse caso, tratando-se de contexto hospitalar, a pesquisa demonstra a necessidade imperiosa de preparo e qualificação específica das pessoas que se sentem chamadas a desempenhar a importante tarefa de capelães/ãs como parte da missão da igreja.

Na segunda categoria, *Assistência integral como paradigma para as relações entre capelães/ãs, pacientes, familiares e profissionais*, defendemos que o princípio da integralidade da missão deve pautar as ações da capelania hospitalar. Descrevemos a assistência integral como um conjunto de ações que visam assistir pacientes, familiares e profissionais em todas as suas necessidades, promovendo saúde integral em todo o ambiente hospitalar.

Na terceira categoria, *A espiritualidade como suporte no enfrentamento da doença*, propomos uma espiritualidade integral, que diz respeito à totalidade do ser, como um importante recurso terapêutico para o enfrentamento de uma doença. Essa categoria evidenciou a pertinência da capelania hospitalar resgatar alguns ritos terapêuticos da tradição cristã, praticando-os como uma maneira de empoderar o ser humano para enfrentar situações adversas advindas da enfermidade, a partir de uma espiritualidade integral.

Na quarta categoria, *A capelania hospitalar como companheira de caminhada no sofrimento do enfermo*, procuramos destacar o importante papel da capelania hospitalar como parceira na missão de Deus. Os pacientes reconhecem que os

capelães/ãs são como instrumentos de Deus, durante esse difícil momento de internação hospitalar, para caminhar ao lado deles e de seus familiares, ajudando-os a manter a fé e a esperança. Os capelães/ãs encarnam a face amorosa e misericordiosa de Deus nos hospitais e, portanto, são parceiros na missão de Deus em curar e salvar a humanidade.

Finalmente, na quinta categoria, *A compreensão da enfermidade como transformadora de valores e estilo de vida*, trabalhamos a ideia de que a capelania hospitalar tem em vista sinalizar o reino de Deus, principal foco da mensagem de Jesus. A teologia que fundamenta o ministério da capelania hospitalar requer a habilidade de trabalhar o sofrimento humano de forma respeitosa e cuidadora, mas também imbuída da esperança de que Deus se faz presente justamente ali onde pessoas sofrem e clamam por auxílio. A mensagem do reino de Deus que já se faz presente, mesmo que ainda não em plenitude, serve de alento, ânimo e suporte quando as pessoas experimentam claramente os limites de sua vida e fé.

Com esta pesquisa visamos não apenas apresentar um conhecimento à comunidade teológica, mas principalmente às igrejas e às pessoas que assumiram o desafio do ministério pastoral e do acompanhamento a pessoas enfermas e/ou hospitalizadas. É nossa esperança que as descobertas aqui apresentadas sejam uma contribuição modesta, mas relevante, a este dom das comunidades cristãs às pessoas e às instituições onde se faz presente o serviço de *capelania hospitalar*.

1 O CUIDADO: BASES PARA O CUIDADO PASTORAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

1.1 A dimensão do cuidado: uma abordagem interdisciplinar

O cuidado deve ser o ponto de partida de toda a reflexão que tem por objetivo discutir ações voltadas para a promoção da saúde integral na vida das pessoas. Sendo assim, antes de tratarmos sobre a capelania hospitalar, abordaremos de forma interdisciplinar, dialogando com autores de diversas áreas do conhecimento como teologia, psicologia e ciências da saúde, aspectos primordiais para o entendimento da importância do cuidado em relação ao tema da tese.

Iniciaremos com a descrição da necessidade de cuidado no mundo contemporâneo, seguindo com a construção do conceito e da relação entre cuidado e saúde integral. Posteriormente, abordaremos o cuidado pastoral, seus fundamentos bíblicos, o movimento de clínica pastoral e cuidado pastoral sistêmico. Ao final, faremos uma breve introdução do cuidado pastoral no contexto hospitalar.

1.1.1 A necessidade do cuidado no mundo contemporâneo

O mundo atual necessita de cuidado. Basta uma simples análise das notícias veiculadas pelos principais meios de comunicação, como televisão, jornais, revistas e internet, para constatarmos que a sociedade em que vivemos clama por cuidado. O desespero e a angústia vivenciados por milhares de pessoas que padecem pela falta de cuidado nas famílias, nas escolas, nos ambientes de trabalho, nos presídios e nos hospitais são, muitas vezes, estampadas nas primeiras páginas da mídia impressa e digital com um viés sensacionalista e desrespeitoso, demonstrando ausência de cuidado inclusive na forma de noticiar situações que revelam as carências humanas.

Para compreender o fenômeno da urgência de cuidado, é importante elencar algumas possíveis razões que explicam o ponto crítico vivenciado por nós, que compartilhamos do mesmo habitat, o planeta Terra, sendo que, muitos de nós têm como referência o mesmo *ethos*¹ cultural.

¹ *Ethos* é uma palavra grega cujo sentido primeiro era a toca do animal ou casa humana. Refere-se àquela porção do mundo que reservamos para organizar, cuidar e fazer o nosso habitat. Designa o

Algumas perguntas norteadoras, como quais são as mudanças de paradigmas na contemporaneidade que nos remetem ao descuido e qual o impacto destas mudanças no cotidiano das pessoas, podem cooperar na identificação das causas e no desenvolvimento de antídotos para prevenir e erradicar as doenças geradas pela ausência de cuidado.

Ronaldo Sathler-Rosa, ao dissertar sobre as matrizes formadoras do *ethos* cultural contemporâneo, estabelece uma relação direta entre essas matrizes e a necessidade atual de cuidado. O primeiro fator abordado por esse autor é que “vivemos em um tempo de impermanências”. Ele se baseia em estudos desenvolvidos por sociólogos como Zygmunt Bauman e Richard Sennet para afirmar que existe hoje uma enorme dificuldade na humanidade de manter vínculos, relacionamentos e acordos, seja na dimensão afetiva ou na profissional, acordos que sejam duradouros e resistentes aos desgastes do tempo. Há uma impaciência generalizada que impede a realização de planos de longo prazo e que afeta a capacidade humana de sacrificar-se e doar-se pelo outro².

A globalização³ e o capitalismo⁴, que balizam o comportamento humano recente, exigem mudanças e atualizações quase que diárias, resultando na fragmentação e abandono de projetos pessoais e profissionais⁵.

Na esfera pessoal, uma das questões mais problemáticas do nosso tempo refere-se à impermanência dos laços familiares. Dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontaram que no ano de 2011 o Brasil registrou a maior taxa de divórcios desde 1984, com 351.153 casos e crescimento de 45,6% em relação ao ano anterior⁶.

caráter cultural e social de um povo, sendo uma síntese dos costumes de um determinado grupo ou sociedade; Cf. SILVA, Benedicto. (Org.). *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986, p. 433.

² SATHLER-ROSA, Ronaldo. *Cuidado pastoral em tempos de insegurança: uma hermenêutica contemporânea*. São Paulo: ASTE, 2004, p. 19.

³ Segundo Boaventura S. Santos, o fenômeno da globalização é “um processo complexo que atravessa as mais diversas áreas da vida social, da globalização de sistemas produtivos e financeiros à revolução nas tecnologias e práticas de informação e comunicação, da erosão do Estado Nacional e redescoberta da sociedade civil ao aumento exponencial das desigualdades sociais”. Cf. SANTOS, Boaventura de Sousa. (Org.). *A globalização e as ciências sociais*. São Paulo: Cortez, 2005, p. 11.

⁴ Sistema socioeconômico que visa o acúmulo de capital no qual “a força de trabalho se transforma em mercadoria e se coloca no mercado como qualquer objeto de troca. Para que exista capitalismo faz-se necessária a concentração de propriedade dos meios de produção em mãos de uma classe social e a presença de outra classe para a qual a venda da força de trabalho seja a única fonte de subsistência”. Cf. CATANI, Afrânio Mendes. *O que é capitalismo*. São Paulo: Brasiliense, 1980, p. 9.

⁵ SATHLER-ROSA, 2004, p. 20.

⁶ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas do registro civil de 2011. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Registro_Civil/2011/comentarios.pdf. Acesso em: 17 abr. 2014.

A taxa de casamentos cresceu 5% em comparação com 2011, porém, em relação à permanência de casamentos, ocorreram 20,8% de dissoluções nos relacionamentos de 5 a 9 anos de duração e 19% na faixa de 1 a 4 anos de duração. Na categoria grupos de homens e mulheres por idade, as maiores taxas (7,9%) se concentram entre os homens de 30 a 49 anos e, entre as mulheres, (7,3%) de 30 a 39 anos de idade.

Os dados acima, ainda que passíveis de uma análise mais profunda sobre as suas prováveis razões, corroboram com a posição de Sathler-Rosa, quando este afirma que:

Relações afetivas são rompidas como se os seres humanos não tivessem a capacidade de cuidar das dificuldades próprias de qualquer relacionamento próximo [...] Padrões passageiros, sem compromissos duradouros, que “ficam” mas não permanecem, substituem as metas de longo alcance. Privam os humanos de aprenderem com seu amadurecimento e sua descoberta progressiva de valores essenciais. Impedem, também, muitas vezes, as futuras gerações de conhecerem suas raízes, a história e as narrativas que as precederam e formaram.⁷

G. Safra, ao tratar sobre a fragmentação do *ethos* humano no mundo contemporâneo, afirma que hoje testemunhamos muitas maneiras de sofrimentos psíquicos causados pelo que ele denomina de “fraturas da cidadania”. Baseado em Simone Weil⁸, ele aborda o fenômeno do desenraizamento que atinge aspectos diferentes da realidade humana como o étnico, estético e ético⁹. Continua o autor mais adiante:

O desenraizamento étnico se dá pela perda da conexão com os elementos sensoriais e culturais que remetem o ser humano à memória da sua origem. Surge aqui um tipo específico de solidão que aparece fenomenologicamente como uma impossibilidade de encontrar os seus iguais [...] O desenraizamento estético acontece pelo fato de que as organizações estéticas de nossa época possuem pouca relação com a organização corporal humana. Organizações estéticas, excessivamente abstratas, decorrentes da estética das máquinas ou do mundo digital, levam a um tipo de adoecimento, vivido como um tipo de enlouquecimento, em que o corpo deixa de ser um lugar de alojamento da psique [...] O desenraizamento ético surge em um mundo nem sempre regido por um respeito e por uma responsabilidade pelo humano.¹⁰

⁷ SATHLER-ROSA, 2004, p. 19.

⁸ A referida autora trabalha os fenômenos de enraizamento e desenraizamento baseados na capacidade humana de estabelecer raízes “por sua participação real, ativa e natural na existência de uma coletividade que conserva vivos certos tesouros do passado e certos pressentimentos do futuro”. Cf. WEIL, Simone. *O enraizamento*. Bauru: EDUSC, 2001, p. 43.

⁹ SAFRA, Gilberto. A fragmentação do *éthos* no mundo contemporâneo. In: NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). *Espiritualidade é saúde: da cura d'almas ao cuidado integral*. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2004, p. 11.

¹⁰ SAFRA, 2004, p. 12.

É perfeitamente possível relacionar a perspectiva de Sathler-Rosa sobre as impermanências com a visão de Weil e Safra referente aos desenraizamentos presentes no mundo. Ambos os fatores revelam o “espírito” da nossa época, contribuem para a ausência e, ao mesmo tempo, a necessidade de cuidado, além de apontarem para a superficialidade, transitoriedade e pobreza das relações humanas.

Outro fator preocupante abordado por Sathler-Rosa é o superficialismo cultural contemporâneo ou “cultura das sensações”, caracterizado pelo predomínio e banalização do corpo. Neste aspecto, o corpo torna-se medida de identidade, é subjugado a uma taxa impraticável de realização e prazer visando a alcançar um ideal de felicidade inatingível e, conseqüentemente, resultando, não poucas vezes, no surgimento de várias doenças como a depressão, considerada hoje o grande mal do século¹¹. De modo geral, a instância econômica impulsiona esta cultura das sensações para defender seus interesses mercadológicos. Ocorre a absolutização do corpo ao invés do cuidado com o corpo¹².

Resultado do sistema econômico vigente e excludente, temos a “nova era de desigualdades”, com uma grande concentração de renda nas mãos de poucos, enquanto a pobreza e a escassez fazem parte do dia a dia de milhares de pessoas. A consequência disto é o que chamamos de “exclusão social”, em que uma minoria desfruta da vida com um alto padrão de consumo, enquanto que a maioria da população é relegada às migalhas que caem das mesas dos abastados¹³.

A exclusão social gera o que Safra também apresenta como fratura ética do nosso tempo, a invisibilidade:

Trata-se de uma situação que frequentemente vem acompanhada pelo sentimento de humilhação, mas a experiência de não ser visto ganha preponderância. Em nosso mundo, as pessoas que ocupam posições de pouco prestígio social passam, habitualmente, despercebidas pelos outros. O mal-estar decorrente dessa situação é grande, podendo gerar uma desesperança e amargura ou, em casos extremos, deflagrar comportamentos violentos como única forma de alcançar alguma visibilidade.¹⁴

Isto pode explicar, mas nunca justificar, o porquê de muitos jovens optarem pelo uso de entorpecentes e por uma vida de criminalidade, elevando a cada ano os

¹¹ A obra *Sombras da Alma: tramas e tempos da depressão*, da qual o autor desta pesquisa contribuiu como coautor em um dos capítulos, aborda de maneira exaustiva e multidisciplinar as diversas nuances da depressão e o impacto desta doença em diferentes fases da vida. Cf. WONDRAČEK, Karin K. H.; HOCH, Lothar C.; HEIMANN, Thomas. *Sombras da Alma: tramas e tempos da depressão* São Leopoldo: Sinodal, 2012.

¹² SATHLER-ROSA, 2004, p. 22.

¹³ SATHLER-ROSA, 2004, p. 23.

¹⁴ SAFRA, 2004, p. 13.

números de homicídios, latrocínios, estupros e outras atrocidades que, de alguma forma, conferem visibilidade para quem está invisível diante da sociedade.

Em meio às desigualdades, à exclusão social e à invisibilidade, surge a competitividade entre as pessoas. As relações humanas tornam-se frias, superficiais e impessoais: o outro é o inimigo a ser vencido. A concorrência não se restringe mais ao âmbito comercial, porém, atinge diretamente a esfera dos relacionamentos em que a luta pela sobrevivência no mundo é uma luta contra o próximo¹⁵. Cada um cuida somente dos seus interesses individuais em detrimento do cuidado com o bem-estar coletivo.

Néstor Míguez apresenta uma coerente e forte caracterização da competitividade atual que pode ser associada com a cultura das sensações, as desigualdades, a exclusão e a invisibilidade:

Há uma negação do vínculo com o outro: o outro é sempre um competidor, nunca o próximo. O outro é a ameaça a minha liberdade, nunca a oportunidade de construção conjunta. Minha única preocupação deve ser fazer o que desejo. A tensão que significam os interesses em disputa só se resolve mediante o triunfo de um deles e a aniquilação do outro [...] Aqui só tem lugar para os ganhadores, os que dominam e controlam, os fortes que não podem nem devem resignar sua vontade perante o conjunto, os que são capazes de desprezar a vida dos débeis, esses “efeitos colaterais” de seu afã de posse. Seu herói é o rico funcionário que se afasta de Jesus quando este lhe pede para deixar seus bens e segui-lo. O “bom samaritano” ou o convertido Zaqueu são estúpidos primitivos.¹⁶

Além dos argumentos já expostos, Safra ainda menciona a tecnologia opressora como mais uma fratura ética relacionada à falta de cuidado. Apesar de o desenvolvimento tecnológico proporcionar uma vida mais confortável, hoje ele se transformou em mediador das relações humanas. O *ethos* humano é totalmente estruturado pela tecnologia, o que desumaniza os processos naturais da relação do ser humano consigo mesmo, com o próximo e com o ambiente em que ele habita. Emerge um sofrimento e uma angústia diante de situações que são anti-humanas, como, por exemplo, a fragmentação de atividades e a necessidade de demandas especializadas¹⁷.

Para Roseli K. de Oliveira, o adoecimento psíquico que acomete uma parcela considerável da população do planeta ocorre devido a uma visão distorcida do ser humano, fomentada, em alguns casos, pelos avanços técnico-científicos:

¹⁵ SATHLER-ROSA, 2004, p. 24.

¹⁶ MÍGUEZ, Néstor; RIEGER, Joerg; MO SUNG, Jung. *Para além do espírito do Império: novas perspectivas em política e religião*. São Paulo: Paulinas, 2012, p. 35.

¹⁷ SAFRA, 2004, p.13.

A indústria farmacêutica investe altas somas na pesquisa de medicação psiquiátrica, necessária sem dúvida. Uso da química no alívio do sofrimento é significativo. Contudo, prosseguimos sem a devida reflexão do que nos adocece. A dor psíquica passa a ser medida em gotas ou miligramas de substâncias aliviantes. Tratamos os sintomas, mas muitas vezes não o motivo do adoecimento. Com o ser repartido, as pessoas procuram diferentes especialistas para dar conta dos seus adoecimentos. A cura parece, então, tão fragmentada quanto os recursos.¹⁸

A posição de Oliveira segue a mesma linha do raciocínio de Safra quando ambos defendem que a tecnologia tem produzido um distanciamento social em níveis mais profundos nas relações humanas, principalmente, quando se percebe a oferta de cultos, missas, diagnósticos médicos e aconselhamentos via internet não simplesmente como ferramentas suplementares, mas, como substitutas do contato presencial¹⁹.

Safra afirma que o sofrimento causado pela tecnologia opressora está presente na vida do ser humano desde a infância. Atualmente, as crianças têm suas vidas organizadas por especialistas, com um ritmo de atividades semelhante a de um adulto, o que resulta em sofrimento por não se sentir parte do mundo e pela ausência de simples gestos característicos da sua realidade. Outra consequência é uma fuga para se organizar fora do mundo, acarretando em desequilíbrio e “estilhaçamento” do *ethos* humano²⁰.

Finalmente, existe um descuido que coloca constantemente em risco a presença de vida humana e animal no planeta Terra: trata-se da falta de cuidado com o ecossistema. Todos os fatores já mencionados se refletem de alguma maneira no descuido com a natureza, comprometendo a nossa existência e, portanto, o cuidado necessário conosco e com o próximo.

Oliveira afirma que a maioria das pessoas se esquece de que a vida humana é condicionada ao cuidado do planeta Terra:

Poucos se preocupam, de fato, com a continuidade da vida na Terra. Essa postura de descuido reflete-se em todas as dimensões do viver humano. Todo o ecossistema sofre as consequências desse descuido insano. Basta olhar nos noticiários: vazamentos de petróleo no mar, explosões e testes nucleares, construções de represas, extração de minérios, destruição de florestas. Neste desfile de tristes realidades, Belo Monte, Jirau, serra fluminense, barragens, enchentes e secas são notícias e calamidades recentes no cenário nacional.²¹

¹⁸ OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de. *Pra não perder a alma: o cuidado aos cuidadores*. São Leopoldo: Sinodal, 2012, p. 27.

¹⁹ OLIVEIRA, 2012, p. 28.

²⁰ SAFRA, 2004, p. 13.

²¹ OLIVEIRA, 2012, p. 29.

Aqui também vale mencionar a recente tragédia ocorrida na cidade de Mariana/MG, no dia 05 de novembro de 2015, onde ocorreu um rompimento das barragens de rejeitos de minério da mineradora Samarco, causando um imensurável prejuízo ambiental e social, deixando centenas de pessoas desalojadas e transformando o Rio Doce em um verdadeiro mar de lama. Na medida em que a onda de rejeitos se espalhou ela tem levado destruição e morte a pessoas, animais e cidades²². Tudo isso é fruto do descuido com a natureza, sobretudo, por parte das autoridades competentes e as empresas responsáveis, o poder público e os órgãos de meio ambiente que falharam no controle dos danos que a atividade mineradora pode causar ao ecossistema.

Diante desse cenário, Leonardo Boff, de maneira pertinente, trabalha a categoria sustentabilidade²³ aliada ao cuidado. Ele explica que a sustentabilidade como um substantivo requer uma mudança plena no relacionamento entre sistema-natureza, sistema-vida e o sistema-Terra. A sustentabilidade é alcançada, entre outras ações, quando o ser humano se enxerga como parte ciente e inteligente da Terra e se responsabiliza pela vida e integridade da “Casa Comum”²⁴.

A sustentabilidade, segundo Boff, requer uma nova maneira de se viver no mundo:

Temos que reinventar um novo modo de estar no mundo com os outros, com a natureza, com a Terra e com a Última Realidade. Aprender a ser mais com menos e a satisfazer nossas necessidades com sentido de solidariedade para com os milhões que passam fome e com o futuro de nossos filhos e netos. Ou mudamos ou vamos ao encontro de previsíveis tragédias ecológicas e humanitárias.²⁵

Nessa abordagem, cuidado e sustentabilidade devem caminhar juntos pois, a ausência de um implica na inexistência do outro. O cuidado representa o lado mais subjetivo dessa renovação, amparado por ações e valores éticos e espirituais, enquanto que a sustentabilidade representa o lado objetivo, com enfoque “ambiental, econômico e social da gestão de bens naturais e de sua distribuição”²⁶.

²² Disponível em <http://www.cartacapital.com.br/sustentabilidade/essa-nao-e-uma-tragedia-ambiental-1258.html>. Acesso em: 23 de jun. 2016.

²³ Segundo Boff, a sustentabilidade é um termo extraído da economia que significa “o uso natural de recursos escassos da Terra, sem prejuízo de capital natural, mantido em condições de sua reprodução e de sua coevolução”, visando à sobrevivência das futuras gerações. Cf. BOFF, Leonardo. *O cuidado necessário*. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 20.

²⁴ BOFF, 2012, p. 9-10.

²⁵ BOFF, 2012, p. 11.

²⁶ BOFF, 2012, p. 21.

Sumarizando, é possível perceber que vivemos em um mundo que sofre pelo descuido. As palavras do apóstolo Paulo, “toda a criação geme, e está juntamente com dores de parto até agora” (Romanos 8.23), retratam exatamente a dura e triste realidade com que lidamos no nosso cotidiano e, como consequência, nós também gememos pela falta de cuidado. Sendo assim, podemos refletir na possibilidade de que o antídoto para esta crise civilizacional é o resgate do cuidado em todas as esferas da vida. Para tanto, é fundamental compreendermos a gênese e a construção do conceito de cuidado que sustenta esta pesquisa.

1.1.2 A gênese e a construção do conceito de cuidado

A maneira como o universo e a humanidade foram criados e se desenvolveram ao longo do tempo nos leva a crer que o cuidado está presente desde o princípio de todas as coisas. Independentemente de qual teoria adotarmos para a gênese do universo, seja essa uma criação especial ou um processo evolutivo, em ambas encontraremos elementos que evidenciam o cuidado como algo essencial para o surgimento e manutenção da vida.

Oliveira constata que no relato bíblico da criação, registrado no livro de Gênesis, o primeiro ser humano, Adão, passa pela experiência de ter que prover o sustento de sua família e dele mesmo para garantir a sobrevivência no mundo. Adão perde a oportunidade do ócio devido a sua desobediência a uma ordem divina, ocasionando a necessidade de trabalhar para viver. E, uma vez que viver implica não somente existir, mas, cuidar-se e cuidar, emerge a necessidade diária de cuidado na humanidade²⁷.

Porém, antes do relato que a teologia bíblica denomina de queda²⁸, Deus já havia delegado ao ser humano a responsabilidade pelo cuidado e administração da criação, conforme Gênesis 1.28: “E Deus os abençoou, e Deus lhes disse: Frutificai e multiplicai-vos, e enchei a terra, e sujeitai-a; e dominai sobre os peixes do mar e sobre as aves dos céus, e sobre todo o animal que se move sobre a terra”.

²⁷ OLIVEIRA, 2012, p. 31.

²⁸ Conforme Ferreira, a queda do ser humano ocorreu quando este considerou a sugestão da serpente (Gênesis 3.1-7) de que poderia viver de forma independente, superior e livre a qualquer ingerência ou autoridade divina sobre sua vida. Como consequência desse julgamento da revelação divina, houve a atitude de comer o fruto proibido, configurando o cair em pecado, e, portanto, a queda. Cf. FERREIRA, Franklin; MYATT, Alan. *Teologia Sistemática: uma análise histórica, bíblica e apologética para contexto atual*. São Paulo: Vida Nova, 2007, p. 452.

Consiste em um grande equívoco interpretar esta passagem bíblica como uma autorização divina para o ser humano tratar a criação de maneira subserviente aos seus interesses egoístas sem preocupar-se com o cuidado da mesma. Haroldo Reimer contribui com esta discussão ao afirmar que a preservação da criação, ainda que no aspecto teológico seja atribuída a Deus, é de responsabilidade humana, e acrescenta:

Sem esse cuidado humano, a criação como espaço ordenado para a vida sucumbe no caos. Assim, aquilo que se celebra como o cuidado divino tem a sua contraparte no cuidado humano. Isso parece estar afirmado em linguagem mítica nas atribuições dos humanos em Gênesis 1 e 2. O *adam*, seja ele o ser humano em geral, seja o governante, recebe a tarefa do domínio moderador sobre as forças do universo criado para a manutenção da ordem da criação (Gn 1,28-31). Isso, contudo, não significa, como tantas vezes se interpretou, um domínio meramente utilitarista das riquezas ambientais, mas implica em dimensões de cuidado e mordomia. Assim como o *adam* (humano) foi retirado da *adamah* (mãe terra), sua existência deve se consagrar em trabalho e cuidado (Gn 2,15) para que a criação seja mantida como um espaço de vida para todos os elos do universo criado.²⁹

Na fala do Criador em Gênesis 2.15, se evidencia expressamente o ser humano encarregado pela manutenção da criação: “Tomou, pois, o Senhor Deus ao homem e o colocou no Jardim do Éden para cultivá-lo e o guardar”. É interessante observar que, ao mesmo tempo em que a humanidade deve cuidar da criação, Deus cuidará do ser humano através da própria criação, pois ela será a fonte provedora dos meios necessários para a preservação da vida, conforme Gênesis 1.29: “Eis que vos tenho dado todas as ervas que dão semente e se acham na superfície de toda a terra e todas as árvores em que há fruto que dê semente; isso vos será por mantimento”.

De acordo com Vera R. Waldow, na visão de um processo evolutivo histórico para o universo, a origem do cuidado se manifesta de duas maneiras. A primeira refere-se à necessidade de sobrevivência presente em todas as espécies de plantas, animais e seres humanos. A segunda consiste no cuidado como expressão de interesse e carinho, que ocorre, principalmente, entre os seres humanos, devido a sua habilidade de comunicação mútua através da linguagem³⁰.

Na história do desenvolvimento humano, a preocupação primeira era sobreviver, de forma que todos os utensílios e artefatos produzidos visavam à caça, ao preparo e ao consumo de alimentos. Na fase posterior, o cuidado se ampliou na

²⁹ REIMER, Haroldo. Criação e cuidado. *Pistis e Práxis*, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 313, 2009.

³⁰ WALDOW, Vera Regina. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999, p. 18.

busca por proteção e abrigo contra a chuva, o frio e os inimigos. Quando os grupos humanos deixaram o nomadismo e passaram a viver em comunidades, a socialização introduziu o compartilhar habilidades e bens materiais. As mulheres, devido à maternidade, evidenciavam melhor o cuidado por meio do afeto e assim inauguraram comportamentos como cheirar, tocar e afagar, sobretudo, os filhos³¹.

Waldow observa que civilizações milenares, como a egípcia e suméria, apresentam, desde às origens, alguns traços de cuidado em suas atividades. Os egípcios demonstravam especial cuidado com o corpo morto no processo de mumificação, remoção de vísceras e infusão de líquidos perfumados para a conservação do mesmo. Os sumérios praticavam um tipo de medicina baseada em rituais mágicos e tinham o conhecimento de plantas e drogas com propriedades medicinais que posteriormente foi transmitido aos gregos. Estes, por sua vez, deixaram um grande legado para a medicina, desenvolvendo métodos e técnicas curativas³².

L. Boff, ao analisar a evolução humana, constata uma mudança na relação do ser humano com o cuidado, pois, aquilo que primordialmente emergia de modo natural e instintivo, ganhou um propósito de consciência. Isto significa que o cuidado passou a se manifestar conscientemente nas ações humanas, motivado pelo amor, reconhecimento e comunhão. Sendo assim, o cuidado “entra na definição do próprio ser humano como existência – no – mundo – com – os – outros, aberto à totalidade do Ser, ao futuro e à morte”³³.

Para a construção do conceito de cuidado, devemos observar a etimologia da própria palavra que é derivada do latim *cura* ou *coera* com o significado de cuidar e tratar. Outro termo semelhante é o curador que remete à pessoa que cuida e zela pelo bem-estar e interesses de outras pessoas incapacitadas de realizar o mesmo, ou alguém que se responsabiliza pela organização de uma exposição. Na tradição cristã, havia o uso da expressão “cura d’almas” que significava o cuidado pastoral exercido pelos sacerdotes em suas comunidades de fé³⁴.

³¹ WALDOW, 1999, p. 19.

³² WALDOW, 1999, p. 26.

³³ BOFF, 2012, p. 44.

³⁴ BOFF, 2012, p. 28.

Podemos afirmar que o cuidado no outro ou em si mesmo. Boff define o cuidado como um modo-de-ser essencial do ser humano, ou seja, “é a raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa”³⁵.

O conceito de cuidado, segundo Boff, compreende quatro sentidos:

1) Cuidado é uma atitude de relação amorosa, suave, amigável, harmoniosa e protetora para com a realidade pessoal, social e ambiental [...] Este tipo de cuidado pertence ao humano mais humano, aquele que nos torna apreciáveis e amigos da vida. 2) O cuidado é todo o tipo de preocupação, inquietação, desassossego, incômodo, estresse, temor e até medo face às pessoas e a realidades com as quais estamos afetivamente envolvidos e por isso nos são preciosas [...] Pertence à estrutura humana, desde o momento em que nascemos. Acompanha-a em cada fase da nossa vida e o carregamos até o momento da morte. 3) Cuidado é a vivência da relação entre a necessidade de ser cuidado e a vontade e predisposição de cuidar criando um conjunto de apoios e proteções (*holding*) que torna possível esta relação indissociável em nível pessoal, social e com todos seres vivos. 4) Cuidado-precaução e cuidado-prevenção constituem aquelas atitudes e comportamentos que devem ser evitados por causa das consequências danosas previsíveis (prevenção) e aquelas imprevisíveis pela insegurança de dados científicos e pela imprevisibilidade dos efeitos prejudiciais ao sistema-vida e ao sistema-Terra (precaução).³⁶

O primeiro e o segundo sentidos denotam os sentimentos que nos tocam e nos impulsionam a cuidar daqueles que estão a nossa volta. Seja através de um simples gesto de carinho ou uma demonstração de preocupação pelo bem estar do outro, como, por exemplo, os pais que não dormem até que todos os filhos estejam em casa, se expressa esse cuidado subjetivo, porém, que se manifesta em ações concretas.

O terceiro sentido está fundamentado na teoria do pediatra inglês D. W. Winnicott, denominada *Holding*³⁷ que consiste nas ações de cuidado que mãe e pai dedicam ao bebê, garantindo o seu desenvolvimento integral. A mãe tem um papel essencial nesta relação, uma vez que a sua identificação empática com o bebê pelo olhar, fala e contato físico cooperam na constituição e estruturação do *Self* do bebê, suprindo suas necessidades vitais de afeto e cuidado. O ato de cuidar comunica doação e amor para o bebê, que corresponde com sorrisos, olhares e sons, permitindo reciprocidade na relação mãe e filho. Para Winnicott um sujeito não

³⁵ BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do ser humano – compaixão pela terra*. 14ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 34.

³⁶ BOFF, 2012, p. 34-36.

³⁷ Palavra da língua inglesa que significa guardar, segurar, manter, controlar.

conseguirá de fato “vir a ser” caso não tenha uma bagagem de recordações do cuidado na sua história pessoal³⁸.

O quarto sentido, o cuidado - prevenção e o cuidado - precaução são atitudes reativas a uma série de ameaças que podem colocar em risco a integridade física, moral, emocional, espiritual e ecológica do ser humano, conhecidas de maneira prévia ou não, proporcionando um ambiente seguro e estável para a vida na Terra.

Os quatro sentidos que compõem o conceito de cuidado representam a dimensão natural-objetiva do cuidar, que é dada com a própria existência humana. Entretanto, Boff ainda apresenta o cuidado ético – consciente que ele compreende como segue:

Trata-se do cuidado natural assumido conscientemente, de modo reflexo, como valor, interiorizado de forma intencional e feito atitude e projeto de vida. Transformamos o que é da natureza em propósito pessoal, social e planetário; portanto, em algo que depende de nossa vontade e liberdade, e assim se transforma em um dado cultural.³⁹

Em suma, aprendemos com a perspectiva de Boff e outros estudiosos que o cuidado está na constituição do ser humano e que sem ele o ser humano deixa de ser *humano*. É próprio do cuidar atitudes como desvelo, solicitude, diligência e zelo para consigo mesmo e para com o próximo, suscitadas por uma preocupação, inquietação e senso de responsabilidade.

Além disso, o cuidado ético–consciente deveria ser o fundamento de toda e qualquer relação de ajuda comprometida com a promoção da qualidade de vida e saúde integral, visando não apenas à sobrevivência, mas a uma existência mais digna neste mundo daqueles que foram criados à imagem e semelhança de Deus, conforme a tradição judaico–cristã.

1.1.3 O cuidado: qualidade de vida e saúde integral

O conceito de cuidado está intimamente ligado com o conceito de saúde, uma vez que um fomenta o outro. Cuidar da saúde compreende uma das ressonâncias do cuidado que deve se pautar pela integralidade, isto é, levar em consideração todas as dimensões do ser humano na promoção do seu bem-estar,

³⁸ WINNICOTT apud OLIVEIRA, 2012, p. 41-42.

³⁹ BOFF, 2012, p. 38.

da sua saúde e da sua qualidade de vida, sendo que estas categorias também caminham lado a lado.

É importante observarmos que o conceito de qualidade de vida, como uma variável importante para a saúde, surgiu a partir de 1970, no contexto do progresso da medicina, trazendo um prolongamento na expectativa de vida, à medida que doenças anteriormente letais se transformaram em curáveis ou passaram a ter, ao menos, o controle dos sintomas, retardando o seu curso natural. Assim, esse prolongamento fez com que viesse a ter relevância para a saúde mensurar a forma como as pessoas vivem esses anos a mais⁴⁰.

De acordo com Panzini et al., seis grandes vertentes contribuíram para o conceito de qualidade de vida: estudos epidemiológicos sobre felicidade e bem-estar; a busca de indicadores sociais; a falta de medidas objetivas de desfecho em saúde; a satisfação do cliente; o movimento de humanização da medicina e a psicologia positiva⁴¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que saúde engloba o “o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Isso retirou das pesquisas, na área da saúde, a predominância do foco exclusivo na doença, resultando em uma abertura para estudar a relação entre saúde e características adaptativas, como esperança, coragem, sabedoria e espiritualidade⁴².

Segundo Edwin J. Mora Guevara, este novo conceito de saúde estabeleceu o paradigma biopsicosocial para compreender os fenômenos de saúde e doença, ainda que muita literatura e prática médica insistam em um reducionismo biologista. Gradativamente, esta nova perspectiva proposta pela OMS agregou a espiritualidade como dimensão constitutiva do ser humano, passando a considerar sua relevância nas pesquisas na área da saúde⁴³.

O Grupo de Avaliação de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS, reconhecido pela sigla em inglês WHOQOL, desenvolveu um instrumento de avaliação da qualidade de vida denominado WHOQOL-100, que contém cem

⁴⁰ PANZINI, Raquel Gehrke et al. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre, v. 34, n. 1, 2007, p. 106.

⁴¹ PANZINI, 2007, p. 107.

⁴² PANZINI, 2007, p. 107.

⁴³ MORA GUEVARA, Edwin José; MORA, Daniel Flores. *Develar la verdad: impacto emocional de la comunicación del diagnóstico de enfermedad terminal*. 2007. 307 f. Tese (Doutorado) – Universidad Autónoma de Centro América, Curridabat, 2007, p. 251.

perguntas distribuídas em seis domínios: físico, psicológico, nível de dependência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais. A inclusão deste último domínio foi um dos desdobramentos de uma resolução da 101ª Assembleia Mundial de Saúde, que propôs o bem estar espiritual, ao lado do físico, mental e social, como saúde. Um dos objetivos do grupo com esse domínio é avaliar em diferentes culturas todas as dimensões que o integram, examinando não apenas uma religião específica, mas todas as formas de espiritualidade⁴⁴.

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

Outro estudo do Grupo WHOQOL concluiu que a percepção subjetiva sobre saúde tem sua origem na cultura onde o indivíduo está inserido. Isso faz com que a cultura seja um fator primordial para a qualidade de vida, uma vez que diferentes culturas tendem a priorizar diferentes aspectos. Esse grupo, formado por clínicos e cientistas que trabalham juntos há mais de 12 anos, desenvolveu a seguinte definição de qualidade de vida: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁴⁵.

Boff compartilha de uma visão semelhante a da OMS quando afirma que o ter saúde é algo que está para além da ausência de doenças e sofrimentos, sendo um processo permanente que se refere à busca

[...] de um equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana. [...] Saúde, portanto, não é um estado nem um ato existencial, mas uma atitude face às várias situações que podem ser doentias ou sãs. [...] Saúde é acolher e amar a vida assim como se apresenta alegre e trabalhosa, saudável e doentia, limitada e aberta ao ilimitado que virá além da morte.⁴⁶

⁴⁴ FLECK, Marcelo P. de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Porto Alegre, v. 5, n.1, 2000, p. 35-37.

⁴⁵ PANZINI, 2007, p. 107.

⁴⁶ BOFF, 2008, p.144-145.

A doença significa todo e qualquer dano que prejudique a saúde de alguém na totalidade da sua existência. Se há doença, há também a necessidade de uma cura que devolva a sanidade em todos os níveis do ser humano⁴⁷.

A tese de Mora Guevara sobre saúde integral também confirma o conceito proposto por Boff:

Em resumo, na perspectiva integral desta investigação se entende por saúde o bem estar físico, psicológico, sociocultural e espiritual que possibilita às pessoas a satisfação de suas necessidades, a realização de suas aspirações e o enfrentamento construtivo da sua própria existência, da relação com o outro e com estresse do cotidiano.⁴⁸

O cuidado integral é definido como o cuidado também voltado para as várias dimensões do ser humano. De acordo com o XII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática, o conceito atual de integralidade humana constitui as dimensões biológica, social, psicológica, ecológica e espiritual⁴⁹.

O cuidado com o corpo implica em cuidar da vida que o anima; cuidar dos vários aspectos que se relacionam com o corpo como alimentação, higiene, ar que se respira, forma de se vestir, organização do lar. É algo que reforça a identidade da espécie humana como seres de relações. Também significa assimilar criativamente todas as situações que possam acontecer durante a vida: sucessos e fracassos, encontros significativos e crises existenciais, saúde e sofrimento⁵⁰.

O cuidado emocional se refere ao zelo para com as relações afetivas de um modo geral e que, aliado a outras dimensões, tem a finalidade de estimular a pessoa a perceber suas “congruências e incongruências” visando à transformação de atitudes e pensamentos que são fontes de desconforto⁵¹.

De acordo com Oliveira, a escuta terapêutica como uma ferramenta para o cuidado emocional é caracterizada por um ambiente propício com alguém disposto a ouvir sem reservas e sem preconceitos, e é fundamental para que as pessoas consigam organizar seus sentimentos e pensamentos. Na escuta, deve-se criar um ambiente que permita ao indivíduo chorar, descrever as experiências dolorosas, os

⁴⁷ BOFF, 2008, p. 143.

⁴⁸ MORA GUEVARA, 2007, p. 35. O interessante da tese deste autor é o fato de ele acompanhar pacientes em estado terminal, demonstrando a importância da assistência espiritual em situações limite da vida. Esta foi uma das razões para a excelente avaliação da tese por parte de psicólogos e psicanalistas presentes na banca.

⁴⁹ OLIVEIRA, Roseli K. M. de. *Cuidando de quem cuida: um olhar de cuidado aos que ministram a palavra de Deus*. 3. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2005, p. 106.

⁵⁰ BOFF, 2008, p. 145.

⁵¹ OLIVEIRA, 2012, p. 84.

receios, os medos, os rancores, as cobranças legalistas e a solidão. É importante que a escuta seja não julgadora, mas misericordiosa e que proporcione cura⁵².

O cuidado social acontece nas relações que se estabelecem na pertença a algum grupo social como as comunidades de fé, as associações de bairro, os grupos de interesse, as atividades esportivas, educacionais e culturais, ou seja, todo e qualquer ambiente que proporcione um convívio social. Podemos destacar as comunidades de fé como algo extremamente saudável para o cuidado nas relações sociais, uma vez que promovem momentos de celebração e de renovação da esperança com ênfase na espiritualidade⁵³.

O cuidado com a natureza faz parte de um cuidado integral, uma vez que a Terra é a morada dos seres humanos. Isto implica a conscientização da comunhão e dos cuidados ecológicos, ajudando no desenvolvimento de uma sensibilidade que aprecia e interage com a natureza. Este cuidado só será possível quando “houver um processo coletivo de educação, em que a maioria participe, tenha acesso às informações e faça troca de saberes”⁵⁴.

O cuidado espiritual é considerado o ponto que integra todas as outras dimensões, fornecendo um sentido de plenitude e integridade pessoal. Na perspectiva da tradição cristã, a espiritualidade remete a nossa relação com Deus conectada com as demais áreas da vida; seu cuidado envolve o desenvolvimento de disciplinas espirituais como a prática da fé, a quietude, o descanso, a oração e a leitura bíblica⁵⁵.

Oliveira destaca os principais benefícios do cuidado espiritual:

Essas disciplinas espirituais propiciam o aquietar do coração e a própria reorganização interna, por assim dizer, e funcionam como uma decantação, na qual as “partículas” se assentam aos poucos, propiciando transparência e quietude interior. Ou seja, essas práticas ajudam a se olhar a partir de referenciais espirituais e, neste sentido, propiciam um conhecer-se e um cuidar-se concomitantes.⁵⁶

Diante do exposto até aqui, podemos afirmar que o cuidado integral compreende ações concretas que levam em consideração todas as demandas próprias da complexidade humana. Ao adotarmos o cuidado integral como uma das

⁵² OLIVEIRA, 2005, p. 115-117.

⁵³ OLIVEIRA, 2012, p. 88.

⁵⁴ BOFF, 2008, p. 136.

⁵⁵ OLIVEIRA, 2012, p. 89.

⁵⁶ OLIVEIRA, 2012, p. 89.

bases para a existência humana, teremos uma completa ruptura com a visão cartesiana e fragmentada que tem sido tão prejudicial para humanidade ao longo do tempo e o resgate de uma nova postura de convivência e cuidado no mundo.

1.1.4 O cuidado pastoral

A expressão “cuidado pastoral” é similar a outros termos que denotam o mesmo sentido. H. Clinebell utiliza a palavra *poimênica* (do grego *poimén*, que significa pastor; daí o termo *poimênica* usado na linguagem teológica para o trabalho pastoral) para se referir ao “ministério amplo e inclusivo de cura e crescimento mútuo dentro de uma congregação e de sua comunidade, durante todo o ciclo da vida”⁵⁷. Em outro momento, este autor define *poimênica* como “uma resposta à necessidade que cada pessoa tem de calor, sustento, apoio e cuidado”, o que demonstra a possibilidade de compreender o “cuidado pastoral” e a “*poimênica*” como categorias semelhantes⁵⁸.

Para Schneider-Harpprecht, a *poimênica* consiste no “ministério de ajuda da comunidade cristã para os seus membros e para outras pessoas que a procuram, na área da saúde, através da convivência diária no contexto da Igreja”⁵⁹.

Especificamente, o termo pastor tem conotações diferentes dentro da história do cristianismo. Na tradição protestante, a partir dos reformadores do século XVI, geralmente designava a pessoa e a função do pastor ou líder espiritual, assim como nos dias de hoje em grande parte das igrejas oriundas da Reforma. Na tradição da Igreja Católica Romana, o uso do termo pastoral se generalizou a partir das reflexões de Emile Pin e François Houtart, passando a significar a presença da Igreja na sociedade, por meio do anúncio e da prática do evangelho. E desta formulação se originam as diversas “pastorais”, como a “pastoral da saúde”, “pastoral da criança”, “pastoral da terra” e outras⁶⁰.

Segundo Clinebell, o cuidado pastoral é parte de uma longa herança que inclui renomados pastores como Ambrósio de Milão e João Crisóstomo no século IV,

⁵⁷ CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento Pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento*. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal 2007, p. 24.

⁵⁸ CLINEBELL, 2007, p. 43.

⁵⁹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Cristoph. *Aconselhamento Pastoral*. In: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Cristoph. (Org.) *Teologia prática no contexto da América Latina*. São Leopoldo: Sinodal: ASTE, 1998, p. 291.

⁶⁰ SATHLER-ROSA, 2004, p. 32.

passando por Martinho Lutero, no século XVI, entre muitos outros. Mulheres dedicadas ao cuidado de necessitados como Elizabeth A. Seton e Harriet Beecher também são incluídas nesta lista⁶¹.

Clinebell faz referência à pesquisa dos autores Clebsch e Jaekle, que ao longo da história da Igreja destacaram quatro funções do cuidado pastoral, e acrescenta uma quinta função:

1) Cura: uma função pastoral que tem por objetivo superar alguma debilitação restituindo à pessoa a integralidade e levando a avançar além de seu estado anterior. 2) Sustentação: ajudar uma pessoa que sofre a suportar e a transcender uma circunstância na qual a restauração a seu estado anterior ou recuperação de sua enfermidade é impossível. 3) Orientação: ajudar pessoas perplexas a fazer escolhas conflitantes entre rumos alternativos de pensamentos e ação [...] 4) Reconciliação: procura reestabelecer relacionamentos rompidos entre o homem e o seu próximo e entre o homem e Deus [...] Eu acrescentaria uma quinta função poimênica essencial, que também tem sido motivo constante na história da igreja: a nutrição. O objetivo da nutrição é capacitar pessoas a desenvolver as potencialidades que lhes foram dadas por Deus, ao longo de toda a jornada da vida com seus vales, picos e platôs.⁶²

Para Sathler–Rosa, ainda que o termo “cuidado pastoral” não seja literalmente bíblico, o mesmo possui respaldo na história da Igreja e nos textos bíblicos. Este autor também afirma que o cuidado pastoral corresponde à expressão “cura d’almas”, ou do latim *cura animarium*, que classicamente designava o elemento fundamental do ministério pastoral: a cura ou cuidado da alma. Porém, o sentido de “alma” aqui não é algo desintegrado das outras dimensões humanas, mas é o centro da vida e a essência da existência humana criada por Deus⁶³.

1.1.4.1 Fundamentos bíblicos do cuidado pastoral

No Antigo Testamento, a figura do pastor está intimamente relacionada a uma das principais atividades econômicas do povo hebreu, de onde descendem os israelitas: a criação de ovelhas. Esta atividade fornecia para a comunidade de Israel: a) alimentação, sendo a ovelha utilizada como alimento; b) fonte de renda, com a comercialização da lã; c) manutenção da sua religiosidade e fé em Deus, tendo este animal um papel central no sistema sacrificial. Tudo isto acontecia sob o cuidado e

⁶¹ CLINEBELL, 2007, p. 38.

⁶² CLINEBELL, 2007, p. 39.

⁶³ SATHLER-ROSA, 2004, p. 36.

supervisão de um pastor, o que demonstra o seu papel de destaque em vários aspectos da cultura israelita⁶⁴.

Segundo Sathler–Rosa, os povos da Mesopotâmia, em um contexto anterior ao povo de Israel, conferiram um significado mais profundo à figura do pastor em sua interpretação cultural ao associá-la a de seus reis e chefes, uma vez que tais autoridades eram consideradas como os pastores do povo, que tinham a função de proteger, cuidar e guardar o direito e a justiça da comunidade⁶⁵.

Em um contexto posterior, a comunidade de Israel introduziu o sentido teológico para o pastor ao atribuir esta função ao próprio Deus, o que fica bastante explícito no Salmo 23.1-4:

O Senhor é o meu pastor; de nada terei falta. Em verdes pastagens me faz repousar e me conduz a águas tranquilas; restaura-me o vigor. Guia-me nas veredas da justiça por amor do seu nome. Mesmo quando eu andar por um vale de trevas e morte, não temerei perigo algum, pois tu estás comigo; a tua vara e o teu cajado me protegem.

Nos versos acima, o salmista descreve quatro principais tarefas de Deus como pastor: 1) suprir as necessidades, “de nada terei falta”; 2) proporcionar motivação e força, “restaura-me o vigor”; 3) guiar e dirigir os passos, “guia-me nas veredas da justiça” ; 4) proteger dos perigos, “a tua vara e o teu cajado me protegem”.

Desta forma, Deus torna-se o modelo pastoral a ser seguido por outros pastores em Israel, no mesmo nível de comprometimento e fidelidade às ovelhas, isto é, as lideranças da comunidade deveriam se comportar como pastores. No texto de Jeremias 23.2, há uma clara advertência aos líderes que não estavam agindo conforme o modelo pastoral divino, negligenciando o cuidado necessário:

Portanto, assim diz o Senhor, Deus de Israel, aos pastores que tomam conta do meu povo: “Foram vocês que dispersaram e expulsaram o meu rebanho, e não cuidaram dele. Mas eu cuidarei de vocês pelos seus maus procedimentos”, declara o Senhor.

No texto do profeta Ezequiel (34.2-15), também há uma censura aos pastores infiéis e uma reivindicação de Deus ao pastorado, devido à ineficácia dos pastores humanos, sobretudo na prática da justiça e do direito, corroborando com o

⁶⁴ SATHLER-ROSA, 2004, p. 27.

⁶⁵ SATHLER-ROSA, 2004, p. 28

que o salmista afirma sobre o compromisso de Deus como um pastor que guia as suas ovelhas “nas veredas da justiça, por amor do seu nome”.

No Novo Testamento, de acordo com as narrativas dos evangelhos, o ministério de Jesus Cristo se estabelece como paradigma pastoral, assumindo e levando às últimas consequências as qualidades esperadas de um autêntico pastor na tradição de Israel, principalmente, no texto de João 10.10-15, quando Jesus afirma que ele é o bom pastor:

Eu sou o bom pastor. O bom pastor dá a sua vida pelas ovelhas. O assalariado não é o pastor a quem as ovelhas pertencem. Assim, quando vê que o lobo vem, abandona as ovelhas e foge. Então o lobo ataca o rebanho e o dispersa. Ele foge porque é assalariado e não se importa com as ovelhas. Eu sou o bom pastor; conheço as minhas ovelhas; e elas me conhecem; assim como o Pai me conhece e eu conheço o Pai; e dou a minha vida pelas ovelhas.

Sathler-Rosa afirma que esta noção de paradigma não se refere a um conjunto de técnicas ou modelos fechados. Mas a um referencial de disposições e atitudes presentes no ministério de Jesus que devem balizar a missão da igreja no seu papel de cuidado e serviço ao mundo. As ações pastorais devem ter uma coerência cristológica, ou seja, realizadas a partir do ministério de Jesus⁶⁶.

O apóstolo Pedro, ao orientar a comunidade cristã primitiva sobre o cuidado pastoral, segue o mesmo modelo praticado e ensinado pelo seu Mestre: “Pastoreiem o rebanho de Deus que está aos seus cuidados. Olhem por ele, não por obrigação, mas de livre vontade, como Deus quer. Não façam isso por ganância, mas com o desejo de servir” (1 Pedro 5.2).

Daniel Hoepfner também constata que Cristo é o modelo de cuidado pastoral para a comunidade cristã, ao analisar o hino cristológico descrito por Paulo em Filipenses 2.5-11:

Cristo “fez-se vazio”, “tornou-se pobre” (kénosis) para assumir a forma de servo (Fp 2.7). “A si mesmo se humilhou, tornando-se obediente até a morte de cruz” (Fp 2.8). [...] A passagem litúrgica de Filipenses esclarece o conteúdo e o significado do paradigma cristológico; revela a atitude pessoal e o comportamento comunitário do ministério de Jesus, na medida em que Ele veio para servir e não para ser servido (Mt 20.28). Portanto, também a comunidade cristã encontra, nesta passagem bíblica, seu padrão mais elevado, que é o seguimento irrestrito a Cristo: “Tende em vós o mesmo sentimento que houve também em Cristo Jesus” (Fp. 2.5).⁶⁷

⁶⁶ SATHLER-ROSA, 2004, p. 29.

⁶⁷ HOEPFNER, Daniel; HOCH, Lothar Carlos. *Fundamentos bíblico-teológicos da Capelania Hospitalar: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa*. 2008. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2008, p. 58.

O Espírito Santo, segundo as afirmações de Jesus em alguns textos do Evangelho de João (14.13-17; 15.26; 16.7-14), representa o pastoreio de Cristo no mundo, assumindo as suas funções de guiar, sustentar, instruir e consolar os seus seguidores. Nesta perspectiva, a Igreja, que é constituída por discípulos de Cristo, realiza a sua missão de cuidar das pessoas no poder do Espírito Santo.

1.1.4.2 O movimento de “clínica pastoral”

No contexto da modernidade, com o surgimento da psicanálise e da psicologia como ciência, a partir do final do século XIX, iniciou-se um grande conflito entre pastores que absorviam conceitos e técnicas da psicoterapia no trabalho pastoral e outros que diminuíam ou negavam as contribuições de qualquer ciência. A questão chave para muitos destes pastores era o valor da Bíblia, que poderia ser relegado a uma posição inferior com relação às “novas” teorias daquele momento⁶⁸.

Nos anos 1920 e 1930, surgiu nos Estados Unidos, a partir da cooperação de pastores e médicos, o movimento de “clínica pastoral” com o intuito de integrar conceitos da psicoterapia, sobretudo, no acompanhamento pastoral na área da saúde e, além disso, de fornecer uma formação clínica para pastores. Este movimento, nos anos 1960, se aliou a outra corrente denominada “psicologia pastoral”, elaborada na Europa e que aceitava a utilização de teorias psicoterápicas na prática do aconselhamento pastoral, que é uma das dimensões do cuidado pastoral⁶⁹.

Posteriormente, a partir dos movimentos de “clínica pastoral” e “psicologia pastoral”, foram formulados alguns modelos teóricos de aconselhamento pastoral, como o modelo fundamentalista centrado na Bíblia, o modelo evangelical de psicologia pastoral e o modelo holístico de libertação e crescimento. Estes modelos foram disseminados pelas igrejas do contexto norte-americano e europeu na América Latina sem a preocupação de dialogar com as questões culturais específicas do contexto latino-americano⁷⁰. Por isto mesmo, com o tempo revelou-se imprescindível para as igrejas e para a educação teológica na América Latina o esforço por repensar o aconselhamento e o cuidado pastoral nesta parte do mundo,

⁶⁸ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p. 301.

⁶⁹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p. 302.

⁷⁰ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p. 303.

segundo as características sociais, culturais e espirituais dessas populações e comunidades eclesiais.

1.1.4.3 A proposta do cuidado pastoral sistêmico

O cuidado pastoral sistêmico é proposto pelo teólogo norte-americano Larry Kent Graham, que faz uma crítica severa às teorias dominantes do cuidado pastoral oriundas do seu país e exportadas para a América Latina, afirmando que as mesmas representam um modelo “existencial-antropológico”, que coloca a realização pessoal no centro das atenções promovendo o individualismo e o egoísmo entre as pessoas⁷¹. Segundo Graham, esse tipo cuidado pastoral é essencialmente individualista.

Princípios como aperfeiçoamento, crescimento e auto-realização reforçam uma expectativa de satisfação de necessidades extremamente limitadora diante da complexidade humana. Esta visão é carente de uma abertura para as contribuições de outras cosmovisões produzidas em contextos culturais diferentes que não considera o controle da personalidade como a chave para resolução de crises e conflitos pessoais⁷².

Entre os diversos autores da área de cuidado pastoral, Graham menciona que Clinebell foi quem mais abordou o cuidado de pessoas somado ao cuidado de seus ambientes. Porém, a teoria de Clinebell ainda segue a lógica de um modelo “existencialista-antropológico” ao ter como objetivo central o desenvolvimento das potencialidades humanas, ou seja, a meta final sempre será a auto-realização⁷³.

Graham encontra no pensamento sistêmico uma nova maneira de cuidar pastoralmente das pessoas, tendo como um dos pilares a compreensão da relação entre o indivíduo e o ambiente ou a cultura que o cerca. Para ele, o pensamento sistêmico contrapõe-se à lógica do *modus vivendi* das sociedades pós-modernas:

O pensamento sistêmico enfatiza a união, enquanto o nosso modo de vida enfatiza a fragmentação. A palavra “sistêmico” refere-se a processos e trocas contínuas; nós enfatizamos causas, efeitos e resultados [...] Uma concepção sistêmica afirma que avanços criativos incluem aquilo que ocorreu antes; nosso modo de vida baseia-se na negação de valores anteriores. A análise sistêmica destaca as relações contínuas do indivíduo em meio à sociedade, à cultura e à natureza. O nosso modo de pensar

⁷¹ GRAHAM, Larry K. *Care of persons, care of worlds*. Nashville: Abingdon Press, 1992, p. 32.

⁷² GRAHAM, 1992, p. 34s.

⁷³ GRAHAM, 1992, p. 37.

destaca a oposição do indivíduo em relação à sociedade, à cultura e à natureza.⁷⁴

O pensamento sistêmico surgiu na metade do século XX e revolucionou o conhecimento científico, provocando mudanças na física, na matemática, na biologia e, posteriormente, alcançou outras ciências como a psicologia. Além disso, se constituiu como uma ruptura com paradigmas científicos anteriores como o pensamento analítico, fragmentário e mecanicista. A “Teoria Geral dos Sistemas”, foi proposta pelo biólogo vienense Ludwig Von Bertalanffy, e no campo da psicologia passou a ser utilizada para observar o comportamento humano e desenvolver novos modelos de terapia⁷⁵.

Valburga S. Streck, em sua pesquisa de doutorado sobre terapia familiar e aconselhamento pastoral com famílias de baixa renda, analisou a influência da teoria de sistemas de Bertalanffy para as ciências sociais e a terapia familiar:

Ele [Bertalanffy] aponta para o padrão de relacionamentos que existe no sistema (dentro dele) e do sistema com outros sistemas. Para ele o enfoque não é a substância das partes do sistema. As ideias de Bertalanffy ajudaram os terapeutas de famílias a observar a interação que existe entre os membros da família e a vê-los não como coleção de pessoas. O sistema é aberto e interage continuamente com o ambiente.⁷⁶

Uma análise sistêmica possui quatro características principais: 1) os elementos dos universos estão interligados em uma relação de reciprocidade, onde interconexões diretas ou indiretas moldam a vida de uma pessoa; 2) o universo é organizado por subsistemas que compõem as partes de um todo, com graus relativos de poder, responsabilidade e influência; 3) ênfase no equilíbrio mantido através de trocas, negociações e administração de limites; 4) defesa da criatividade contextual e liberdade finita⁷⁷.

O cuidado pastoral balizado pelo pensamento sistêmico direciona o seu olhar para a totalidade do ser e para as relações mútuas e contínuas com todas as realidades que influenciam o ser humano.

⁷⁴ GRAHAM, 1992, p. 39.

⁷⁵ FRIESEN, Albert; GRZYBOWSKI, Carlos “Catito”. Modelo sistêmico: conceitos e potencialidades. In: FRIESEN, Albert; GRZYBOWSKI, Carlos “Catito”; OLIVEIRA, Roseli K. M. *De bênçãos a traições: a história das famílias de Abraão, Isaque e Jacó*. Curitiba: Esperança; Viçosa: Ultimato, 2006, p. 25-26.

⁷⁶ STRECK, Valburga S. *Terapia familiar e aconselhamento pastoral: uma experiência com famílias de baixos recursos*. São Leopoldo: Sinodal, 1999, p. 58.

⁷⁷ GRAHAM, 1992, p. 39-40.

Graham apresenta cinco princípios que identificam uma intervenção a partir do cuidado pastoral sistêmico. O primeiro princípio é o que ele chama de organicidade, que se refere a prestar assistência às pessoas discernindo e respondendo aos padrões de interconexão que marcam a sua situação. As interconexões são percebidas através do contexto familiar e cultural, na crença da reciprocidade entre influências internas e externas⁷⁸.

O segundo princípio é o da simultaneidade. O cuidador deve reconhecer e responder estrategicamente às consequências intersistêmicas de sua intervenção, ciente de que mudanças nas partes ou no todo de um sistema afetam-se mutuamente⁷⁹.

O terceiro princípio é o da conscientização. Para transformar situações sintomáticas, os cuidadores devem ajudar os que buscaram o cuidado na conscientização do impacto da ordem social nas suas dificuldades pessoais. Em casos de relações de dominação e subordinação, a conscientização ajuda a verificar quem de fato se beneficia com os arranjos de poder e quem sofre os prejuízos desta relação⁸⁰.

Graham ainda apresenta o princípio da defesa pública, que acontece quando o cuidador empresta sua voz para modelar políticas públicas que beneficiam as pessoas que buscam cuidado, transformando comportamentos sintomáticos. E, por fim, o princípio da aventura, quando o cuidador “ajuda as pessoas a reconhecerem que Deus está presente como um aliado ao lado da transformação e da mudança, apesar de aguardado, é imprevisível”⁸¹.

A proposta do cuidado pastoral sistêmico pode ser aplicada a uma forma de cuidado pastoral junto às pessoas doentes dentro de um contexto hospitalar, uma vez que visa a assistir as pessoas, compreendendo as interconexões entre estas e o seu ambiente. Além disso, o cuidado pastoral sistêmico preconiza ações que não estão centradas em objetivos, como auto-realização e crescimento, o que em situações de doença poderiam gerar frustrações diante de expectativas não correspondidas com a realidade.

⁷⁸ GRAHAM, 1992, p. 46.

⁷⁹ GRAHAM, 1992, p. 46.

⁸⁰ GRAHAM, 1992, p. 46.

⁸¹ GRAHAM, 1992, p. 47.

1.2 O desafio da capelania hospitalar para as igrejas

Os hospitais podem ser considerados um dos lugares onde o cuidado pastoral é tão necessário quanto o cuidado de outros profissionais da saúde. Cuidar de enfermos é uma prática historicamente ligada à tradição cristã, que se fundamenta na missão de Jesus Cristo. Sendo assim, as igrejas precisam reafirmar e valorizar esta missão de acompanhar pessoas enfermas. Porém, o cuidado pastoral neste contexto precisa ter consciência das suas raízes históricas, seu desenvolvimento até chegarmos ao conceito de capelania hospitalar e compreender o perfil adequado para pessoas que desejam exercer esta forma de cuidado.

1.2.1 Breve histórico do cuidado hospitalar

O termo hospital passou por grandes transformações ao longo da história no Ocidente, desde a sua concepção original, aproximadamente em 400 a.C., quando se referia aos estabelecimentos que praticavam a hospitalidade com pessoas pobres, idosas, órfãs e peregrinas. Na Grécia antiga, surgiram os *iatreia*, que foram os primeiros locais onde se tratavam doenças e se realizavam cirurgias. Já na Roma antiga, existiram templos destinados ao tratamento de doenças e as *medicatrinae*, ambos considerados como predecessores das instituições hospitalares da atualidade⁸².

O cristianismo teve um papel central na criação de hospitais, pois enxergava o ato de prestar assistência aos necessitados e o cuidado de pessoas doentes como parte da missão que Cristo havia confiado a sua Igreja. Muitas instituições cristãs de caridade foram fundadas desde o século III com o objetivo de praticar a hospitalidade entre indivíduos pobres e doentes. A partir do final da Idade Média (1495), os hospitais passaram a se dedicar exclusivamente ao tratamento e à cura de doentes, o que se intensificou ainda mais com o advento do capitalismo no final do século XVIII⁸³.

Sobre a mudança na gestão dos hospitais, Silva afirma que:

⁸² HOEPNER, 2008, p. 76.

⁸³ HOEPFNER, 2008, p. 77.

No renascimento (século XVI), há uma mudança muito clara na forma de administrar os hospitais, pois os mesmos deixam de ser gestados por instituições religiosas, passando para as instituições leigas [...] o paciente deixa de ser um irmão em Cristo e passa a ser tratado como cidadão sujeito a direitos. Em 1700, acontece a libertação definitiva da hospitalização religiosa para a leiga.⁸⁴

No modo de produção capitalista, desenvolvido nos séculos XIX e XX, o corpo humano era a sua principal força motriz, e qualquer dano a este corpo poderia acarretar em prejuízos econômicos. Sendo assim, a tarefa do hospital se tornou em reabilitar um corpo para que o mesmo volte a produzir. Este fator, aliado ao progresso técnico-científico, resultou em um processo de desumanização, onde o ser humano passa a ser visto apenas na sua dimensão biológica⁸⁵.

No fim dos anos 1990, surgiram vozes de protesto contra o quadro de desumanização na saúde por meio de propostas para uma humanização no ambiente hospitalar. Segundo a Associação de Defesa dos Usuários da Saúde, a humanização defende “um resgate de valores e princípios, em determinadas circunstâncias, esquecidos em estabelecimentos de saúde que procuram assistir o ser humano em sua totalidade, fazendo dele o centro de toda ação hospitalar”⁸⁶.

Para M. Pierluigi, a humanização no ambiente hospitalar deve mudar a mentalidade dos profissionais de saúde, gerando novas formas de intervenção que levam em consideração o bem estar geral do paciente. O mesmo autor ainda afirma que a:

humanização do hospital não é algo a ser feito a mais, em acréscimo. Mas é a ação longamente ponderada e pensada antes de ser decidida, que causa reviravolta nas relações, nas comunicações, no poder e na vida afetiva de todos no hospital, porquanto, relações, poder, comunicações dirigem-se ao doente, ao seu bem-estar. O doente é o centro do hospital humanizado e, finalmente, pode receber respostas não só científicas e técnicas, mas também humanas.⁸⁷

A abertura no ambiente hospitalar para a presença de “respostas humanas” no tratamento dos pacientes, por meio da humanização, propiciou novamente um

⁸⁴ SILVA, Marcos Nunes; FARRIS, James Reaves. *Capelania hospitalar como práxis libertadora junto às pessoas com HIV/AIDS*. 2007. 123f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo 2007, p. 23.

⁸⁵ HOEPFNER, 2008, p.78-79.

⁸⁶ ASSOCIAÇÃO DE DEFESA DOS USUÁRIOS DA SAÚDE apud HOEPFER, 2008, p. 77.

⁸⁷ PIERLUIGI, Marchesi. *Humanização da saúde*. São Paulo: Paulus, 1999, p. 214.

importante espaço, dentre outras intervenções humanizadoras, para a assistência religiosa dentro dos hospitais.

1.2.2 Introdução à Capelania hospitalar

O termo “capelania” surgiu na França, em 1700, quando, em tempos de guerra, o rei tinha o hábito de enviar para os acampamentos militares uma relíquia cristã dentro de um oratório ou capela. O sacerdote era considerado o “capelão”, sendo o responsável pela capela e também conselheiro espiritual dos militares. Com o passar dos anos, a capelania se estendeu para outros lugares como prisões, colégios e hospitais⁸⁸.

Na Inglaterra e nos Estados Unidos, a partir do século XIX, iniciaram-se várias discussões sobre a psicologia pastoral e a ideia da cooperação entre o clero e a classe médica, defendida originalmente pelo pastor congregacional Washington Gladden. Como resultado, no século XX, a capelania hospitalar foi ganhando mais destaque e se estabelecendo em grandes hospitais⁸⁹.

No Brasil, o serviço de capelania começou na área militar em 1858, tendo sido posteriormente ampliada, chegando aos hospitais, às universidades, aos presídios e às escolas. Atualmente, muitos hospitais possuem serviço de capelania, porém, poucos remuneram seus capelães e a grande maioria é voluntária. Alguns serviços não têm a figura do capelão e são constituídos por voluntários chamados de visitantes⁹⁰.

A capelania hospitalar, historicamente, tem realizado a tarefa de promover consolo e alento às pessoas doentes e a suas famílias por meio de acompanhamento e assistência religiosa, o que pode fazer dela mais um instrumento no enfrentamento de uma doença e, ao mesmo tempo, promotora de qualidade de vida durante uma internação hospitalar, pelo viés da religiosidade/espiritualidade.

Segundo Alarcos, a capelania hospitalar é definida como o serviço cristão da igreja ao mundo dos doentes, nos hospitais e nas casas, com objetivo de ajudá-los,

⁸⁸ GENTIL, Rosana Chami; GUIA, Beatriz Pinheiro; SANNA, Maria Cristina. Organização de serviços de Capelania hospitalar: um estudo bibliométrico. *Escola Anna Nery*, v.15, 2011, p. 163.

⁸⁹ SILVA, 2007, p. 24.

⁹⁰ SILVA, 2007, p. 24.

a partir da fé, na busca de recuperação da saúde ou na aceitação e na humanização dos últimos momentos de vida por meio do diálogo⁹¹.

Um serviço de capelania tem como tarefa primordial auxiliar pessoas doentes a lidarem com questões que muitas vezes não são consideradas pelos outros membros da equipe que acompanha estes pacientes, como culpa, crises de fé, ansiedade e preocupação quanto ao prognóstico de sua saúde, medo da morte e insegurança sobre o seu futuro e o de sua família⁹².

1.2.3 O perfil do capelão

Para prestar assistência espiritual por meio da capelania hospitalar, é necessário possuir algumas disposições e habilidades que corroboram a finalidade da capelania de estar ao lado do enfermo nos momentos de fragilidade física, emocional e espiritual.

Leo Pessin afirma que um capelão⁹³ deve ser alguém apto para ouvir e acolher o sofrimento humano. Deve ter a sensibilidade para com os dramas da vida e defender a dignidade, os valores de fé e a cosmovisão do indivíduo, se abstendo de qualquer tipo de manipulação tão presente em algumas formas de assistência espiritual⁹⁴.

O capelão deve ser alguém consciente da sua vocação. A vocação se refere ao chamado de Deus para atuar em meio ao sofrimento causado pela enfermidade para promover saúde e vida. A exemplo de Cristo, o capelão possui o dom de exercer misericórdia e solidariedade em contextos diversos que vão desde o nascimento à morte⁹⁵. Aitken assim define a vocação para a misericórdia na capelania:

Misericórdia é o amor em ação [...] Significa a capacidade de penetrar no interior da outra pessoa. É algo que nasce da identificação com o outro, de

⁹¹ ALARCOS, Francisco J. *Bioética e pastoral da saúde*. São Paulo: Paulinas, 2006, p.38.

⁹² AITKEN Eleni Vassão de Paula. *No leito da enfermidade*. 6ª ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2009, p.64-65.

⁹³ Por uma questão metodológica, adota-se nesta pesquisa o termo capelão, sem desconsiderar a questão de gênero e a similaridade com outras terminologias como assistente espiritual e agente de pastoral. Entende-se que o capelão é um ministro ou ministra religiosa, ordenado e reconhecido por uma comunidade de fé e que se qualificou para o trabalho de assistência espiritual hospitalar.

⁹⁴ PESSIN, Leo; MILDNER, João Inácio. O perfil do capelão e a missão capelania hospitalar. *Revista Eclesiástica Brasileira*, v. 52, n. 206, 1992, p. 414.

⁹⁵ PESSIN; 1992, p. 415.

modo que passo a ver as coisas como ele as vê e a senti-la como ele as sente. O verdadeiro servo envolve-se com outros. Deixa sujar as mãos e vestes se necessário. Não oferece apenas palavras de consolo, mas oferece todo o seu ser para consolá-lo.⁹⁶

O capelão pode ser um agente de transformação. Quando está inserido em um ambiente hospitalar, o capelão tem o dever de denunciar injustiças e práticas que possam ferir a dignidade dos enfermos⁹⁷. Ele não deve se conformar com eventuais situações danosas à saúde das pessoas e, sempre que possível, emprestar sua voz para reivindicar melhorias na assistência aos enfermos.

Além do aspecto vocacional, é necessário que o capelão busque profissionalizar a sua atuação, agregando e integrando conhecimentos das áreas da saúde (biologia, psicologia, enfermagem e outras) com a sua formação pastoral e teológica. Ele também precisa se atualizar e aprofundar nos dilemas atuais da bioética, como questões relacionadas ao aborto, à eutanásia, à terminalidade da vida, aos transplantes, à engenharia genética, entre outras⁹⁸. Acrescenta-se também à questão da bioética o debate bastante atual sobre o uso de células tronco no tratamento de algumas doenças, algo que possivelmente poderá se interpor como um dilema para o capelão.

A espiritualidade é o cerne da atuação da pessoa que exerce a capelania. O capelão poderá ser o único profissional apto para acolher e trabalhar a espiritualidade dos enfermos. Entretanto, sua própria espiritualidade deve estar ancorada na pessoa e na obra de Cristo, sabendo que a caminhada de paixão, morte e ressurreição pode suscitar esperança em meio às dores e às angústias dos pacientes. Ele também pode auxiliar familiares e demais profissionais a resgatarem a dimensão espiritual de suas vidas e trabalho⁹⁹.

Para Pessin, um capelão precisa desenvolver qualidades como liderança e espírito ecumênico:

O capelão deve saber delegar responsabilidades confiando na capacidade das pessoas evitando centralizações. Não sendo monopolizador ele é capaz de coordenar, dinamizar, animar e unir, humana e evangelicamente as forças vivas presentes na instituição hospitalar, através de um conselho Pastoral de Capelania [...] O capelão nesta realidade zela pelo atendimento das necessidades psico-espirituais segundo a sua tradição religiosa e está

⁹⁶ AITKEN, 2009, p. 105.

⁹⁷ PESSIN, 1992, p. 415.

⁹⁸ PESSIN, 1992, p. 415.

⁹⁹ PESSIN, 1992, p. 416.

alerta para que não aconteçam atitudes antiéticas e manipulações proselitistas num momento em que as pessoas estão cerceadas de sua liberdade de opção de vida.¹⁰⁰

O capelão precisa conquistar o seu espaço como membro de uma equipe multidisciplinar, demonstrando a relevância do seu papel e respeitando os outros profissionais. Para tanto, conforme Pessin, este profissional:

É capaz de trabalhar em equipe, buscando assessoria competente de áreas afins e também colabora no encaminhamento de soluções de problemas que atingem sua área específica. Ele é o responsável em participativamente refletir e celebrar momentos significativos da vida hospitalar como: Natal, Páscoa e etc. Em sua ação de capelão hospitalar não está sozinho pois sente –se unido à Igreja com a pastoral orgânica.¹⁰¹

Segundo Aitken, uma das características de quem se propõe a visitar enfermos é “ser impelido pelo amor a Jesus e às pessoas”¹⁰². O amor encarnado na pessoa de Jesus Cristo se traduzia em interesse, cuidado e solicitude para com todos que se aproximavam dele. Jesus assistia os enfermos com amor, e se inspirar nesta forma que demonstrou ser tão eficaz, conforme as narrativas bíblicas (cf. Marcos 5), resultará em uma assistência mais digna e compassiva.

1.3 Síntese

A capelania hospitalar parte de uma premissa fundamental: a dimensão humana do cuidado. A motivação primeira para prestar assistência espiritual em hospitais se origina da nossa necessidade inata de cuidar e de sermos cuidados. Deste modo, iniciamos esta pesquisa trabalhando de uma maneira interdisciplinar a necessidade de cuidado no mundo contemporâneo e a construção do conceito de cuidado, principalmente, com as contribuições de Leonardo Boff.

Um segundo passo foi abordar algumas expressões do cuidado. Analisamos a relação entre cuidado, qualidade de vida e saúde integral, buscando romper com o paradigma de fragmentação do ser humano, que privilegia uma dimensão em detrimento de outras.

Posteriormente, trabalhamos a expressão do cuidado no contexto pastoral. Descrevemos alguns fundamentos bíblicos, destacando as raízes judaico-cristãs do

¹⁰⁰ PESSIN, 1992, p. 416

¹⁰¹ PESSIN, 1992, p. 417.

¹⁰² AITKEN, 2009, p. 96.

cuidado pastoral. Percebemos o desenvolvimento da prática pastoral na tradição da Igreja, o movimento de clínica pastoral na modernidade e apresentamos o cuidado pastoral sistêmico como uma possibilidade de um cuidar contextualizado e aplicável a nossa realidade latino-americana, sobretudo, num ambiente hospitalar.

Na última parte, introduzimos a temática da capelania hospitalar propriamente dita, iniciando com um breve histórico do cuidado hospitalar para demonstrar como a assistência espiritual está na gênese desta expressão do cuidado. Também apresentamos o conceito e o surgimento da capelania hospitalar e finalizamos dissertando a respeito do perfil necessário para uma pessoa estar habilitada para exercer o serviço da capelania hospitalar.

Neste capítulo, lançamos as bases para o cuidado pastoral no contexto hospitalar. No próximo capítulo o objetivo é aprofundar os fundamentos teológicos da capelania hospitalar e discutir, de uma maneira dialógica, as contribuições da teologia da missão integral como uma expressão evangélica da teologia latino-americana.

2 OS FUNDAMENTOS TEOLÓGICOS DA CAPELANIA HOSPITALAR E AS CONTRIBUIÇÕES DA TEOLOGIA DA MISSÃO INTEGRAL

Uma das propostas desta pesquisa é fundamentar teologicamente a prática da capelania hospitalar. Para tanto, em um primeiro momento, faremos uma reflexão sobre o papel da saúde integral na missão de Jesus Cristo, buscando apontar elementos-chave que embasam uma práxis de assistência espiritual integral. Em seguida, apresentaremos a Teologia da Missão Integral (TMI), abordando seu itinerário histórico e suas principais categorias teológicas. Ao final, esboçaremos um diálogo entre capelania hospitalar e TMI, por meio do modelo de aconselhamento pastoral proposto por Daniel Schipani.

2.1. A saúde integral na missão de Jesus Cristo

A capelania hospitalar tem como um dos seus principais fundamentos teológicos a práxis de Jesus Cristo. Nas suas andanças pela Galileia e Judeia, percebemos a preocupação de Jesus com a salvação e a saúde das pessoas. Ao analisar as narrativas bíblicas, é possível constatar que salvação e saúde são conceitos que estão intimamente ligados nas ações do Cristo.

Desde que Jesus anunciou “o tempo de salvação se cumpriu e o reino de Deus está próximo” (Marcos 1.15), o ministério dele se desenvolveu proclamando a libertação dos oprimidos, o socorro aos famintos e a cura dos enfermos. Isto demonstra que a chegada de um tempo de salvação, na pessoa Jesus, significava um novo tempo de saúde nas vidas daqueles que foram tocados por Ele.

Segundo Francisco Álvarez, salvação e saúde são atributos inseparáveis da identidade de Jesus. Em Jesus, não existe contradição entre o ser e o fazer e, neste sentido, a saúde não é algo que Ele simplesmente trouxe, porém, a manifestação da sua identidade. Na narrativa de Lucas 4.18, ao citar um texto do profeta Isaías, Jesus refere-se a si mesmo como salvador, libertador e terapeuta, o que evidentemente se comprova durante toda a sua atividade ministerial através dos seus sinais, atitudes e palavras¹⁰³.

¹⁰³ ÁLVAREZ, Francisco. *Teologia da Saúde*. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2013, p.133-134.

Quando analisamos a afirmação do evangelista Lucas, “saía dele uma força que curava todos” (Lucas 16.19), constatamos o quanto a saúde está profundamente unida à pessoa de Jesus. O texto retrata a cura de uma mulher que sofreu durante doze anos de uma hemorragia uterina. Bastou um simples toque no manto de Jesus, quase imperceptível, para que a cura acontecesse.

Para Álvarez, o toque significa “confiança e reconhecimento da força que saía dele”¹⁰⁴. Este toque também marcou o início da relação terapêutica entre Jesus e a mulher, a curada e o seu curador. O processo de cura aconteceu nessa relação, onde a mulher contribuiu com sua iniciativa, carregada de fé, de se aproximar de Jesus. Pela fé, além da saúde recuperada, a mulher viu restaurada sua dignidade e recebeu paz de espírito.

Outro aspecto que corrobora a ideia de que a saúde é algo intrínseco à pessoa de Cristo é a atenção preferencial que ele dava a pessoas enfermas, com deficiência e doentes mentais. Sempre quando Jesus chegava a uma aldeia da Palestina, seu destino preferido era o “submundo de enfermos, aos quais eram negados a dignidade e os direitos mínimos, sem os quais a vida não poderia ser considerada humana”¹⁰⁵, como se pode observar de maneira recorrente nos relatos dos evangelhos.

Para Álvarez, é importante diferenciar a atividade curadora de Cristo dos curandeiros de sua época. Jesus pode ser considerado como um “curador atípico”, uma vez que as suas curas instauravam um processo de transformação integral nas pessoas, oportunizando a elas uma nova vida. Da mesma forma, Jesus também se destaca como o “salvador único”, diferentemente de todos os seus predecessores que se apresentavam como tais¹⁰⁶. A salvação que ele oferece vai além das expectativas políticas, pois, sinaliza a vinda de um Reino¹⁰⁷ que eleva a condição humana, trazendo novas possibilidades e perspectivas de vida.

¹⁰⁴ ÁLVAREZ, 2013, p. 134

¹⁰⁵ PAGOLA, Jose A. Jesus e os enfermos mais carentes. In: PESSINI, Leocir. *Bioética e Pastoral da Saúde*. Aparecida: Santuário, 1989, p. 32.

¹⁰⁶ ÁLVAREZ, 2013, p. 136.

¹⁰⁷ A compreensão de Álvarez sobre o conceito de Reino de Deus se assemelha com entendimento de René Padilla, que coaduna com a proposta desta pesquisa, de que o “Reino é poder dinâmico de Deus que se torna visível por meio de sinais concretos que mostram que Jesus é o Messias. É uma nova realidade que afeta a vida humana não somente moral e espiritualmente, mas também física e psicologicamente, material e socialmente”. Cf. PADILLA, C. René. *Missão Integral: ensaios sobre o reino e a igreja*. São Paulo: FTL-B; Temática Publicações, 1992, p. 199.

2.1.1. A linguagem da saúde integral

O Novo Testamento apresenta uma linguagem nova e própria da saúde, sobretudo no que se refere ao ministério de Jesus. Existem três verbos¹⁰⁸ de referência que, vez por outra, estão presentes nos encontros de Jesus com enfermos: *therapeuein*, *hygies* e *sozein*.

O verbo *therapeuein* significa um “cuidado eficaz”, que, em algumas situações, pode se referir a “curar”. Porém, antes de acontecer efetivamente a cura, Jesus traçava um caminho terapêutico, motivado por intensa compaixão para com as pessoas enfermas. Neste caminho, ele se encarregava de servir os enfermos, seja buscando contato, ouvindo o seu sofrimento, ou tocando nas áreas comprometidas. Tudo isto eram ações terapêuticas de Jesus¹⁰⁹.

A narrativa da cura do cego de nascença (João 9.6) evidencia alguns gestos terapêuticos de Jesus, que gradualmente culminaram em uma cura completa: “Tendo dito isto, cuspiu na terra, e com a saliva fez lodo, e untou com o lodo os olhos do cego. E disse-lhe: Vai, lava-te no tanque de Siloé (que significa o Enviado). Foi, pois, e lavou-se, e voltou vendo.”

Segundo Álvarez, o uso do verbo *therapeuein* nos textos bíblicos está imbuído de uma tríade: ensinar, pregar e cuidar¹¹⁰. Esta tríade, por sua vez, tem como ponto unificador o Reino de Deus, o centro de toda a obra de Cristo. Sendo assim, toda a atividade terapêutica de Jesus deve ser compreendida na perspectiva da vinda do Reino, que traz à humanidade salvação definitiva e integral¹¹¹.

O verbo *hyghiainein*, remete a uma cura que atinge todas as dimensões do ser humano, isto é, a cura integral. Em alguns relatos bíblicos, é possível perceber pessoas sendo curadas por inteiro, ou seja, não somente de problemas físicos, mas também dos seus pecados. Neste sentido, a saúde e a cura integral se relacionam diretamente com a libertação dos pecados, como é possível observar na cura de cegos, surdos e deficientes físicos. Nestas situações, Jesus declara o perdão dos

¹⁰⁸ São verbos oriundos da língua grega, na qual foi escrito boa parte do Novo Testamento.

¹⁰⁹ ÁLVAREZ, 2013, p. 142.

¹¹⁰ A tríade tem como uma de suas bases o texto de Mateus 4.23: “E percorria Jesus toda a Galileia, ensinando nas suas sinagogas e pregando o evangelho do reino, e curando todas as enfermidades e moléstias entre o povo.”

¹¹¹ ÁLVAREZ, 2013, p. 143.

pecados indicando que a sua cura atinge dimensões mais profundas do ser humano¹¹².

Um texto que exemplifica esta cura integral é a história do parálítico (Lucas 5.18-20) que é levado em uma maca por alguns homens até Jesus:

E eis que uns homens transportaram numa cama um homem que estava parálítico, e procuravam fazê-lo entrar e pô-lo diante dele. E, não achando por onde o pudessem levar, por causa da multidão, subiram ao telhado, e por entre as telhas o baixaram com a cama, até ao meio, diante de Jesus. E, vendo ele a fé deles, disse-lhe: Homem, os teus pecados te são perdoados.

A declaração de Jesus Cristo ao olhar para aquele homem surpreende a todos, inclusive, gerando uma grande polêmica com os seus opositores. Todavia, o fato é que Jesus deixa claro a sua intenção de sarar todas as dimensões feridas da pessoa¹¹³. O parálítico, na verdade, representa todo o ser humano que necessita de uma cura integral porque também é um doente integral. A doença espiritual que o pecado causa necessita tanto de cura quanto as doenças físicas.

O verbo *sozein* faz a conexão entre curar e salvar. Essa associação é especialmente percebida em alguns relatos do evangelho de Lucas. A expressão “tua fé te salvou” é anunciada após a cura, como na situação da mulher com hemorragia uterina, ou a cura e a salvação também acontecem juntas como na cura do leproso em Lucas 17.19: “Levante-te, vai, a tua fé te salvou”¹¹⁴.

Na narrativa de Lucas 6.6-11, a conexão entre cura e salvação é ainda mais evidenciada por Jesus:

E aconteceu também noutro sábado, que entrou na sinagoga, e estava ensinando; e havia ali um homem que tinha a mão direita mirrada. E os escribas e fariseus observavam-no, se o curaria no sábado, para acharem de que o acusar. Mas ele bem conhecia os seus pensamentos; e disse ao homem que tinha a mão mirrada: Levanta-te, e fica em pé no meio. E, levantando-se ele, ficou em pé. Então Jesus lhes disse: Uma coisa vos hei de perguntar: É lícito nos sábados fazer bem, ou fazer mal? Salvar a vida, ou matar? E, olhando para todos em redor, disse ao homem: Estende a tua mão. E ele assim o fez, e a mão lhe foi restituída sã como a outra. E ficaram cheios de furor, e uns com os outros conferenciavam sobre o que fariam a Jesus.

O questionamento de Jesus aos seus opositores se era lícito salvar no sábado, dentro do contexto da cura do enfermo que tinha a mão seca, mostra que Jesus como “curador atípico” veio para trazer uma saúde salvífica¹¹⁵. Isto significa

¹¹² ÁLVAREZ, 2013, p. 144.

¹¹³ ÁLVAREZ, 2013, p. 144.

¹¹⁴ ÁLVAREZ, 2013, p. 145.

¹¹⁵ ÁLVAREZ, 2013, p. 145.

que a cura operada por Jesus, que combina cura de doenças e perdão de pecados, suscita uma reaproximação do ser humano com Deus. O resultado disto é uma experiência salvífica que oferece ao enfermo a possibilidade de reconstruir sua existência, de resgatar sua dignidade e de se abrir a uma nova relação com Deus.

2.1.2. Apontamentos para um modelo cristológico de saúde integral

Podemos afirmar que Jesus Cristo apresentou um novo modelo de saúde para o ser humano. Dentre alguns aspectos deste novo modelo, o primeiro que poderíamos destacar é que Jesus Cristo oferece saúde para toda a pessoa. Todas as dimensões da saúde foram contempladas por ele, uma vez que ele trouxe saúde física, emocional, relacional, ecológica e espiritual.

Neste aspecto, Álvarez assim destaca a capacidade integradora de Jesus:

A integridade da saúde oferecida por Cristo não está em uma soma das “partes”, mas sim na capacidade de integrar as diversas dimensões, inclusive as que estão feridas, de apropriar-se delas, de levá-las a uma unidade sempre difícil, de perceber, portanto, sua tensão, de reconduzi-las à realização do próprio projeto de vida.¹¹⁶

Outro aspecto relevante é que Jesus oferece saúde, mas nunca impõe saúde. Um dos seus métodos de cura era colocar o ser humano no processo terapêutico, por isto, a fé da pessoa enferma tinha um papel extremamente ativo na concretização de uma cura. Para Jesus, o enfermo é o sujeito da sua saúde, e, portanto não faria o menor sentido curá-lo sem a sua participação, como se pode observar em Marcos 2.11: “A ti te digo: levanta-te toma o teu leito e vai para a tua casa”.

A saúde oferecida por Jesus implicava mudança de vida. Segundo os diversos relatos bíblicos de cura, as pessoas curadas por Jesus eram convidadas a experimentarem uma transformação plena de vida, o que exigia um protagonismo dos mesmos. Muitos tinham suas funções vitais perdidas recuperadas, se libertavam do mal, seus pecados eram perdoados, eram reinseridas na comunidade, começavam uma nova vida social e, sobretudo, uma nova forma de se relacionar com Deus.

No modelo de saúde integral de Jesus, saúde e missão andam de mãos dadas, uma vez que, viver de maneira saudável significa seguir um projeto de vida

¹¹⁶ ÁLVAREZ, 2013, p. 217.

de acordo com os valores do Reino de Deus. A saúde integral proporciona a um discípulo de Jesus condições para testemunhar a cura e a salvação que somente Ele pode oferecer.

O conceito cristológico de saúde integral inaugura um novo tempo para o trabalho de capelania, uma vez que os capelães e capelãs tornam-se importantes não para pessoas religiosas, mas para todo o cuidado hospitalar.

A missão de assistir espiritualmente pessoas enfermas exige um comprometimento com a saúde integral delas. Desta forma, é necessário que aqueles que adotam como projeto de vida caminhar com enfermos fundamentem teologicamente a sua prática em uma teologia de missão que preze pela integralidade humana no seguimento de um modelo cristológico de saúde. Por isto, esta pesquisa apresenta a Teologia da Missão Integral como possibilidade de alcançar este objetivo.

2.2. A Teologia da Missão Integral

A Teologia da Missão Integral (TMI) vem sendo gerada no seio do movimento evangélico¹¹⁷ latino-americano desde a década de 1970 até os dias de hoje. Ainda que existam outras correntes sérias, ela se apresenta como uma alternativa evangélica, em meio a tantos desvios e deturpações da fé, presentes na realidade atual da Igreja de Jesus Cristo. Vale ressaltar que, neste trabalho, compreende-se evangelicalismo latino-americano como uma ala do movimento evangélico mundial que está consciente de suas raízes históricas, porém, com um rosto e características próprias do contexto latino-americano.

José Míguez Bonino define o evangelicalismo latino-americano como fruto da migração de missionários para a América Latina, sobretudo, norte-americanos e britânicos, a partir de 1840, oriundos de diversas confissões evangélicas (metodistas, batistas e presbiterianos), mas que compartilham de um mesmo

¹¹⁷ O movimento evangélico tem suas origens na Grã-Bretanha, no seio do anglicanismo no século 18, na esteira do primeiro grande despertar (avivamento) do referido século, tendo como principais pilares teológicos “a autoridade da Bíblia em todas as questões de fé e prática; conversão como experiência distinta da fé em Cristo como Senhor e Salvador; prática da evangelização como a dimensão fundamental da missão da fé cristã”. Cf. CALDAS, Carlos. *Orlando Costas: sua contribuição para a teologia latino-americana*. São Paulo: Vida Acadêmica, 2007, P.77.

horizonte teológico. A questão teológica principal era afirmar a autoridade bíblica e anunciar a salvação por meio da morte e ressurreição de Jesus Cristo¹¹⁸.

Com o passar do tempo, as transformações do movimento evangélico a nível mundial seguiram influenciando o evangelicalismo latino-americano devido à ligação com as igrejas patrocinadoras da migração missionária. Dentre estas mudanças, Míguez Bonino destaca o despertar religioso e a reforma social na década de 1850, que associa a moralização da sociedade à abolição da escravatura e ao combate à pobreza. No final do século 19, temos o “movimento de santidade”, uma combinação da tradição wesleyana de santificação com a tradição calvinista da luta contra o pecado. Nas primeiras décadas do século 20, surge a grande controvérsia entre evangelização e responsabilidade social, quando então preocupações com questões políticas e sociais são vistas como um modernismo do liberalismo teológico. E, por fim, temos a emergência do movimento fundamentalista no início do século 20 que, em suma, consistia em uma defesa da fé contra o secularismo e o avanço da ciência, reafirmando a autoridade bíblica. Todavia, esse movimento teve um caráter literal e intransigente e um afastamento completo das preocupações com a realidade secular¹¹⁹.

É justamente contrário a este último movimento que surge na América Latina, a partir da década de 1960, uma espécie de “evangelicalismo radical”. Para Carlos Caldas, o que difere este evangelicalismo dos outros é o entendimento de que questões sociais e políticas devem ser radicalmente integradas à missão da Igreja, sem a necessidade de renegar elementos da tradição evangelical como a salvação por meio da fé em Jesus Cristo, a autoridade das Escrituras e a evangelização¹²⁰. É na esteira deste movimento que nasce a Teologia da Missão da Integral.

¹¹⁸ MÍGUEZ BONINO, José. *Rostos do Protestantismo Latino-Americano*. São Leopoldo: Sinodal, p. 31.

¹¹⁹ MÍGUEZ BONINO, 2002, p. 32-36.

¹²⁰ CALDAS, 2007, p. 79.

2.2.1 Os primeiros esforços para uma teologia evangélica autóctone

As articulações em solo latino-americano para a elaboração de uma teologia evangélica autóctone e comprometida com a Missão Integral da igreja foram iniciadas nas discussões dos Congressos Latino–Americanos de Evangelização (CLADES), que reuniam lideranças e teólogos/as vinculados ao Movimento de Lausanne na América Latina. De acordo com Samuel Escobar, “entre os evangélicos, o início de uma teologia nacional está ligado a um congresso de evangelização que foi o berço da Fraternidade Teológica Latino-Americana”.¹²¹

O Primeiro Congresso de Evangelização Latino-Americano (CLADE I), realizado em novembro de 1969, em Bogotá, foi patrocinado, convocado e liderado pela Associação Evangelística Billy Graham (AEBG) com o objetivo de ser uma representação continental do Congresso Mundial de Evangelização, realizado em Berlim em 1966, também organizado pela AEBG¹²².

Segundo Luis Longuini Neto, uma das resoluções do Congresso Mundial de Evangelização era a implantação de congressos continentais na África, Ásia e América Latina. Ele considera o CLADE I como “filho” daquele evento¹²³.

Mesmo tendo a participação de representantes do fundamentalismo evangélico norte-americano, atuantes no movimento de crescimento de igrejas, o CLADE I contou com a presença de diversos teólogos latino-americanos que procuravam alinhar as temáticas de evangelização e os problemas sociais da América Latina¹²⁴, assumindo, assim, uma perspectiva crítica diferenciada no contexto do AEBG. Este posicionamento ficará explícito na participação de teólogos evangélicos latino-americanos no Congresso de Lausanne de 1974 e sua contribuição na redação do famoso Pacto de Lausanne.

Na perspectiva de Caldas, o CLADE I não obteve sucesso no plano de lançar uma estratégia evangelística para todo o continente possivelmente por divergências entre teólogos da América Latina e outros teólogos mais conservadores dos EUA.

Outro fator de entrave para o CLADE I foi a polêmica causada pela distribuição de uma publicação do missionário norte-americano C. Peter Wagner, na

¹²¹ ESCOBAR, Samuel. *Desafios da Igreja na América Latina*. Viçosa: Ultimato, 1997, p. 22.

¹²² SANCHES, Regina Fernandes. *Teologia da Missão Integral*. São Paulo: Reflexão, 2009, p. 96.

¹²³ LONGUINI NETO, Luis. *O Novo Rosto da Missão*. Viçosa: Ultimato, 2002, p. 154.

¹²⁴ SANCHES, 2009, p. 97.

qual o autor critica os esforços de uma formulação teológica tipicamente latino-americana, acusando teólogos como Jose Míguez Bonino, Justo L. González, Rubem Alves, entre outros, de esquerdismo e radicalismo, caracterizando a proposta missiológica destes teólogos como anti-evangélica¹²⁵.

Um grupo de teólogos latino-americanos, encabeçado por René Padilla, reagiu negativamente ao livro de Peter Wagner, enxergando nele mais uma tentativa de imposição do pensamento fundamentalista norte-americano¹²⁶.

Ainda assim, foi no âmbito do CLADE I que René Padilla, Samuel Escobar, Orlando Costas, entre outros, articularam a criação de uma “fraternidade” de teólogos que servisse como uma plataforma de discussão e reflexão teológica a partir da América Latina, livre de qualquer dominação estrangeira, tendo a contextualização como premissa básica no fazer teológico¹²⁷.

O documento final do CLADE I, denominado “Declaração Evangélica de Bogotá” e assinado pelos seus novecentos participantes, é considerado um marco histórico para o pensamento teológico de missão dentro do movimento evangelical na América Latina. Seguem-se alguns pontos importantes deste documento:

Os aqui reunidos, crentes em Cristo, membros das diferentes comunidades denominacionais que trabalham em nosso continente entre o povo latino-americano, congregamo-nos neste Primeiro Congresso Latino-Americano de Evangelização no nome do Deus Pai, Deus Filho, Deus Espírito Santo [...] Como consequência esta declaração que apresentamos ao povo evangélico latino-americano é expressão de um consenso no qual existe acordo no fundamental; porém existe também lugar para a diversidade que provém da multiforme graça de Deus ao dar seus dons ao seu povo [...] Assim declaramos: a presença evangélica na América Latina é fruto da ação de Deus por meio de um imenso caudal de amor cristão, visão missionária, espírito de sacrifício, trabalho e esforço, tempo e dinheiro investido aqui pelas missões estrangeiras [...] ao mesmo tempo, ao observar até o futuro, estamos conscientes das novas responsabilidades, novas tarefas e novas estruturas que são um verdadeiro desafio aos crentes latino-americanos [...] A evangelização não é algo optativo: é a essência mesma do ser da igreja, sua tarefa suprema. A dinâmica da tarefa evangelizadora é a ação do Espírito Santo [...] Nossa teologia sobre evangelismo determina nossa ação evangelizadora ou ausência dela [...] O processo de evangelização se dá em situações humanas concretas. As estruturas sociais influem sobre a igreja e sobre os receptores do evangelho. Se se desconhece essa realidade, desfigura-se o evangelho e empobrece-se a vida cristã. É chegada a hora de que nós evangélicos tomemos consciência de nossas responsabilidades sociais. [...] A tarefa da evangelização não termina com a proclamação e a conversão. Se faz necessário um ministério de consolidação dos crentes novos que lhes dá capacitação doutrinal e prática para viver a vida cristã dentro do ambiente

¹²⁵ LONGUINI NETO, 2002, p. 158-159.

¹²⁶ LONGUINI NETO, 2002, p. 159.

¹²⁷ LONGUINI NETO, 2002, p. 164.

em que se movem, para expressar fidelidade a Cristo no contexto sociocultural onde Deus os colocou [...] Em um continente de maioria nominalmente católica, não podemos fechar os olhos às inquietudes de renovação que se advertem na igreja de Roma [...] Esse diálogo tem de ser inteligente, e exige em nossas igrejas um ensaio mais profundo e conseqüente com a herança evangélica, a fim de evitar os riscos de um ecumenismo ingênuo e mal entendido [...] Em atitude de agradecimento ao Senhor Jesus Cristo pela forma que nos tem permitido a expansão do Evangelho nestas terras, confessamos ao mesmo tempo nossa incapacidade e nossas falhas no cumprimento de seu mandato nesta hora crítica.¹²⁸

Percebe-se, nesse documento, o reconhecimento da diversidade confessional, da ação de Deus no continente por meio do esforço missionário estrangeiro, da conscientização de que os novos desafios e responsabilidades devem ser encarados pelos próprios crentes latino-americanos, da tarefa da evangelização como prioridade da igreja, do Espírito Santo como força motriz da evangelização, da necessidade de reflexão teológica sobre a prática evangelizadora, da relevância do contexto sociocultural para a missão, da necessidade de consolidação dos novos crentes, de uma pequena abertura para o diálogo ecumênico e da confissão de erros cometidos no cumprimento da missão.

Segundo a análise de Regina Sanches, o documento final do CLADE I apresentou “manifestações, ainda que tímidas, do desejo de autonomia, dos teólogos latino-americanos”¹²⁹.

Para Sidney Sanches, o CLADE I iniciou a luta por uma contextualização da teologia evangélica na América Latina, fazendo dessa tarefa uma plataforma constante de reflexão teológica. Esse esforço exigiria dos teólogos envolvidos uma autocrítica madura e realista dos modos de realização da missão no continente¹³⁰.

De acordo com Longuini Neto, mesmo sendo um congresso convocado e organizado por fundamentalistas norte-americanos, houve como consequência uma tomada de atitude por parte de um grupo de cristãos evangélicos da América Latina frente às demandas específicas do seu contexto¹³¹, cuja inflexão histórica acarretou desdobramentos importantes nas décadas seguintes.

¹²⁸ ESCOBAR, Samuel. La fundación de la Fraternidad Teológica Latinoamericana: Breve ensayo histórico. In: PADILLA, C. René. *25 años de Teología Evangélica Latinoamericana*. Buenos Aires: Fraternidad Teológica Latinoamericana, 1995, p. 20-25.

¹²⁹ SANCHES, 2009, p. 121.

¹³⁰ SANCHES, Sidney. *A Teologia Evangélica Contextual*. São Paulo: Editora Reflexão, 2010, p.65.

¹³¹ LONGUINI NETO, 2002, p. 165.

2.2.2 A Fraternidade Teológica Latino-Americana

A Fraternidade Teológica Latino-Americana (FTL) foi fundada em dezembro de 1970 na cidade de Cochabamba, Bolívia. Estava presente um grupo de vinte e cinco evangélicos, dentre eles, C. René Padilha (Equador), Samuel Escobar (Peru), Emílio Antonio Nuñez (Guatemala), Robinson Cavalcanti (Brasil), além de missionários estrangeiros em atividade na América Latina, como C. Peter Wagner (norte-americano) e Andrew Kirk (inglês)¹³².

Segundo Longuini Neto, a reunião, sob a coordenação de Pedro Savage, tinha o objetivo de buscar um consenso entre os evangélicos, lançando as bases para um futuro esforço comum. Fizeram-se presentes teólogos de nove denominações evangélicas da América Latina. O tema central foi “A Palavra de Deus”.¹³³

Para Regina Sanches, o perfil característico dos teólogos latino-americanos participantes da fundação da FTL era de pessoas envolvidas com as igrejas latino-americanas e com os movimentos evangélicos de juventude como a CIEE - Comunidade Internacional de Estudantes Evangélicos, bem como com a educação teológica e organizações missionárias.¹³⁴

Estes teólogos eram motivados por uma necessidade de autonomia e identidade própria e de responder às situações concretas do turbulento contexto da América Latina, com seus problemas sociais, econômicos e culturais. Eles acreditavam que não era possível falar de missão na América Latina sem um engajamento com estas questões¹³⁵.

Vale ressaltar a controvérsia gerada na fundação da FTL devido ao fato de não terem sido convidados os evangélicos de Porto Rico, inclusive Orlando Costas. Regina Sanches justifica da seguinte forma:

Nesta mesma época, as instituições evangélicas de Porto Rico, nas quais Costas atuava, passavam por um momento de nacionalização, dando origem a instituições autóctones. Isto parece ter gerado um mal estar com as forças do movimento de missão externas à América Latina.¹³⁶

¹³² CALDAS, 2007, p. 44.

¹³³ LONGUINI NETO, 2002, p.69.

¹³⁴ SANCHES, 2009, p. 98.

¹³⁵ SANCHES, 2009, p.103.

¹³⁶ SANCHES, 2009, p. 98.

Quanto às “forças externas”, leia-se o grupo encabeçado por Peter Wagner, que tinha como aliado Pedro Savage. René Padilla e Samuel Escobar protestaram contra a ausência do grupo de Porto Rico e insistiram na abertura para a participação do mesmo. De fato, na consulta seguinte, realizada em 1972, em Lima (Peru), Orlando Costas já se fez presente¹³⁷.

Nos artigos dois e três dos Estatutos da FTL estão contidos, respectivamente, os objetivos e preocupações desta organização:

Promover a reflexão acerca do Evangelho e o seu significado para o homem e sociedade na América Latina [...] Constituir-se em plataforma de diálogo entre pensadores que confessem a Jesus Cristo como Senhor e Deus, e que estejam dispostos a refletir à luz da Bíblia, a fim de construir uma ponte entre o evangelho e a cultura latino-americana. Contribuir para a vida e missão da igreja de Cristo na América Latina, sem pretender falar em nome da igreja, nem assumir a posição de porta-voz teológico do povo evangélico no continente latino-americano. As preocupações da FTL estão relacionadas com problemas que se inserem dentro das seguintes áreas da vida cristã na América Latina: Teologia Bíblica – Ou seja, a reflexão constante sobre a palavra de Deus, tal como ela se encontra com o homem latino-americano de hoje com suas peculiaridades culturais [...]. Ética – Ou seja, a aplicação de verdades bíblicas a um estilo de vida que expresse a fidelidade a Cristo, dentro das exigências específicas da vida pessoal e social na América Latina. Estrutura e história da igreja – Ou seja, a revisão constante, à luz da Palavra de Deus, e do processo histórico, das práticas e das instituições e movimentos surgidos ao calor do impulso missionário do Espírito Santo dentro das estruturas da vida na América Latina. Apologética – Ou seja, a interação dinâmica surgida das interrogações que as ideologias vigentes na América Latina apresentam ao pensamento evangélico [...]. Educação Teológica – Ou seja, o estudo da problemática que segue à transmissão da mensagem do evangelho, e a formação acadêmica para a dita transmissão e para a reflexão contínua a partir da situação latino-americana. Ministério Pastoral – Ou seja, a compreensão da pessoa humana em sua conduta individual e social e a forma com que a mensagem do evangelho ilumina suas crises e a ajuda em suas fraquezas, tanto do contexto da comunidade cristã, como na sociedade global.¹³⁸

É possível encontrar ainda nos Estatutos da FTL a preocupação com a contextualização da mensagem do Evangelho, de acordo com as especificidades da América Latina.

Segundo Caldas, a FTL “serviu não só para renovar o ambiente de reflexão teológica em círculos evangélicos latino-americanos, como também foi útil a Costas e seus colegas na busca de uma missiologia evangélica contextual e integral”¹³⁹.

¹³⁷ CALDAS, 2007, p. 45.

¹³⁸ ESTATUTOS DA FTL. *Boletim Teológico*, São Leopoldo, ano 1, n. 1, p. 9-11, out./dez., 1983, p. 9-11.

¹³⁹ CALDAS, 2007, p. 46.

Para José Míguez Bonino, a FTL representou um movimento de renovação evangélica, influenciada por grupos evangélicos dos Estados Unidos e da ala evangélica do anglicanismo britânico, porém, com o seu rosto próprio. Ele destacou alguns traços que considera mais significativos:

Resgata-se e recupera-se uma tradição evangélica, particularmente ligada ao movimento anabatista dos séculos 16 e 17 e ao despertar evangélico do séc. 18 na Inglaterra e nos Estados Unidos tanto na tradição reformada quanto wesleyana, mas também às origens do nosso próprio protestantismo na América Latina. O movimento começa com uma afirmação de centralidade das Escrituras, na dupla face crítica ao literalismo torpe e à interpretação arbitrária do fundamentalismo e de um liberalismo que parecia reduzir a Bíblia a uma coleção de documentos do passado [...]. A afirmação da FTL começa com uma crítica de aculturação do protestantismo evangélico latino-americano às pautas culturais dos países missionários [...]. Não poderia tardar muito a consideração dos elementos estruturais – políticos, econômicos e sociais – da realidade latino-americana.¹⁴⁰

A preocupação e o compromisso da FTL com as crises e fraquezas humanas permitem o estudo e desenvolvimento de temas como doença, saúde e capelania hospitalar sob a ótica da missão integral. O contexto de enfermidade oportuniza à missão integral um espaço de colocar em prática o discurso de iluminar situações difíceis da vida com a mensagem do evangelho.

2.2.3. O Pacto de Lausanne (1974)

Em 1974, um importante evento para o movimento evangélico mundial aconteceu na cidade de Lausanne, Suíça, organizado pela AEBG. Constituiu-se de um Congresso de caráter interdenominacional com a participação de 2.700 pessoas de várias partes do mundo. John Stott ressaltou que 50% dos participantes e oradores eram do terceiro mundo¹⁴¹.

A representação mais importante da América Latina em Lausanne ficou a cargo de Samuel Escobar e René Padilla, que proferiram palestras sobre “A Evangelização e a Busca de Liberdade, de Justiça e de Realização pelo Homem”, e “A evangelização e o Mundo”, respectivamente¹⁴².

¹⁴⁰ MÍGUEZ BONINO, 2002, p. 49-50.

¹⁴¹ SANCHES, 2009, p. 99.

¹⁴² SANCHES, 2009. p. 99-100

Ao final do congresso, foi formulado o documento denominado Pacto de Lausanne. Regina Sanches comentou sobre a importância desse documento para a América Latina:

O Pacto resultante das discussões de Lausanne elaborou ainda que de forma tímida a questão do compromisso sócio-político e cultural da igreja. Mesmo assim, ele representou uma abertura do evangelicalismo para o tratamento destas questões [...] tornou-se um referencial para o evangelicalismo histórico e mundial, e a presença do Terceiro Mundo no evento foi significativa para esta conclusão. Certamente, o Terceiro Mundo fez ouvir a sua voz entre os participantes em geral.¹⁴³

O Pacto de Lausanne foi tomado como um documento de referência para as reflexões dos CLADES posteriores. Dentre os quinze artigos do Pacto, os artigos quatro e cinco, que trataram sobre evangelização e responsabilidade social, serviram de base para a compreensão da integralidade da missão da Igreja: todo o Evangelho, em todo o mundo, para o ser humano todo. Percebe-se, então, um marco histórico para a formação da identidade do evangelicalismo latino-americano, uma vez que a temática da Missão Integral permeou todas as produções da FTL¹⁴⁴.

Segue abaixo, na íntegra, os artigos quatro e cinco do Pacto:

4. Natureza da Evangelização: Evangelizar é difundir as boas novas de que Jesus Cristo morreu por nossos pecados e ressuscitou segundo as Escrituras, e de que, como Senhor e Rei, ele agora oferece o perdão dos pecados e dom libertador do Espírito a todos os que se arrependem e crêem. A nossa presença cristã no mundo é indispensável à evangelização, e o mesmo se dá com aquele tipo de diálogo cujo propósito é ouvir com sensibilidade, a fim de compreender. Mas a evangelização propriamente dita é a proclamação do Cristo Bíblico e histórico como salvador e Senhor, com o intuito de persuadir as pessoas a vir a ele pessoalmente e, assim, se reconciliarem com Deus. Ao fazermos o convite do evangelho, não temos o direito de esconder o custo do discipulado. Jesus ainda convida todos os que queiram segui-lo a negarem-se a si mesmos, tomarem a cruz e identificarem-se com sua nova comunidade. Os resultados da evangelização incluem a obediência a Cristo, o ingresso em sua igreja e um serviço responsável no mundo.

5. A Responsabilidade Social Cristã: Afirmamos que Deus é Criador e Juiz de todos os homens. Portanto, devemos partilhar o seu interesse pela justiça e pela conciliação em toda a sociedade humana, e pela libertação dos homens de todo o tipo de opressão. Porque a humanidade foi feita à imagem de Deus, toda a pessoa, sem distinção de raça, religião, cor, cultura, classe social, sexo ou idade possui uma dignidade intrínseca em razão da qual deve ser respeitada e servida, e não explorada. Aqui também nos arrependemos de nossa negligência e de termos algumas vezes

¹⁴³ SANCHES, 2009, p. 100.

¹⁴⁴ ZABATIERO, Júlio P. Tavares. Os desafios do Pacto de Lausanne para a igreja de hoje. In: BARRO, Antonio Carlos; KOHL, Manfred W. (Orgs.) *Missão Integral Transformadora*. Londrina: Descoberta, 2005, p. 21-22.

considerado a evangelização e a atividade social mutuamente exclusivas. Embora reconciliação com o homem não seja reconciliação com Deus, nem ação social evangelização, nem libertação política salvação, afirmamos que a evangelização e o envolvimento sócio-político são ambos parte do dever cristão. Pois ambos são necessárias expressões de nossas doutrinas acerca de Deus e do homem, e do nosso amor por nosso próximo em obediência a Jesus Cristo. A mensagem da salvação implica também na mensagem do juízo sobre toda a forma de alienação, de opressão e de discriminação, e não devemos ter medo de denunciar o mal e a injustiça onde quer que existam. Quando as pessoas recebem Cristo, nascem de novo em seu reino e devem procurar não só evidenciar, mas também divulgar a retidão do reino em meio a um mundo injusto. A salvação que alegamos possuir deve estar nos transformando na totalidade de nossas responsabilidades pessoais e sociais. A fé sem obras é morta.¹⁴⁵

De acordo com Júlio Zabatiero, o comprometimento com a integralidade da missão, exposto no Pacto de Lausanne, é uma saída viável para Igreja diante de fundamentalismos contemporâneos, uma forma de viver autenticamente a “identidade evangélica, tanto em termos de crenças quanto em termos de compromisso e ação missionária”¹⁴⁶.

O quarto ponto do Pacto, que trata sobre a natureza da evangelização, defende um serviço responsável ao mundo como resultado da evangelização. Ainda que o foco permaneça na proclamação, essa brecha na parte final do ponto permitiu expandir os horizontes do pensamento evangélico sobre o papel da Igreja como agente de transformação no mundo. O ponto seguinte aborda mais incisivamente essa questão.

Sidney Sanches faz uma pertinente análise do quinto ponto:

O Item 5 do pacto foi o único tópico do Pacto de Lausanne a refletir um pensamento ético social evangélico daquele momento ético-social naquele momento. Neste Item, o Pacto reconheceu que parte do dever cristão era a preocupação com a justiça e a reconciliação em qualquer sociedade humana, e com a libertação humana de toda a classe de opressão, não importasse o tipo. A evangelização e a preocupação social não se excluíam mutuamente, mas eram expressões necessárias da doutrina de Deus e do homem, do amor ao próximo e da obediência a Jesus Cristo. O anúncio da salvação incluía a denúncia e juízo sobre toda a forma de alienação, opressão, discriminação, e sua aceitação deveria transformar a totalidade das responsabilidades pessoais e sociais.¹⁴⁷

O Pacto de Lausanne representou um grande avanço para o movimento evangélico mundial ao discutir a relação entre evangelização e responsabilidade social. Houve um reconhecimento, por parte dos evangélicos, da falta de identificação com causas ligadas aos pobres, aos famintos e aos oprimidos.

¹⁴⁵ ZABATIERO, 2005, p.22-23.

¹⁴⁶ ZABATIERO, 2005, p. 23.

¹⁴⁷ SANCHES, 2010, p.71

Todavia, essa discussão gerou uma grande controvérsia dentro do movimento, dividindo-o basicamente em duas correntes: uma que se negava em identificar evangelização com ação social e outra que defendia o compromisso em servir aos pobres e oprimidos e buscar justiça social para eles.¹⁴⁸ Os teólogos da FTL estavam altamente engajados com essa última corrente, mas os desdobramentos posteriores demonstram que primeira corrente ganhou mais força dentro do movimento.

Em 1989, foi convocado para a cidade de Manila, Filipinas, o Congresso Lausanne II. Este, porém, não causou o mesmo impacto para o evangelicalismo latino-americano em comparação com o de 1974, sobretudo, com a falta de discussões de temas como justiça social e política. Segundo o depoimento do teólogo Ronaldo Cavalcanti, que esteve presente no evento, participaram de Lausanne II aproximadamente 100 latino-americanos. Contudo, não houve destaque para o continente, o que fica evidente devido à ausência de palestrantes latino-americanos, sendo que, apenas após pressão dos latino-americanos, o teólogo brasileiro Valdir Steuernagel foi autorizado a falar durante 7 minutos. Para Regina Sanches, a ênfase de Lausanne II era a evangelização no modelo tradicional do fundamentalismo norte-americano¹⁴⁹.

Em 2010, aconteceu na Cidade do Cabo, África do Sul, o Congresso Lausanne III, o que já caracteriza um nome para estes encontros, mesmo que ocorram fora da Europa. Com a participação de 4.200 pessoas, representando quase 200 países, a delegação brasileira esteve composta por 90 delegados e 10 voluntários que trabalharam no evento. Na avaliação de Ricardo Agreste, Lausanne III não promoveu discussões sobre temas contemporâneos e desafiadores para a missão da Igreja no século 21, como meio ambiente, homossexualismo, pós-modernidade, entre outros. Entretanto, foi marcado pela superficialidade nos assuntos abordados. A contribuição latino-americana não foi levada em consideração na construção da agenda do evento, ainda que teólogos como René Padilla e Samuel Escobar tenham participado como conferencistas. Não houve reflexões e elaborações profundas sobre a Missão Integral, porém, foram vários os testemunhos de pessoas anônimas engajadas na TMI, que entendem e realizam o

¹⁴⁸ SANCHES, 2010, p. 72.

¹⁴⁹ SANCHES, 2009, p. 101.

anúncio da salvação em Jesus Cristo por meio de “atos de amor e compaixão para com pessoas menos favorecidas em suas culturas”¹⁵⁰.

É possível perceber, no itinerário dos três congressos do movimento de Lausanne, que o primeiro contribuiu significativamente para um novo paradigma de missão, principalmente, ao ampliar a compreensão de que a evangelização não consiste apenas em preocupações com a vida eterna vindoura, mas, um comprometimento em fazer com que as boas novas do evangelho transformem o ser humano como um todo na realidade presente.

Os teólogos da FTL, que praticamente forçaram a pauta da evangelização e responsabilidade social no primeiro congresso, seguiram refletindo a missão da Igreja sob esse paradigma. Porém, o temor de outras correntes evangélicas que consideravam essa visão muito “esquerdista” ou “comunista” gerou uma espécie de retrocesso no movimento. Isso foi perceptível no segundo congresso de Lausanne, realizado vinte e cinco anos depois, em que os teólogos da América Latina tiveram uma baixa participação e influência, prevalecendo o conceito tradicional de evangelização nas reflexões teológicas.

O terceiro congresso, organizado vinte e um anos após o segundo, trouxe novamente um avanço nas discussões sobre a missão da Igreja, mas ao que parece esse avanço fora evidenciado no aspecto testemunhal do encontro com algumas organizações participantes apresentando seus projetos de missão integral. Conforme a avaliação de Ricardo Agreste, as reflexões do congresso não se aprofundaram nos desafios contemporâneos e a participação dos teólogos latino-americanos também foi pequena. Isso explicita as dificuldades que movimento evangélico mundial tem em rever seus conceitos e dogmas à luz do contexto atual.

Talvez isso explique a razão de algumas organizações evangélicas que desenvolvem projetos de capelania hospitalar ainda trabalharem com um conceito de evangelização exclusivamente focado na salvação das almas, sem olhar para outras necessidades da pessoa enferma. Vale ressaltar que existem outros grupos que no trabalho de capelania hospitalar prezam por uma assistência integral.

A grande contribuição da FTL para o movimento de Lausanne é justamente essa: fazer a Igreja enxergar a necessidade de contextualizar sua mensagem e sua prática para cumprir efetivamente a sua missão integral.

¹⁵⁰ Conforme publicado no site da revista *Ultimato*: <http://www.ultimato.com.br/conteudo/sentimentos-e-impressoes-sobre-lausanne-3>. Acesso em 15 de junho de 2012.

2.2.4. O Segundo Congresso Latino-Americano de Evangelização (CLADE II)

O Segundo Congresso Latino-Americano de Evangelização foi realizado em 1979, na cidade de Lima, Peru, sob a organização da FTL, com o objetivo de discutir o impacto do Pacto de Lausanne na América Latina, já demonstrando certa autonomia do movimento evangélico no continente¹⁵¹.

O tema do CLADE II era “Para que a América Latina ouça a voz de Deus”, o que demonstrava consonância com o Pacto de Lausanne, que teve como tema “Para que o mundo ouça a voz de Deus”. As discussões foram caracterizadas pelo denominado “espírito de Lausanne”, uma vez que se privilegiou a análise da realidade latino-americana e a evangelização sob os aspectos político, socioeconômico, religioso, moral, cultural e espiritual¹⁵².

O CLADE II contou com a participação de duzentas e vinte pessoas e lá foram apresentados relatórios com enfoques multidisciplinares dos países: Brasil, Argentina, Bolívia, Paraguai, Uruguai, Venezuela, Peru, Equador, Panamá, Colômbia, México, Estados Unidos, e região do Caribe. As principais palestras foram: “Pecado e Salvação na América Latina”, “Cristo e Anticristo na proclamação”, “O desafio da evangelização na década de 1980” e “Esperança e desesperança na crise continental”¹⁵³.

Apesar de não ter produzido um grande documento final, o CLADE II elaborou uma carta breve, mas de conteúdo rico, que registrou um resumo dos trabalhos desenvolvidos durante o congresso. Segue abaixo alguns pontos relevantes da carta:

6. Renovação. Louvamos ao Senhor, contudo, porque em meio a esta situação o Espírito de Deus tem se manifestado poderosamente. Animamos o testemunho que temos compartilhado no Clade II da obra maravilhosa que Deus está realizando em nossos respectivos países. Milhares têm-se entregado a Jesus Cristo como Senhor, encontrando nele libertação e incorporando-se às igrejas locais. Muitas igrejas têm sido renovadas em sua vida e missão. O povo de Deus avança em sua compreensão do que significa o discipulado radical num mundo de mudanças constantes ou súbitas. Tudo isso é fruto do evangelho que é mensagem de salvação e esperança em Jesus Cristo, em quem estão sujeitas todas as coisas. Animados por esta esperança, decidimos intensificar nossa ação evangelizadora. Queremos, ainda, dedicar-nos com maior empenho ao estudo da Palavra de Deus para escutar, com humildade e espírito de obediência, o que ele tem a dizer nesta hora crítica de nossa história.

¹⁵¹ SANCHES, 2009, p. 100.

¹⁵² LONGUINI NETO, 2002, p. 187.

¹⁵³ LONGUINI NETO, 2002, p. 185.

7. Confissão. Confessamos que como povo de Deus nem sempre temos atendido às demandas do evangelho que pregamos como demonstra nossa falta de unidade e nossa indiferença frente às necessidades materiais e espirituais de nosso próximo. Reconhecemos que não temos feito tudo o que com a ajuda do Senhor deveríamos realizar em benefício de nosso povo. Porém, propomo-nos a depender do poder transformador do Espírito Santo para o fiel cumprimento da tarefa que está diante de nós. Cremos que na próxima década o Senhor poderá abençoar de maneira singular o seu povo, salvar integralmente a muitíssimas pessoas, consolidar ou restaurar nossas famílias e levantar uma grande comunidade de fé, que seja uma antecipação, em palavra e ato, do que será o reino em sua manifestação final. Como um apoio para a ação que nos corresponde, apresentamos o “Documento de Estratégia” elaborado por todos os participantes deste Congresso. Recomendamos seu uso de acordo com cada situação.

8. Missão. No amor de Cristo, instamos a nossos irmãos na fé a que propaguem estes anelos e se dediquem à missão de Deus, tomando em consideração que “a noite vem, quando ninguém pode trabalhar”.¹⁵⁴

No item seis da carta, observamos certo otimismo quanto à renovação da vida e missão das igrejas por meio de uma ação atribuída ao Espírito Santo, tendo como resultado a entrega de muitas vidas ao Senhorio de Cristo. Há também um desejo em intensificar as ações evangelizadoras e aprofundar o estudo da Bíblia, com intuito de perceber a direção de Deus para o momento histórico que estavam vivenciando.

No item sete, temos uma clara confissão de que as ações evangelizadoras, até aquele momento, eram insuficientes no sentido de atender às necessidades humanas em todas as suas dimensões, e o reconhecimento de que algo mais precisava ser feito. É expresso o compromisso de trabalhar pela salvação integral do ser humano e o estabelecimento de uma comunidade de fé que, com palavras e atitudes, sinalize a chegada do Reino do Deus a todas às pessoas.

Enfim, no item oito, é feito um apelo para que os anseios e objetivos da FTL sejam propagados por seus membros a suas comunidades de fé e para uma maior dedicação à missão de Deus.

O teólogo Orlando Costas, que na época pertencia à Missão Latino-Americana (MLA), e era diretor do Seminário Bíblico Latino-Americano (SBL), que mais tarde se torna a Universidade Bíblica Latino-Americana, com sede em San José, Costa Rica, foi considerado um dos principais articuladores para uma Teologia da Missão Integral neste período, devido a sua ênfase na temática da evangelização contextual dando os passos iniciais “para a construção de uma forma de missiologia

¹⁵⁴ LONGUINI NETO, 2002, p. 186.

que fosse caracteristicamente latino-americana, diferenciada, dialógica e integradora”¹⁵⁵.

2.2.5. O Terceiro Congresso Latino-Americano de Evangelização (CLADE III)

O Terceiro Congresso Latino-Americano de Evangelização, realizado na cidade de Quito, Equador, de 24 de Agosto a 4 de setembro de 1992, foi considerado por Samuel Escobar com uma das reuniões protestantes mais importantes do século 20 devido à apresentação de diversos projetos de missão integral, elaborados por latino-americanos, marcados pela criatividade e compromisso com o serviço ao próximo¹⁵⁶.

O CLADE III teve a participação de 1.080 pessoas sendo 30% de mulheres, 35% de pastores, 35% de leigos, 5% de líderes eclesiais, 5% de acadêmicos, e 5% de observadores e jornalistas; com a representatividade de 26 países da América Latina¹⁵⁷.

O tema do congresso foi dividido em três partes: “Todo o Evangelho”, que discutia a natureza e a essência do evangelho; “Para todos os povos”, que tratava, entre outros assuntos, da universalidade, da missão, da nova consciência missionária na América Latina e da missão integral; e “A partir da América Latina”, abordando temas como “evangelho e política” e “evangelho e justiça”. As conferências e seminários giraram em torno destes temas, proferidas por cerca de cem oradores e, ao final do congresso, foi produzido, como documento final, a “Declaração de Quito”¹⁵⁸.

Para Míguez Bonino, esse evento ultrapassou os limites da FTL, tornando-se um genuíno congresso protestante latino-americano e também um evento ecumênico devido a sua “amplitude de representação [...] riqueza dos materiais, e pela liberdade da discussão”¹⁵⁹.

A seguir, serão apresentados alguns destaques das conferências do CLADE III, com o propósito de exemplificar e orientar futuras formulações que possam nortear uma práxis transformadora, coerente com o pensamento teológico

¹⁵⁵ SANCHES, 2009, p. 101.

¹⁵⁶ ESCOBAR, 1997, p. 18.

¹⁵⁷ LONGUINI NETO, 2002, p. 202.

¹⁵⁸ LONGUINI NETO, 2002, p. 202.

¹⁵⁹ BONINO, 2002, p. 50-51.

evangélico latino-americano. Não se intenta aqui uma análise aprofundada do evento, mas apenas registrar os avanços que se pode sentir no debate sobre o conceito de missão integral nos meios evangélicos vinculados a este Movimento.

2.2.5.1. Todo o Evangelho para todos os povos desde a América Latina

Na mensagem de abertura do CLADE III, René Padilla abordou o tema do congresso, argumentando o propósito de pensar o que “significa ser discípulo de Jesus Cristo na América Latina”¹⁶⁰. Padilla dá o tom do congresso falando sobre a tarefa de reflexão teológica, que permeará todas as discussões, e descreve quatro tipos de tarefas que podem ser tomadas como base para o fazer teológico na América Latina. A primeira tarefa é a comunitária, ou seja, a proposta do evento era promover uma hermenêutica comunitária, por meio da troca de experiências e do intercâmbio de ideias dos diversos participantes¹⁶¹.

A segunda tarefa é a espiritual. A reflexão teológica não pode estar submetida apenas ao raciocínio intelectual, mas deve ser guiada pela direção do Espírito Santo, sobretudo, por meio da oração¹⁶².

A tarefa contextual refere-se a encarnar a mensagem do Evangelho de Jesus Cristo, baseada na revelação de Deus nas Escrituras Sagradas, na realidade latino-americana. Padilla reafirmou sua ênfase numa interpretação contextual da Bíblia em diálogo com as outras ciências, para auxiliar na leitura da realidade política, cultural e socioeconômica do continente¹⁶³, tese que vem defendendo desde o surgimento da FTL.

A quarta tarefa é a missiológica. Ela consiste em encarar o centro da missão como a proclamação de Jesus Cristo como o Senhor, não com o objetivo principal de crescimento numérico da igreja, mas sim para cumprir a vontade de Deus “cuja soberania se estende a toda a criação.” Também é necessário refletir sobre a relação entre a evangelização, a missão integral, a missão do Reino de Deus e a sua justiça¹⁶⁴.

¹⁶⁰ PADILLA, C. René. Todo o Evangelho para todos os povos desde a América Latina. In: STEUERNAGEL, Valdir (Org.). *No princípio era o verbo: todo evangelho*. Curitiba: Encontro, 1994, p. 17.

¹⁶¹ PADILLA, 1994, p. 18.

¹⁶² PADILLA, 1994, p. 18.

¹⁶³ PADILLA, 1994, p. 18.

¹⁶⁴ PADILLA, 1994, p. 18.

Padilla ainda expõe sobre os três enfoques do congresso: todo evangelho de Jesus Cristo para todos os povos e o contexto latino-americano, e define cada um destes enfoques:

Falar de todo o evangelho ou do evangelho completo é falar do Evangelho como boas novas de Jesus Cristo para a vida pessoal e social, para a esfera do espiritual e do material, para o tempo presente e para a eternidade. Todo Evangelho é o Evangelho que mantém a unidade entre fé e as obras, entre o amor e a justiça, entre a reconciliação com Deus e a reconciliação com o próximo, entre a teologia e a Ética [...] O Evangelho que nos foi dado não é só para nós: é para todos os povos da terra. Tal afirmação certamente pressupõe a universalidade do Evangelho [...] Mas o único evangelho que reconhece a Bíblia é o Evangelho que proclama Aquele sob cujo domínio Deus se propôs fazer convergir “todas as coisas, tanto as do céu, quanto as da terra” (Ef. 1.10) e criar uma nova humanidade com gente de “toda a tribo, língua, povo e nação” (AP. 5.9.) [...] Tanto nossa compreensão como nossa proclamação do evangelho refletem nosso contexto histórico, estejamos ou não conscientes disso. Como a Palavra, que como no princípio estava com Deus e era Deus e se fez carne, assim também o evangelho se encarna no povo de Deus em uma ampla gama de situações. Inevitavelmente, portanto, nós, como latino-americanos, entendemos, interpretamos e proclamamos o Evangelho desde a América Latina.¹⁶⁵

Padilla conclui descrevendo a pertinência das reflexões do CLADE III, uma vez que no ano de 1992 completavam-se 500 anos do lançamento das bases socioculturais e étnicas no continente, com a chegada dos espanhóis no Caribe, e a necessidade de uma avaliação crítica do crescimento numérico das igrejas, verificando se as motivações são baseadas no poder ou no amor¹⁶⁶.

Segundo Roberto E. Zwestch, René Padilla pode ser considerado como um dos teólogos da FTL que mais refletiu sobre a contextualização do evangelho ao fomentar discussões sobre as consequências do evangelho em termos sociais, pessoais e comunitários; sobre como interpretar o conteúdo do evangelho na realidade latino-americana; e que futuro se pode vislumbrar a partir da expansão do mundo evangélico na América Latina¹⁶⁷.

¹⁶⁵ PADILLA, 1994, p. 20.

¹⁶⁶ PADILLA, 1994, p.21-22.

¹⁶⁷ ZWETSCH, Roberto E. *Missão como com-paixão*: por uma teologia da missão em perspectiva latino-americana. São Leopoldo: Sinodal; Quito: CLAI, 2008, p. 156.

2.2.5.2. Evangelho e Política na América Latina

Nesta conferência, o teólogo brasileiro Robinson Cavalcanti destaca a mudança de comportamento da comunidade protestante com relação ao poder político na América Latina, com um aumento na participação em todas as esferas em detrimento de atitudes anteriores como o medo e o preconceito¹⁶⁸.

Para Cavalcanti, os protestantes começaram a assumir o seu papel de “sal” e “luz” do mundo, deixando para trás uma visão alienada e sem comprometimento com a realidade histórica, o que ele chama de “avivamento político”. Porém, pondera que, na década seguinte, uma vez que estava superada a questão da participação, seria necessário discutir o como, o porquê e o para quê os evangélicos devessem se engajar na política¹⁶⁹.

Cavalcanti afirma a necessidade de um discipulado político, com a finalidade de melhorar o desempenho dos evangélicos, e alerta para lacunas que podem afetar este desempenho: a) a lacuna do conhecimento histórico, que se refere a um desconhecimento da história eclesial, social, política e econômica da América Latina, com seus erros e acertos; b) a lacuna do conhecimento bíblico-teológico, com conceitos doutrinários importantes condicionados por opções políticas, preterindo os ensinamentos sociais das Escrituras Sagradas; c) a lacuna do conhecimento ético, através de uma ética caracterizada pelo reducionismo, individualismo, moralismo, e um legalismo negativista¹⁷⁰.

Para que o Evangelho se faça político, Cavalcanti aborda os conhecimentos necessários para um sujeito político cristão. Primeiramente, o conhecimento do espaço de atuação, para uma melhor apropriação da realidade latino-americana, para fins de contextualização. É necessário o conhecimento dos condicionamentos e dos interesses pessoais que permeiam as atitudes e os posicionamentos de uma pessoa. Outro conhecimento é o das ciências humanas, sobretudo, as ciências sociais, que promoveriam qualidade, maturidade e relevância do protestantismo latino-americano. O conhecimento das ideologias contemporâneas é fundamental para o sujeito político cristão, devido ao fato de que sempre por trás de uma ação política, há uma ideologia. Esses conhecimentos possibilitariam aos políticos

¹⁶⁸ CAVALCANTI, Robinson. Evangelho e a Política na América Latina. In: STEUERNAGEL, Valdir. *No princípio era o verbo: todo evangelho*. Curitiba: Encontro, 1994, p. 179.

¹⁶⁹ CAVALCANTI, 1994, p. 180.

¹⁷⁰ CAVALCANTI, 1994, p.180-181.

cristãos “melhores condições para superar as lacunas históricas, bíblico-teológicas e éticas”¹⁷¹.

Cavalcanti ainda propõe três áreas que considera prioritárias para a ação política dos cristãos latino-americanos:

1. A busca de uma nova ordem internacional capaz de garantir efetivamente o direito à igualdade entre os países e a sua autodeterminação e integração não subalterna. [...] 2. A busca de um desenvolvimento que respeite a natureza, e que se dê em harmonia com o ecossistema. Carecemos de uma Ecoteologia que nos leve a pensar na exaustão de recursos naturais e no desperdício, na fome e na superprodução de alimentos, na corrida armamentista, agora cada vez mais absurda, e nas carências básicas de milhões de seres humanos [...] 3. A busca da consolidação da democracia política, econômica e social. A divisão de poderes, a representação e a fiscalização popular – ideal ainda tão distante na América Latina – permitem um controle mútuo entre os pecadores, evitando os seus excessos. [...] A busca da reconstrução de utopias [...] Nas atuais circunstâncias, a encarnação política do evangelho requer, decididamente, uma reelaboração das teorias e utopias sociais à luz dos valores do Reino e do interesse dos nossos povos, que explicitem propostas e causas pelas quais valha a pena viver e morrer.¹⁷²

2.2.5.3 Evangelho, Cultura e Missão

Nesta palestra, o teólogo Tito Paredes, do Peru, reflete sobre a relação entre evangelho, cultura e missão da Igreja a partir do contexto latino-americano. Inicialmente, o autor toma como base o esquema de René Padilla para definir o que é evangelho e missão, resumizando que a missão integral da igreja significa “proclamar todo o Evangelho, incluindo suas implicações espirituais, físicas e sócio-políticas”¹⁷³.

Paredes apresenta, então, o conceito antropológico de cultura no seu sentido tradicional, como a formação acadêmica e profissional de uma pessoa, e no sentido mais amplo, como as formas e os estilos de vida característicos dos diferentes povos¹⁷⁴. Para articular a cultura na perspectiva bíblica, o autor recorre aos relatos da criação no livro de Gênesis, e correlaciona o fato do ser humano ter sido criado à imagem e semelhança de Deus com o propósito de vivenciar o amor de Deus em todas as suas relações e ser mordomo da criação, tornando-o capaz de

¹⁷¹ CAVALCANTI, 1994, p. 181.

¹⁷² CAVALCANTI, 1994, p.183-184.

¹⁷³ PAREDES, Tito. Evangelho, Cultura e Missão. In: STEUERNAGEL, Valdir. *No princípio era o verbo: todo evangelho*. Curitiba: Encontro, 1994, p.95.

¹⁷⁴ PAREDES, 1994, p.96.

criar e modificar a sua cultura. Também destaca a vocação humana para participar da sua realidade física, material e espiritual¹⁷⁵.

Tito Paredes afirma que, ao se inserir na cultura, o Evangelho tem um poder restaurador sobre ela, podendo se servir dos aspectos positivos para aumentar o seu grau de influência e transformar os aspectos negativos para algo bom¹⁷⁶.

Finalizando, Paredes destaca alguns desafios socioculturais para a missão:

Devemos considerar com seriedade o fato de que a América Latina é um continente heterogêneo, pluricultural e plurilinguista, e que os diferentes grupos humanos vivem lado a lado, inter-relacionando-se e influenciando-se mutuamente, e não como entes isolados e autônomos. [...] É importante reconhecer que existem, em todas as culturas de nosso continente latino-americano, valores, costumes e fatos sociais que não contradizem a Palavra de Deus e que podem ser afirmados e resgatados para a glória de Deus. [...] Ao se completarem quinhentos anos da presença hispânica em nosso continente, devemos refletir seriamente sobre as inter-relações indomestiças neste período. Temos de reconhecer que houve um processo de violência, especialmente frente aos povos e às culturas indígenas [...] o arrependimento e reconciliação entre os membros destas duas grandes tradições deve ser um projeto no qual a igreja de Cristo participe.¹⁷⁷

O autor menciona, ainda, o preconceito contra os grupos autóctones, sobretudo os indígenas, mas defende que existam mostras de esperança e de otimismo no tratamento com estes grupos, devido a um agir de Deus na história, que é capaz de mudar os processos socioculturais nos corações humanos.

2.2.5.4 Evangelização e Família na América Latina: uma aproximação sócio-pastoral

O equatoriano Jorge E. Maldonado introduz a temática evangelização e família na América Latina, apresentando dados que apontam o crescimento de evangélicos no continente. Sendo assim, ele defende a pertinência da temática, uma vez que, cada indivíduo evangélico pertence a um grupo familiar, fazendo-se necessário um entendimento sócio-pastoral, para a elaboração de uma pastoral eficaz e contextualizada.

¹⁷⁵ PAREDES, 1994, p.98-100.

¹⁷⁶ PAREDES, 1994, p.102.

¹⁷⁷ PAREDES, 1994, p.103.

Ao fazer uma análise da realidade latino-americana, Maldonado aponta para fatores, como dependência econômica externa, corrupção política, falta de credibilidade dos partidos políticos, incapacidade dos sindicatos de representar os reais interesses das classes trabalhadoras, desnutrição, desemprego, doenças, falta de acesso à educação, entre outros, caracterizando o contexto no qual se dá o crescimento dos evangélicos¹⁷⁸.

Para colaborar com a sua análise da realidade social, Maldonado aborda o que ele considera serem peculiaridades do evangelicalismo latino-americano - o movimento de maioria leiga propagado com recursos próprios; o apelo para uma experiência pessoal de salvação, encarando a fé como uma opção pessoal e não mais familiar ou comunitária; o estímulo e o treinamento de novos crentes para a evangelização, que podem ocorrer nos “cultos familiares” e em “reuniões nas casas”; o anúncio de “mudança”, “transformação” e “poder”, que possibilita alterações nas estruturas familiares; a inserção de crentes em comunidades dinâmicas; a educação informal e popular; a promoção de mobilidade social ascendente e integração na vida pública - e conclui que o evangelicalismo representa uma das poucas vozes articuladas na América Latina no que diz respeito à vida familiar¹⁷⁹.

De acordo com os dados expostos anteriormente, Maldonado propõe ações que possam contribuir com o trabalho pastoral na família, como forma de respostas do evangelicalismo aos desafios de sua época:

Em primeiro lugar, urge afirmar com mais vigor a validade da perspectiva pastoral e teológica no trabalho com a família. [...] A igreja evangélica na América Latina precisa afirmar a sua vocação educadora e profética em relação à família. [...] Em segundo lugar, a família deve ser proclamada e assumida como a grande prioridade pastoral. [...] Em terceiro lugar, para responder adequadamente a este desafio é preciso haver preparação. Já que existe uma constante e dinâmica relação entre a realidade social e a ação pastoral, a igreja evangélica precisa informar-se tanto das condições objetivas-externas que incidem sobre a vida familiar, como das condições subjetivas-internas. [...] Em quarto lugar, é preciso levar em conta a evolução da família. Testemunhamos uma proliferação de formas de ser família. [...] E, por último, a igreja evangélica latino-americana precisa discernir e estabelecer agora quais serão os desafios das famílias e das novas gerações de evangélicos.¹⁸⁰

¹⁷⁸ MALDONADO, Jorge M. Evangelização e Família na América Latina: uma aproximação sócio-pastoral. In: STEUERNAGEL, Valdir. *E o Verbo se fez Carne: desde a América Latina*. Curitiba: Encontro, 1995, p.118-119.

¹⁷⁹ MALDONADO, 1995, p.120-125.

¹⁸⁰ MALDONADO, 1995, p.127-128.

Maldonado concluiu afirmando que a tarefa de ministrar às famílias tem um caráter de urgência para as igrejas evangélicas latino-americanas que desejam ter um papel relevante na sua época¹⁸¹.

2.2.6. A Teologia da Missão Integral no século 21

O conceito Missão Integral foi gerado principalmente nos círculos da Fraternidade Teológica Latino-Americana, na década de 1970, com o intuito de estabelecer um novo paradigma missiológico, não mais enxergando a missão da Igreja apenas no sentido de evangelização transcultural, mas ampliando este conceito para uma visão em que “cada necessidade humana é uma oportunidade de ação missionária”¹⁸².

René Padilla assim define uma igreja comprometida com a Missão Integral:

Quando a igreja se compromete com a missão integral e se propõe a comunicar o evangelho mediante tudo o que é, faz e diz, ela entende que o seu propósito não é chegar a ser grande numericamente, ou rica materialmente, ou poderosa politicamente. Seu propósito é encarnar os valores do Reino de Deus e testificar do amor e da justiça revelados em Jesus Cristo, no poder do Espírito, em função da transformação da vida humana em todas as suas dimensões, tanto em âmbito pessoal como em âmbito comunitário.¹⁸³

No século 20, desde o CLADE I, passando pela fundação da FTL, Pacto de Lausanne, CLADES II e III, a Teologia da Missão Integral gerou riquíssimas produções teológicas, por meio de publicações das discussões destes eventos, boletins teológicos da FTL Continental e da FTL–Setor Brasil, entre outras obras de autores latino-americanos como Orlando Costas, Samuel Escobar, René Padilla e Valdir Steuernagel.

Percebe-se que, no início do século 21, a Teologia da Missão Integral ainda mostra a sua vigência e a sua relevância no cenário do evangelicalismo latino-americano, levando em consideração uma série de eventos que repercutiram nas igrejas e na educação teológica evangélica da América Latina: a organização do CLADE IV, realizado no ano 2000, novamente em Quito, Equador; o Segundo Congresso Brasileiro de Evangelização (CBE2), realizado em Belo Horizonte, em

¹⁸¹ MALDONADO, 1995, p.128.

¹⁸² PADILLA, René. *O que é Missão Integral?* Viçosa: Ultimato, 2009, p. 20.

¹⁸³ PADILLA, 2009, p. 19

2003; o CLADE V, promovido em 2012 na Costa Rica; e a publicação do livro *Teologia da Missão Integral*, de autoria da teóloga Regina Sanches, que em uma das partes da obra apresenta princípios metodológicos fundamentais para o fazer teológico da Missão Integral¹⁸⁴.

2.2.6.1. O Quarto Congresso Latino-Americano de Evangelização (CLADE IV)

O CLADE IV, assim como o CLADE III, aconteceu na cidade de Quito, Equador, de 2 a 8 de setembro de 2000, com a participação de 1.300 pessoas, também convocado e organizado pela FTL¹⁸⁵.

Os objetivos do congresso, segundo Longuini Neto, consistiram em:

Reafirmar o lugar essencial das Escrituras na formação do pensamento, vivência e missão da comunidade cristã; destacar o papel, a presença e o poder do Espírito Santo na missão da igreja latino-americana; refletir sobre as distintas expressões teológicas, missiológicas e litúrgicas da igreja evangélica no continente; desafiar a igreja evangélica a ser um agente de mudança na sociedade atual, que se caracteriza por violência, corrupção, pobreza e injustiça; dar testemunho público do poder de Deus no crescimento da igreja evangélica na América Latina.¹⁸⁶

As principais palestras discutiram sobre crescimento da Igreja, estruturas de poder, espiritualidade e pluralismo religioso. O documento final do congresso apresenta, no início, um panorama da realidade social, política e religiosa da América Latina, seguido de um agradecimento e confissão de negligências e erros. Depois, disserta sobre o reconhecimento do caráter divino e humano da Bíblia, a missão integral como fruto de cada página das Escrituras e a sua concretização nos contextos históricos, além da necessidade de um culto comunitário contextualizado e uma espiritualidade mais teológica¹⁸⁷. A última parte do documento traz uma série de compromissos a serem assumidos, dentre os quais se destacam:

Ser uma comunidade encarnada na sociedade e, a partir dela, viver com fidelidade todas as demandas do evangelho. Ser igrejas de adoração, serviço, fé, esperança, justiça e amor, que se convertam em comunidades alternativas para a nossa sociedade. Valorizar e incluir todos os grupos sociais e culturais excluídos (crianças, jovens, mulheres, negros, indígenas,

¹⁸⁴ De acordo com Regina Sanches, os princípios metodológicos da TMI consistem em três pontos conceituais fundamentais: contextualização, integralidade e missão; e três pontos teológicos fundamentais: Palavra de Deus, fé e Reino de Deus. Cf. SANCHES, 2009, p. 112.

¹⁸⁵ LONGUINI NETO, 2002, p. 212.

¹⁸⁶ LONGUINI NETO, 2002, p. 213.

¹⁸⁷ LONGUINI NETO, 2002, p. 214-216.

incapacitados, imigrantes, etc.) como sujeitos a quem também é dirigido o evangelho do reino de Deus. Desenvolver uma liderança que busque sua inspiração e prática no modelo de Jesus-Servo. Participar da Missão de Deus, dando testemunho integral do evangelho, vivendo uma espiritualidade cristã inclusiva, exercendo uma mordomia da criação que coloque o material a serviço do espiritual e o poder em benefício dos demais e para a glória de Deus, promovendo a reconciliação entre raças, classes sociais, sexos, gerações, e do homem com o meio ambiente.¹⁸⁸

O CLADE IV foi coerente com as reflexões elaboradas sobre a Missão Integral, seguindo a mesma linha do “espírito de Lausanne”, presente nos CLADES anteriores. Segundo Sidney Sanches:

No dizer de René Padilla, a finalidade do Congresso foi dialogar, aprofundar e projetar a vida e missão do povo evangélico latino-americano desde a Palavra de Deus sob direção do Espírito Santo à luz do novo milênio. Dentre os seus objetivos, um deles foi desafiar a igreja evangélica a ser agente de mudança e transformação de uma sociedade caracterizada por violência, corrupção, pobreza e injustiça.¹⁸⁹

Aqui cabe questionar se as teses defendidas pelos teólogos da FTL de fato irão conseguir capilaridade no seio das igrejas evangélicas na América Latina. Ainda que o perfil da maioria deles fosse de pessoas envolvidas em comunidades eclesiais, é necessário verificar se as propostas da FTL não seriam sufocadas por outras lideranças carismáticas com capacidade de influenciar grandes massas e que possuem um discurso completamente diferente da TMI.

2.2.6.2. O Segundo Congresso Brasileiro de Evangelização

O CBE2 foi realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, de 27 de outubro a 1º de novembro de 2003, vinte anos depois do Primeiro Congresso Brasileiro de Evangelização (CBE1), e foi patrocinado pela Visão Mundial.

Vários teólogos brasileiros deram as suas contribuições neste evento cujo eixo teológico foi a Missão Integral de acordo com o modelo de Jesus Cristo no poder do Espírito Santo.

Como resultado das discussões, foi publicado, em 2004, pela Editora Ultimato, em parceria com Visão Mundial, o livro *Missão Integral: proclamar o evangelho do Reino de Deus, vivendo o evangelho de Cristo*. No livro, encontram-se os textos das palestras proferidas durante o congresso, reunidos em cinco blocos: missão integral, espiritualidade em missão, desafios da missão, ética e consagração.

¹⁸⁸ LONGUINI NETO, 2002, p. 217.

¹⁸⁹ SANCHES, 2010, p. 75.

No prefácio do livro, Manfred Grellert ressalta a prática da Missão Integral no Brasil como rica, porém, com pouca reflexão e sistematização. Sendo assim, ele aponta para a necessidade de avaliar teologicamente as práticas e a elaboração de uma teologia da Missão Integral no contexto brasileiro¹⁹⁰.

Antônio Carlos Barro, ao dissertar sobre o marco histórico da Missão Integral, cita três instituições que, no Brasil, viabilizaram a difusão e a prática da mesma: Visão Mundial, uma organização que procura promover “a justiça, o desenvolvimento transformador e o socorro em situações de emergência”; a Aliança Bíblica Universitária do Brasil, um movimento constituído por estudantes e profissionais cristãos que tem como objetivos a “evangelização de estudantes, maturidade do homem integral em Cristo, missão e serviço, e assistência”; e a FTL–Brasil, com a divulgação dos boletins teológicos e consultas¹⁹¹.

Ed René Kivitz propôs uma síntese teológica da Missão Integral, abordando os seguintes pontos:

A soteriologia da Missão Integral é o domínio de Deus, de direito e de fato, sobre todo o universo criado, por meio daqueles que foram restaurados à imagem de Jesus Cristo, o primogênito entre muitos irmãos. A salvação é o reino de Deus em Plenitude, onde a vontade de Deus é realizada, concretizada em perfeição. [...] A igreja é a unidade de redimidos que são transformados de glória em glória, pelo Espírito Santo, até que todos cheguem juntos à estatura de varão perfeito. [...] A missiologia da missão integral é a sinalização histórica do reino de Deus, que será consumado na eternidade [...] A antropologia da missão integral é a unidade indivisível entre o “pó da terra” e o “fôlego de vida” – as dimensões física e espiritual do ser humano. [...] O *Kerigma*, a evangelização na missão integral é a proclamação de que Jesus Cristo é o Senhor, seguida da convocação ao arrependimento e à fé, para acesso ao reino de Deus. [...] O caminho missiológico e pastoral da missão integral é afetivo, relacional, em detrimento de ser metodológico operacional; é comunitário, em detrimento de ser institucional; é devocional, em detrimento de ser gerencial.¹⁹²

¹⁹⁰ GRELLERT, Manfred. Prefácio. 2 CONGRESSO BRASILEIRO DE EVANGELIZAÇÃO. *Missão Integral: proclamar o reino de Deus, vivendo o evangelho de Cristo*. Viçosa: Ultimato; Belo Horizonte: Visão Mundial, 2004, p. 12.

¹⁹¹ BARRO, Antonio C. Revisão do Marco da Missão Integral. In: 2 CONGRESSO BRASILEIRO DE EVANGELIZAÇÃO. *Missão Integral: proclamar o reino de Deus, vivendo o evangelho de Cristo*. Viçosa: Ultimato; Belo Horizonte: Visão Mundial, 2004, p. 77-82.

¹⁹² KIVITZ, Ed René. Uma síntese teológica da Missão Integral. 2 CONGRESSO BRASILEIRO DE EVANGELIZAÇÃO. *Missão Integral: proclamar o reino de Deus, vivendo o evangelho de Cristo*. Viçosa: Ultimato; Belo Horizonte: Visão Mundial, 2004, p. 64-65.

Em suma, várias outras temáticas foram discutidas no CBE2 e, segundo Manfred Grellert, nos textos do congresso está implícita uma agenda para o futuro, que ficou em aberto para reflexões posteriores¹⁹³.

2.2.6.3. O Quinto Congresso Latino-Americano de Evangelização (CLADE V)

O CLADE V foi realizado entre os dias 11 a 13 de julho de 2012, em San José, na Costa Rica, e contou com a participação de, aproximadamente, 800 pessoas. O lema do congresso era “Sigamos a Jesus em seu reino de vida, guia-nos Espírito Santo!”, e, a partir de consultas sobre os assuntos mais sensíveis e urgentes da região, conforme a avaliação de vários líderes cristãos da América Latina e do Caribe, as discussões se pautaram por três eixos temáticos: seguimento de Jesus, Reino de Deus e Espiritualidade¹⁹⁴.

A FTL-Setor Brasil elaborou um documento com as suas contribuições para o CLADE V. Na conclusão, apresentou propostas para o seguimento de Jesus em seu caminho de vida:

- Reafirmar a necessidade de caminhar e avançar para ter uma sociedade mais justa e humana nos parâmetros do Reino de Deus, promovendo por meio de seu labor teológico, o incentivo de ações transformadoras do corpo de Cristo no Brasil e no mundo;
- Ampliar as aspirações de gerar espaços/ambientes de colaboração solidária, dinâmica e inovadora de parcerias para fortalecer e posicionar a integralidade da missão;
- Incentivar a necessidade de ações integradas para superar as manifestações de morte em nosso país e continente;
- Realçar o papel fundamental da FTL-B como plataforma fomentadora para o contínuo processo de construção, consolidação e ampliação da missão integral.¹⁹⁵

Essas propostas são completamente coerentes com todo o histórico dos teólogos da FTL no seu constante labor em refletir a missão da Igreja de forma abrangente, contextual, transformadora e tendo como o cerne a integralidade.

¹⁹³ GRELLERT, 2004, p. 17.

¹⁹⁴ Disponível em: <http://www.ftl.org.br/documentos/DocumentoPrevio-Portugues.pdf>. Acesso em 15 de julho de 2012.

¹⁹⁵ Disponível em: <http://www.ftl.org.br/documentos/CLADE/ApresBRAnoCLADEV.pdf>. Acesso em 15 de julho de 2012.

2.2.7. Princípios metodológicos da Teologia da Missão Integral

Na obra *Teologia da Missão Integral*, Regina Sanches, após apresentar uma rica pesquisa sobre o desenvolvimento da TMI no evangelicalismo latino-americano, faz uma análise metodológica da TMI, apontando, inicialmente, a necessidade do método teológico. Ela assim justifica sua compreensão:

Existem várias razões pelas quais o método teológico se faz necessário. A principal delas é que este será o fato definidor do conteúdo diferenciado e específico para qualquer teologia, e constituinte do seu estatuto próprio.¹⁹⁶

O método da TMI passa por três pontos conceituais fundamentais: contextualização, integralidade e missão; e três pontos teológicos fundamentais: a Palavra de Deus, a fé e o Reino de Deus.¹⁹⁷

A contextualização é entendida como “a pertença original há um determinado contexto”¹⁹⁸, isto é, a apropriação da realidade sociocultural da América deve ser levada em consideração no método teológico.

A integralidade diz respeito a um olhar diferenciado da realidade humana como sendo integral e complexa, considerando todas as dimensões humanas, e a hermenêutica dos textos bíblicos deve ser feita a partir deste princípio.

A missão entende-se como tarefa primordial da Igreja. Segundo Timóteo Carriker, a Missão Integral possui seis pontos fundamentais:

Missio Dei, possui a origem em Deus; é Missio restaure, visa à restauração da criação; é Missio Creationis, seu alcance é toda a criação; é Missio Ecclesiae, a igreja é seu instrumento; é Missio Mundi e Missio Historiae, seu lócus é o mundo e a história e é Missio Dei et Ecclesiae, pois é nessa dinâmica que ela se realiza, é de Deus e, portanto, também da Igreja.¹⁹⁹

A Palavra de Deus e a fé se interrelacionam no método da TMI. É estabelecido o princípio da primazia da Palavra, que só pode ser acolhida pela fé. A autora assim define primazia e a sua ligação com a fé:

Por primazia deve-se entender a condição de autoridade das Escrituras Sagradas em relação a qualquer outro dado que compõe o fazer teológico. Ela, de fato, é primaz na teologia. Ela é a palavra de Deus que é apreendida

¹⁹⁶ SANCHES, 2009, p. 108.

¹⁹⁷ SANCHES, 2009, p. 112.

¹⁹⁸ SANCHES, 2009, p. 115.

¹⁹⁹ CARRIKER apud SANCHES, 2009, p. 147.

pela fé. É justamente a condição de Palavra de Deus que é geradora de Teologia, o que torna a fé requisito essencial no labor teológico.²⁰⁰

Para interpretar a Palavra de Deus de forma coerente com as propostas da TMI, faz-se a opção metodológica da Hermenêutica Contextual, uma vez que essa trabalha no sentido de “perceber a palavra de Deus nas situações de vida do texto bíblico, e perceber a realidade histórica da vida atual, julgá-la à luz da palavra de Deus, compreendida contextualmente sob a ótica do Reino de Deus”²⁰¹.

Como ao longo dos anos, desde as suas primeiras formulações no início na década de 1970, esta forma de teologizar tem sido elaborada por teólogos e teólogas envolvidos com suas comunidades eclesiais. Logo, é natural que a TMI tenha como foco motivar e fornecer ferramentas para que as igrejas cumpram o seu papel de anunciar e praticar o evangelho integral, promovendo assim o reino de Deus.

Sendo assim, a chave hermenêutica da TMI é o conceito de Reino de Deus, compreendido aqui como o “amplo e justo governo de Deus sobre toda a criação e de forma restrita, refere-se à organização da vida e do mundo que se realiza diante d’Ele e em correspondência a sua vontade, que é sempre boa e perfeita para toda a criação”²⁰².

Segundo René Padilla, o ministério da Igreja consiste em testemunhar a ressurreição de Jesus Cristo, e o Reino de Deus é apresentado pela Igreja à medida que esta “supera a solidão com o milagre da confissão e do perdão e faz visível a nova comunidade do mundo da ressurreição”²⁰³.

A missão do Reino do Deus é, portanto, essencialmente comunitária. O que corrobora com a tese de Padilla quando este afirma que a obra de Deus em Cristo visa à transformação de todas as relações da pessoa que foram afetadas pelo pecado: com Deus, com o próximo e com a criação.²⁰⁴

Orlando Costas, um dos grandes expoentes da TMI, defende uma evangelização contextual, que consiste em anunciar e testemunhar a libertação integral em Jesus Cristo. Para tanto, no processo evangelizador, deve se levar em conta o contexto geral em que as pessoas estão inseridas. A ação evangelizadora

²⁰⁰ SANCHES, 2009, p. 133.

²⁰¹ SANCHES, 2009, p. 137.

²⁰² SANCHES, 2009, p. 142.

²⁰³ PADILLA, 2009, p. 72.

²⁰⁴ PADILLA, 2009, p.58.

envolve pessoas e comunidades que buscam a transformação e a restauração de vidas²⁰⁵.

2.3. Esboço de um diálogo entre Capelania Hospitalar e TMI: a proposta de Daniel Schipani

A capelania hospitalar, como parte na missão da Igreja no mundo dos enfermos, necessita ter como referência a perspectiva de saúde integral realizada por Jesus Cristo, que sinaliza o Reino de Deus em meio ao sofrimento humano. Na sua atividade de ouvir e acolher as demandas de pessoas enfermas, a capelania hospitalar pode utilizar ferramentas da disciplina de aconselhamento pastoral para cumprir a sua tarefa de modo coerente com as suas bases teológicas.

Dentre as várias propostas de aconselhamento pastoral existentes na literatura, a desenvolvida por Daniel Schipani trabalha diretamente com o conceito de reino de Deus na sua abordagem, o que corresponde com os objetivos da missão integral.

Schipani é professor visitante em diversos seminários na América Latina e no Caribe na área da Teologia Prática. Inclusive, nos anos de 2004 e 2005 foi professor visitante na Faculdades EST, ocasião na qual foi lançado o seu livro *O caminho da sabedoria no aconselhamento pastoral*. Nesta obra ele propõe uma abordagem que resgata aquilo que ele denomina “sabedoria à luz de Deus” como o cerne do aconselhamento pastoral, considerando as sabedorias de procedência humana, como a psicologia e o senso comum, sabedorias menores, além do aconselhamento pastoral como um ministério da igreja. Ele fundamenta a sua proposta em três razões:

Primeiro, a sabedoria, uma parte significativa da tradição bíblica e do legado teológico judaico-cristão, representa uma maneira única de fazer teologia prática. Segundo, Jesus, o exemplo maior da cura d'almas à luz divina, era um sábio e um educador de sabedoria; e Jesus, o Cristo, é reconhecido como Salvador e Senhor e como a sabedoria de Deus (Sofia) feita carne. Terceiro, a orientação e a linguagem da sabedoria bíblica são especialmente apropriadas quando retomamos o aconselhamento pastoral como ministério da Igreja.²⁰⁶

²⁰⁵ CALDAS, 2007, p. 192.

²⁰⁶ SCHIPANI, Daniel S. *O Caminho da Sabedoria no Aconselhamento Pastoral*. São Leopoldo: Sinodal, 2004, p.45-46.

A sabedoria bíblica está presente principalmente nos escritos classificados como literatura sapiencial, como os livros de Jó, Salmos, Provérbios, Eclesiastes e Cantares de Salomão. Schipani defende a ideia de que a sabedoria bíblica é uma teologia natural e mostra aspectos deste tipo de teologia que são claramente encontrados nestes livros: a reflexão sobre a criação; a busca de dados nas experiências de vida; a experiência é considerada confiável, regular e coerente; a inclusão de uma dimensão ética intransigente; a experiência é discernida de forma sábia; a preconização de que a revelação e a manifestação de Deus sustentam todas as coisas, assegurando uma ordem de vida e despertando confiança e reverência²⁰⁷.

Schipani argumenta que, para se viver sabiamente à luz de Deus, é fundamental a compreensão do que é o Reino de Deus, que ele define como sendo “a cultura normativa suprema, na qual o sonho de Deus para o mundo está sendo realizado e será plenamente realizado além da história”²⁰⁸ Da mesma forma, só é possível viver de acordo com a cultura do reino se o fundamento da práxis tiver como base a sabedoria à luz de Deus.

Os evangelhos sinóticos (Marcos, Mateus e Lucas) apresentam Jesus como um mestre sábio direcionado pela visão do Reino de Deus e demonstram que o estilo do seu ministério era baseado na sabedoria bíblica. Este fato fica evidente ao observar o uso que Jesus fazia de “parábolas, provérbios, máximas e ditados, além da própria maneira como envolvia as pessoas”²⁰⁹.

Na sua reflexão da relação entre sabedoria bíblica e aconselhamento pastoral, Schipani propõe a compatibilidade de se trabalharem juntas estas duas categorias teológicas, afirmando que “a base bíblica e a ressonância da noção de sabedoria e a solidez da reflexão histórica, pastoral e teológica, que lhe dá sustentação, justificam a adoção da sabedoria como metáfora principal do aconselhamento pastoral”²¹⁰.

Schipani também preconiza o Reino de Deus entre as diretrizes estabelecidas para a prática do aconselhamento pastoral à luz da sabedoria divina, como expostas resumidamente no que segue: aconselhamento visto e praticado de forma pastoral, sendo definido e realizado como parte do ministério de cuidado

²⁰⁷ SCHIPANI, 2004, p.49-50.

²⁰⁸ SCHIPANI, 2004, p. 45.

²⁰⁹ SCHIPANI, 2004, p.51-53.

²¹⁰ SCHIPANI, 2004, p.60.

pastoral da igreja cujos conselheiros são vistos como sábios cuidadores, habilidosos na linguagem da teologia e da psicologia, com uma vocação e ideologia vistas como parte do trabalho da igreja; aconselhamento contextualizado eclesiológicamente, no qual os conselheiros servem sob uma perspectiva comunitária e contextual de cuidado pastoral, reconhecendo a tarefa da Igreja de manifestar o Reino de Deus neste mundo; aconselhamento centrado em Jesus Cristo, em que os conselheiros buscam inspiração na visão de Cristo da integralidade da vida e da plenitude humana, encarando o aconselhamento como uma forma de discipulado e buscando o seu próprio crescimento em Cristo²¹¹.

Outras diretrizes apresentadas por Schipani são: aconselhamento ancorado na Escritura, a partir de um modelo de sabedoria bíblicamente instruído, que enxerga nos textos bíblicos de sabedoria a iluminação para a resolução das dificuldades e conflitos existenciais das pessoas, orientado por um processo hermenêutico, que visa o discernimento sábio para tomada de decisões; aconselhamento praticado como um processo recreativo guiado pelo Espírito, em que os conselheiros buscam inspiração, orientação e sustentação para a sua tarefa pelo Espírito de Deus²¹².

Schipani também afirma que o seu modelo busca um aconselhamento orientado para o Reino de Deus, caracterizado por uma postura condizente com a cultura do Reino de Deus, que preconiza “sabedoria no discernimento, orientação e crescimento, reconciliação, cura, libertação e integralidade”²¹³.

A relação entre sabedoria divina e reino de Deus no aconselhamento pastoral exige daqueles que praticam este modelo a consciência de que o cuidado pastoral sempre acontece no contexto sociocultural da Igreja e da sociedade em geral, e que os conselheiros assumem um papel de agentes éticos do Reino de Deus²¹⁴.

O papel da Igreja como agência do Reino é assim definido por Schipani:

A igreja como comunidade de sabedoria é chamada a tornar-se um sinal vivo do reino de Deus em sua prática e reflexão sobre o que significa ser humano no século XXI. Indivíduos e famílias são convidados a participar da vida à luz do reino de Deus. O caráter sábio confortador do aconselhador

²¹¹ SCHIPANI, 2004, p. 74-83.

²¹² SCHIPANI, 2004, p.83.

²¹³ SCHIPANI, 2004, p.89.

²¹⁴ SCHIPANI, 2004, p.90.

deve ser moldado especialmente pelos rituais, pelas narrativas e pelo discernimento da comunidade de fé cristã.²¹⁵

A proposta de aconselhamento pastoral apresentado por Schipani trabalha de uma forma mais densa e clara, em comparação com outros modelos de aconselhamento pastoral, sobre o valor das Escrituras Sagradas no aconselhamento pastoral ao resgatar o papel da sabedoria bíblica e a necessidade de gerar um modo de vida condizente com os valores do Reino de Deus, o que corrobora com os propósitos da teologia da Missão Integral.

2.4 Síntese

Com intuito de fundamentar teologicamente a capelania hospitalar, iniciamos esse capítulo refletindo sobre o papel da saúde integral na missão de Jesus Cristo. Percebemos que, no modelo cristológico, saúde e salvação são inseparáveis. Ao afirmarmos que, em sua missão, Jesus veio oferecer salvação à humanidade, também estamos dizendo que Ele veio trazer saúde a todos. O anúncio de Jesus, de que com Ele se instaura o Reino de Deus, significou na prática um novo tempo de saúde nas vidas de todos que se aproximavam dele.

Quando consideramos a capelania hospitalar como um dos modos de realização da missão de Jesus, é imprescindível que uma teologia de missão fundamente a sua prática. Por isso, apresentamos a Teologia da Missão Integral por meio de um percurso histórico, enfatizando os principais acontecimentos, como os CLADES e o movimento de Lausanne, que contribuíram para o desenvolvimento e estabelecimento desta teologia na América Latina. Buscamos evidenciar que o anúncio do Reino de Deus e a vivência de uma salvação integral é o cerne da TMI.

A fim de esboçar a relação entre uma capelania hospitalar baseada no modelo de saúde integral de Jesus e a TMI, descrevemos a proposta de aconselhamento pastoral de Daniel Schipani, que utiliza categorias teológicas semelhantes as da TMI, principalmente, a sua tese de um aconselhamento centrado em Jesus Cristo e pautado pelos valores do Reino de Deus. Essa relação ainda será melhor explorada no último capítulo.

No próximo capítulo, apresentaremos a pesquisa social que foi realizada em dois serviços de capelania ligados a duas respeitadas instituições hospitalares. Esta

²¹⁵ SCHIPANI, 2004, p. 91.

pesquisa forneceu um rico material para análise, reflexão e, posteriormente, elaboração de propostas para uma capelania hospitalar integral.

3 A PRÁTICA DA CAPELANIA HOSPITALAR: UMA PESQUISA SOCIAL

Com o intuito de analisar as práticas da capelania hospitalar foi realizada uma pesquisa social para coletar informações e, posteriormente, dialogar com o referencial teórico.

A pesquisa social consistiu em uma pesquisa qualitativa que, após aprovação pelo Comitê de Ética do PPG de Faculdades EST e das instituições coparticipantes, foi realizada em dois serviços organizados de capelania hospitalar dentro de duas instituições hospitalares de Porto Alegre, RS, o Hospital Moinhos de Vento e o Hospital São Lucas, vinculado à PUC/RS.

A pesquisa qualitativa tem se tornado cada vez mais relevante em estudos que priorizam novos contextos e perspectivas sociais. Metodologias dedutivas tradicionais não conseguem discernir as novas situações, o que atualmente leva muitos pesquisadores a utilizarem estratégias indutivas a partir de “conceitos sensibilizantes” na análise de contextos sociais a serem estudados²¹⁶.

Segundo Flick, os aspectos centrais da pesquisa qualitativa são:

Escolha adequada de métodos e teorias convenientes; reconhecimento e análise de diferentes perspectivas; reflexão dos pesquisadores como parte do processo de produção do conhecimento; variedade de abordagens e métodos.²¹⁷

Estes aspectos da pesquisa qualitativa corroboram os objetivos desta tese, uma vez que permitem considerar a subjetividade do pesquisador em campo como parte da produção de conhecimento, assim como daquelas pessoas que foram entrevistadas; permite ainda a possibilidade de contextualizar abordagens e métodos.

As entrevistas semiestruturadas visam captar uma reserva de conhecimento dos entrevistados sobre o tópico em estudo, denominada de “teoria subjetiva”, para posteriormente articulá-la com as teorias científicas do quadro teórico. Sendo assim, a condução das entrevistas pode ser realizada através de questões abertas e respondidas com base no conhecimento prévio dos entrevistados; perguntas fundamentadas pela teoria e direcionadas para as hipóteses; e questões críticas que

²¹⁶ FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 21.

²¹⁷ FLICK, 2009, p. 23.

visam perceber as teorias apresentadas pelos entrevistados, para reexaminá-las criticamente à luz das teorias da literatura pesquisada²¹⁸.

3.1 Percurso Ético

A pesquisa passou pela aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa do PPG de Faculdades EST, e das duas instituições coparticipantes: Hospital Moinhos de Vento e Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC/RS. Foi apresentada toda a documentação exigida como projeto de pesquisa, um modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorização dos responsáveis das instituições coparticipantes e o cadastramento de todo o projeto na Plataforma Brasil da CAPES/CNPq.

3.2 Metodologia

As entrevistas foram realizadas com dois pacientes e dois capelães de cada instituição de saúde pesquisada, selecionados pelas instituições. As entrevistas foram gravadas (somente áudio), mediante a autorização dos participantes, que assinaram Termo de Livre Consentimento e Esclarecido²¹⁹. No instrumento de coleta de dados dos pacientes constavam as seguintes questões:

- 1) Como você se sente em relação ao seu atual estado de saúde?
 - 2) A que você atribui o seu atual estado de saúde?
 - 3) Você participa de algum grupo religioso, igreja, comunidade? O que isso significa para você?
 - 4) Como você se sente em relação ao atendimento prestado pela capelania hospitalar?
 - 5) A seu ver, qual seria a importância da capelania hospitalar?
 - 6) A partir da sua experiência de enfermidade, como você enxerga ou sente a presença de Deus em sua vida?
 - 7) Você gostaria de relatar alguma experiência sobre esta sua fase da vida?
- Os capelães responderam as seguintes questões:

²¹⁸ FLICK, 2009, p. 149.

²¹⁹ O modelo do TCLE consta nos anexos desta pesquisa. Os termos assinados pelos participantes estão em posse do pesquisador.

- 1) Qual a sua confessionalidade em termos de igreja e sua formação teológica?
- 2) Na sua visão, como as pessoas enfermas respondem às visitas ou intervenções da capelania hospitalar?
- 3) Você estabelece algum tipo de relação entre doença e mal?
- 4) Como você enxerga ou sente a presença de Deus diante do sofrimento?
- 5) Qual é para você o objetivo da capelania hospitalar?
- 6) Na sua atividade como capelão, como você transmite conforto e esperança para as pessoas enfermas?
- 7) Como se dá a relação entre os capelães (ou a capelania) e demais profissionais da instituição?
- 9) Você tem algo mais que gostaria de contar ou acrescentar?

Algumas respostas, tanto dos pacientes quando dos capelães, encaminharam a entrevista para outras questões não contempladas nas perguntas. Em uma entrevista semiestruturada isto não representa problema, pelo contrário, pode apontar para temas importantes no contexto desta pesquisa.

A interpretação dos dados coletados foi feita através do método de Análise de Conteúdo (AC) proposta por Laurence Bardin, que consiste em uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática a produção de inferências a partir do conteúdo comunicado por um texto, seja este previamente existente ou produzido a partir de registros de comunicações verbais²²⁰.

Na Análise de Conteúdo se considera a ausência ou a presença de uma dada característica de conteúdo num determinado fragmento da mensagem. O analista busca categorizar as unidades de texto, conforme as palavras e frases dos entrevistados, inferindo uma expressão que as representem²²¹. As categorias temáticas da Análise de Conteúdo não necessitam ser definidas *a priori*, “elas podem emergir a partir da fala, do discurso e dos conteúdos das respostas e implicam constante ida e volta do material de análise à teoria”²²².

Segundo Franco, a categorização dos dados pode ser sintetizada da seguinte maneira:

²²⁰ CAREGNATO, Rita C.A.; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise do discurso *versus* análise de conteúdo. *Texto e contexto da enfermagem*. Florianópolis, v.15, n. 4, 2006, p. 682.

²²¹ CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 682.

²²² FRANCO, Maria Laura P. B. *Análise de Conteúdo*. 3. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2008, p. 61.

As categorias vão sendo criadas à medida que surgem nas respostas, para depois serem interpretadas à luz de teorias explicativas. Em outras palavras, o conteúdo que emerge do discurso, é comparado com algum tipo de teoria. Infere-se, pois, das diferentes falas, diferentes concepções de mundo, de sociedade, de indivíduo, etc.²²³

Escolheu-se aqui realizar a análise por categorias temáticas, nas quais se busca encontrar um conjunto de significações por meio dos indicadores a eles ligados. As categorias são construídas conforme os temas que emergem do texto. Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. Nesse processo, se caracteriza ou codifica um segmento, colocando-o em classes de equivalências definidas a partir das significações, de acordo com o julgamento do pesquisador. Esse processo exige do mesmo qualidades psicológicas complementares como fineza, sensibilidade, flexibilidade²²⁴. Ao mesmo tempo, segundo Oliveira, o método exige que o pesquisador se abstenha de alimentar ideias prévias a respeito do texto. Para isso, deve num primeiro momento ater-se ao conteúdo manifesto, claramente expresso.

A mensagem deve ser examinada em si mesma, o que não significa dizer que a análise de conteúdo deva se abster de toda e qualquer extrapolação sobre o conteúdo latente das comunicações. Implica apenas que as extrapolações em direção aos conteúdos latentes devem se apoiar nos conteúdos efetivamente observados.²²⁵

A técnica de AC se configura por três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados e interpretação²²⁶. Segundo a sistematização de Bardin, na primeira etapa se utilizam diferentes procedimentos como leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que embasem a interpretação.

É a fase de organização propriamente dita. Corresponde há um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.²²⁷

²²³ FRANCO, 2008, p. 62.

²²⁴ PECHEAUX apud CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 683.

²²⁵ OLIVEIRA, D.C. Sistematização metodológica da análise de conteúdo. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n.4, 2008, p. 571.

²²⁶ BARDIN apud CAREGNATO; MUTTI, 2006.

²²⁷ BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

Na segunda etapa se codifica os dados brutos e se os agrega em unidades, que conduzem a uma descrição das características do conteúdo expresso no texto.

E na terceira etapa se procede à categorização, classificando os elementos conforme suas semelhanças e diferenças, agrupando-os posteriormente em função das características comuns²²⁸. “A AC trabalha com o conteúdo, ou seja, com a materialidade linguística através das condições empíricas do texto”²²⁹. Na presente pesquisa, a Análise de Conteúdo é utilizada para codificar e categorizar as respostas transcritas às perguntas realizadas nas entrevistas com pacientes e capelães hospitalares.

3.3 Transcrição das Entrevistas

As oito entrevistas foram transcritas na íntegra e posteriormente, visando um maior aprofundamento, selecionadas quatro entrevistas para a análise de conteúdo. Com o intuito de preservar a identidade dos participantes, estes foram denominados da seguinte forma:

- Capelãs do Hospital Moinhos de Vento: MVCA1 e MVCA2;
- Pacientes do Hospital Moinhos de Vento: MVPA1 e MVPA2;
- Capelães do Hospital São Lucas: SLCA1 e SLCA2;
- Pacientes do Hospital São Lucas: SLPA1 e SLPA2;

3.3.1 Entrevista com MVCA1

Pe: Inicialmente eu gostaria de te agradecer por participar da pesquisa, que nesta etapa consiste em uma entrevista para coletar informações referentes ao seu trabalho como capelã na área da pastoral hospitalar. A primeira pergunta é qual a sua confessionalidade em termos de igreja e sua formação teológica.

Capelã (Ca): Em primeiro lugar eu agradeço a possibilidade de participar desta entrevista e da tua pesquisa de doutorado. Te parablenizo por isto. Eu sei que não é um caminho fácil, mas, quando temos uma meta, um foco a gente consegue alcançar com a ajuda de Deus. Eu sou há trinta anos diaconisa, estudei na Casa

²²⁸ BARDIN apud CAREGNATO; MUTTI, 2006. BARDIN apud OLIVEIRA, 2008. Embora a quantificação também possa fazer parte dessa etapa, optou-se nessa pesquisa por não utilizá-la, privilegiando a dimensão qualitativa da Análise de Conteúdo.

²²⁹ CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 683.

Matriz das Diaconisas em São Leopoldo. Na época que eu estudei tinha uma escola na Casa Matriz e os professores da EST, inclusive o Roberto Z, vinham ministrar aulas, nós não íamos na faculdade de teologia, e, portanto, não era um curso de teologia. Era um curso de um ano bíblico-diaconal, e depois um curso de assistente comunitária, com enfoque religioso, por mais três anos, no total foram quatro anos de estudos na Casa Matriz. Hoje, esse curso parece que virou uma especialização da teologia. Depois fiz o curso superior de enfermagem na UNISINOS, e trabalhei cinco anos em um projeto de pastoral da saúde da IECLB na Região IV (Rio Grande do Sul), trabalhando questões de farmácia caseira, educação para saúde, mais na saúde comunitária a nível de prevenção. Desde que eu me formei na faculdade eu percebi a carência desta área de educação preventiva. Eu sou membro da IECLB desde que nasci, meu avô era pastor, tem uma irmã e um cunhado pastor que trabalham na cidade de Brusque, SC.

Pe: Na sua visão, como as pessoas respondem às visitas ou intervenções da capelania hospitalar?

Ca: Eu estou 16 anos aqui e o meu enfoque no trabalho é com pessoas oncológicas, porque eu fiz um curso de especialização de 1 ano e meio em psico-oncologia, isso que me fez hoje fazer faculdade de psicologia e estou no sexto semestre de psicologia na PUCRS. Creio que uma coisa levou a outra, pois na época da especialização era somente eu e mais uma enfermeira que não éramos psicólogas fazendo aquele curso, então, eu me sentia com várias lacunas porque eu não tinha uma formação em psicologia, coisa que agora estou tendo. E na minha abordagem eu entro no quarto sem grandes expectativas em relação ao paciente. Eu sei que ali está uma pessoa enferma, muitas vezes com os familiares, acompanhantes, mas eu entro pedindo a orientação de Deus para aquela situação daquele paciente e aí eu me coloco ao lado desse paciente para fazer as intervenções que forem necessárias. Normalmente eu não ofereço serviço religioso logo na primeira visita, porque eu não conheço este paciente, muitas vezes eles colocam a confessionalidade religiosa, mas muitas vezes não colocam e eu espero ele manifestar o que ele realmente deseja. Eu me apresento como irmã aqui do hospital, religiosa, então eles sabem. Nós temos uma diversidade imensa de religiões aqui no hospital, mas 70% eu posso garantir que são católicos, muitos não praticantes e alguns praticantes. Nós estamos ali disponíveis para aquele paciente, para aquela necessidade daquele paciente, muitas vezes eles nos pedem oração,

uma bênção ou não nos pedem nada, simplesmente querem que fiquemos ali ao lado deles naquele momento. Eu tenho muitas experiências ao longo dos anos de que o paciente sente que quando a gente assiste, cuida, parece que assistir e cuidar são duas coisas diferentes e na realidade são, porque temos uma meta diária de visitas, e muitas vezes nós só entramos no quarto, escutamos o paciente ou não escutamos, a palavra certa é atendemos o paciente, ele pede uma comunhão daí fazemos o agendamento, a ministra da eucaristia vem e dá a comunhão, se pedirem um padre eu ligo para o padre, então eu atendo aquela demanda que o paciente apresenta. Mas muitas vezes eu assisto o paciente e quando eu assisto é naquela hora em que ele está precisando de alguém que esteja ouvindo o que ele tem para me dizer, tem situações que ele me diz “eu não tenho mais esperança, vou morrer, e minha família pensa que eu ainda vou viver, que eu vou superar mais essa radioterapia, esse tratamento que já estou fazendo há tantos anos, mas eu sei que agora estou na reta final irmã” e ele não me pergunta como lidar com isso, ele só desabafa, ele precisa de alguém fora da família, fora do contexto dele para ele conseguir dizer essas palavras que não consegue dizer para ninguém. Mesmo os pacientes que não são religiosos. Tem uma paciente que não confessa ser de nenhuma religião e ela segurou na minha [mão] e disse “eu sei que estou na reta final, a minha preocupação é com a minha mãe que tem 81 anos, mora na frente da minha casa e meu pai faleceu no ano passado e quem vai cuidar dela, eu sou filha única”, e nós conversamos durante quase duas horas e eu ainda tinha trinta pacientes para visitar, então eu sinto que não atendi aquela paciente, eu assisti ela nas suas necessidades. Até hoje eu não vi nenhum paciente que não quisesse a visita da pastoral, mesmo os não religiosos. Muitas vezes a visita da pastoral se resume em perguntar “como é que você passou essa noite?” ou “hoje o nosso coral vai cantar aqui no corredor, você teria vontade de ouvir? Pode tocar a campainha e pedir para abrirem a porta para você ouvir”, ou outras vezes me comentam o que estão assistindo na televisão, mas nunca ninguém rejeitou a visita pastoral. É interessante também que às vezes as visitas começam assim, e depois quando se cria um vínculo com aquele paciente, se conversa sobre muitas coisas, coisas bem profundas da vida daquele paciente, ele pode não se manifestar sobre coisas religiosas, mas assuntos existenciais.

Pe: Você estabelece algum tipo de relação entre doença e mal?

Ca: Eu não faço porque eu já sinto que aquela pessoa está bastante fragilizada, então ela não precisa do meu julgamento, nem precisa e nem merece meu julgamento e quem garante que o meu julgamento vai estar certo? Quem sou eu para julgar aquela pessoa doente, enferma, muitas vezes com os dias contados, então não vai ser eu quem vai julgar essa pessoa, jamais. Eu me nego a fazer isso. E penso sim que, por exemplo, por que ainda não foi descoberta a cura do câncer porque é uma doença multifatorial, depende do estilo de vida que a pessoa levou, talvez se alimentou mal, fumou uma vida inteira proporcionando um câncer de pulmão ou deixou de fazer os exames rotineiros para descobrir a doença no início. Então o mal é no sentido de maus hábitos de vida que levam a desenvolver algum problema de saúde, mas em outro sentido não.

Pe: Você enxerga ou sente a presença de Deus diante do sofrimento? Explique.

Ca: Sim. Eu sinto porque como eu procuro entrar em um quarto do paciente como se eu tivesse livre de mim, eu sei que é difícil fazer isso porque nós temos nossas coisas internas ali envolvidas, mas eu procuro me colocar como um instrumento de Deus ali naquele momento, então eu peço que Ele me guie e eu sinto que ele me guia. Até nos momentos de oração, às vezes eu pergunto o que a pessoa gostaria que eu trouxesse na oração e outras vezes eu não pergunto e vou trazendo coisas que talvez eu seja inspirada para dizer. Eu acredito que isso vem de Deus e não vem de mim, não atribuo a mim, atribuo a Deus, ao Espírito Santo que age através de mim para eu me colocar bem próxima daquela pessoa. Apesar de nós termos o nosso conhecimento, a nossa crença, os nossos valores e tudo mais que nos envolve, mas eu me sinto muitas vezes assistindo mais, acolhendo mais, cuidando mais, quando eu me desprendo da minha capa protetora e me coloco bem nas mãos de Deus e digo “Deus faça de mim o teu instrumento nesse momento especial”, às vezes diante de um óbito junto com os familiares que é uma situação bastante pesada e difícil.

Pe: Qual é para você o objetivo da capelania hospitalar?

Ca: Bem, não são todos os hospitais que tem, mas para mim a capelania dentro de um hospital é fundamental. Tanto quanto o serviço de enfermagem e os outros serviços assistenciais como médico, fisioterapia, nutrição, tudo contribui para a qualificação de vida ou do que resta da vida daquele paciente. Mas a capelania hospitalar é importante porque ela chega ou pode chegar de uma maneira tão

próxima que pode aliviar a dor interna daquele paciente, não só a dor física, mas dor espiritual que não tem remédio que cura, a não ser uma sedação completa como nos casos de pacientes oncológicos terminais que são sedados alguns dias antes de vir a óbito. O paciente vem a óbito sem saber, não vou dizer que é uma eutanásia, mas é uma coisa induzida também, que a gente sabe que acontece. Mas creio que o nosso papel como ministros e ministras ordenadas pela igreja e outras pessoas também que querem se colocar ao lado paciente na sua dor e no seu sofrimento é fundamental, porque é um momento de grande fragilidade de questionamento, de perguntas, retrospectiva da vida e é um privilégio para nós estarmos juntos com estes pacientes. Não é uma carga, mas para mim é um privilégio e eu agradeço a Deus por ter essa oportunidade. Eu estou há dezesseis anos aqui e muitas vezes na faculdade os meus colegas perguntam “como você aguenta trabalhar com pacientes que estão falecendo?” Claro, a gente precisa de um suporte, agora fazendo o curso de psicologia eu tenho um acompanhamento psicoterápico, precisamos ter alguém para discutir questões, mas acho que o nosso caminho mais direto é Deus, colocar para ele as nossas questões, isso me ajuda muito: as orações, os momentos de reflexões, meditações, momentos comigo mesma.

Pe: Na sua atividade como capelã você acredita que transmite conforto e esperança para as pessoas? Explique.

Ca: Espero que sim. Um exemplo bem concreto, uma paciente da minha idade, está em estado terminal e está sempre acompanhada, sempre tem uma filha ou um filho ou amiga, e essa semana eu cheguei um dia e ela estava sozinha e ela estava com dor, já tinha sido medicada para dor e segurou minha mão e disse “irmã como gosto quando você vem aqui no meu quarto, eu me sinto aliviada como se o câncer fosse uma experiência de aprendizado para mim, mas eu sei que estou na fase final, todo mundo omite, esconde ou ameniza, mas eu sei porque sou estudada nessa área, mas eu me sinto tranquila. Então como me faz bem essas visitas diárias, eu sei que quando o quarto está cheio de gente [...]”, porque agora a gente liberou as visitas e as visitas entram a hora que querem, o que dificulta o nosso trabalho; porque quando a gente encontra o paciente sozinho é melhor porque ele se coloca junto com a gente, nós estamos no mesmo nível, eu não estou acima nem abaixo dele, nós ficamos olho a olho, frente a frente e aí ele pode dizer o que quiser para mim. Então eu quero acreditar que faz bem para o paciente. Agora a gente sabe que os pacientes oncológicos terminais passam por fases, como negação, raiva, revolta,

tudo isso precisa ser contornado porque são fases, elas passam e você vai assistindo o paciente em todas elas, e vai chegar o momento aonde ele vai se sentir confortável com a sua presença, muitas vezes desde o início, muitas vezes no meio ou no final.

Pe: Como se dá a relação entre a pastoral e os demais profissionais da instituição?

Ca: No começo a gente sentia que a pastoral ficava mais separada, mas hoje, e eu estou aqui há dezesseis anos, nós estamos no organograma do hospital, em vários documentos normativos do hospital, nós fazemos parte da assistência integral do paciente, tanto quanto os outros profissionais, nem mais e nem menos. Tanto é que temos a liberdade de escrever no prontuário do paciente, assim como um médico, uma enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista, cada um de nós faz SOC do paciente, onde o S é o que você vê como subjetivo como se o paciente está triste ou acamado, ou seja, o teu olhar subjetivo. A letra O é o objetivo, o que o paciente te fala, tipo “estou com dor” ou “estou triste”, “estou revoltado”, “não veio isso”. A letra C é o que você faz com aquelas informações, o que você vai fazer através daquilo que você viu e o paciente não disse e através daquilo que ele expressou e descrever a sua conduta. Então você escreve a sua conduta, tipo “esse paciente hoje precisou de um momento especial de oração, solicitou uma bênção”, isto vai no prontuário, onde todos os profissionais leem e vai carimbado com o meu nome e serviço de pastoral. Então é um serviço reconhecido pelo hospital como um todo, os profissionais nos tratam com respeito e nos solicitam quando algo acontece, tipo a enfermeira me chama e diz “irmã naquele quarto a paciente chorou na hora do banho ou não quer se alimentar, será que você poderia ir lá conversar com ela?”, então os colaboradores nos procuram.

Pe: Existe algo mais que você gostaria de contar ou acrescentar?

Ca: Eu passei por um processo e para trabalhar em uma pastoral a gente precisa passar por um processo. Eu passei por um processo difícil de doença também, aonde eu necessitei de cuidados intensivos, depois me dediquei a uma faculdade de enfermagem e achei que seria um coisa muito boa para mim e foi, durante um período da minha vida foi, mas depois eu vim fazer um curso aqui oferecido pelo pastor Ivo, há dezessete anos atrás. Depois de concluir esse curso, ele me convidou para trabalhar aqui. E o pastor Ivo eu conheço desde a minha infância porque ele trabalhou na minha comunidade no começo do ministério dele,

ele me confirmou, batizou os meus irmãos, casou meu irmão, enfim, eu já tinha um vínculo com ele. Eu vim trabalhar aqui sem ter a dimensão real do que significaria trabalhar aqui, hoje eu acho que já tenho um pouco mais de clareza do que significa trabalhar em um serviço pastoral e sinto que eu ainda tenho muito que aprender. Eu fiz uma cirurgia intracraniana para retirar um tumor do cérebro há vinte e sete anos atrás e essa experiência me aproximou de um hospital, assim como eu fui cuidada eu senti necessidade de cuidar. Então, eu respiro hospital e não me vejo trabalhando fora de um hospital. Mesmo quando eu me formar em psicologia eu pretendo agregar ao meu trabalho aqui no hospital para assistir melhor o paciente. Mas nunca sem a orientação divina para minha caminhada, pois sem ela eu não vou conseguir me colocar ao lado da pessoa doente. Com a iluminação de Deus na minha vida, me colocando à disposição como um instrumento nas mãos dele, a seara é grande e pouco os trabalhadores, e ele como um oleiro molda o seu vaso, ele vai me moldando para esse trabalho que eu me dispus a fazer, porque agora com a minha idade eu sinto que eu escolhi, no começo talvez eu fui direcionada, mas agora estou aqui porque escolhi.

Pe: Belas palavras! Eu agradeço muito pela sua participação e que Deus continue abençoando seu trabalho e sua vida.

3.3.2 Entrevista com MVCA2

Pe: Bem, te agradeço por se dispor a participar desta pesquisa e a primeira pergunta que gostaria de fazer é qual sua confessionalidade religiosa e a sua formação teológica?

Ca: Eu sou formada em bacharel em teologia desde o ano passado, pertencço também a Irmandade Evangélica de Confissão Luterana (Casa Matriz das Diaconisas de São Leopoldo) e membro da IECLB.

Pe: Na sua visão como que as pessoas enfermas respondem às intervenções da Pastoral?

Ca: O nosso perfil de público é muito amplo, de várias religiões, então cada pessoa nos recebe de uma maneira, é muito relativo. Mas a maioria das pessoas nos recebe bem e quem nos permite ter um diálogo mais pastoral, mais poimênico tem um retorno mais positivo no término do tratamento. Temos diálogos em relação ao tratamento, questões pessoais, em relação à morte. Eu trabalho com pacientes

que ficam no isolamento porque pegaram uma bactéria hospitalar, então vejo um pouco de revolta porque precisa ficar aqui seis meses ou um ano. A gente acaba criando um vínculo e vamos além do problema de saúde, vamos além, ajudando nas questões pessoais. Normalmente os pacientes nos pedem uma oração, uma bênção e um ouvido, alguém que ouça sem julgar, alguém que esteja ali para chorar junto, para ajudar a alimentar essa fé.

Pe: Você estabelece alguma relação entre doença e mal?

Ca: Doença e pecado? Não. Creio que a doença acontece mais por um descuido nosso como uma má alimentação, o estresse e a correria do mundo atual do que por um pecado, eu não faço essa relação. Acontece por um mau cuidado meu em relação à saúde, alimentação, ao sono. A doença está mais associada a esses problemas mais atuais do que como algo da espiritualidade. Essa relação eu não faço até porque não se explicaria como uma pessoa que rouba muito tem uma boa saúde.

Pe: Você enxerga ou sente a presença de Deus diante do sofrimento? Explique.

Ca: Sim. Nós da Pastoral, assim como as enfermeiras, quando vamos ao quarto somos instrumentos de Deus para essa pessoa onde Deus se torna presente, se torna carne a essa pessoa no toque e no cuidado do médico, da médica, da enfermagem que está ali cuidando, trazendo uma medicação; e da Pastoral também na nossa palavra, na nossa forma de agir com as pessoas. Eu acho que Deus está presente carregando essas pessoas no colo, como alguns relatam “eu sinto que Deus está me carregando no colo”, então toda a equipe que está cuidando da pessoa enferma ela se torna Deus para essa pessoa porque ela transmite esse amor e esse cuidado também de Deus, essa proteção no momento da enfermidade.

Pe: Qual é para você o objetivo da capelania hospitalar?

Ca: Para nós o objetivo é cuidar da pessoa, do ser humano de uma forma integral; nós aqui não trabalhamos muito com a questão da missão no sentido de conversão, mas trabalhamos no sentido de auxiliar as pessoas nas suas necessidades, nós trabalhamos com ateu, com agnóstico, pentecostal, trabalhamos sempre da mesma maneira de uma forma respeitosa e quando nos solicitam uma oração ou uma bênção nós fazemos e acabam surgindo algumas questões, perguntam como é a nossa igreja, pelo nosso modo de trabalho desperta um interesse. Mas o nosso principal foco é assistir o paciente de uma forma integral

juntamente com a psicologia, com a enfermagem, com os médicos, para que essa pessoa saia do hospital bem ou se não sair devido a óbito, que essa pessoa tenha tido momentos bons aqui no hospital, que ela possa ser bem cuidada, se sentir amparada e se sentir bem. Não deixa de ser missão, mas é uma missão integral onde as pessoas pelo nosso comportamento acabam surgindo interesse em saber quem nós somos e quais as motivações [que] estão por trás do nosso trabalho, sendo eu uma pessoa desconhecida que vai todos os dias visitar uma pessoa. Então isso acaba sendo uma forma de missão, não de uma forma direta, mas indireta. Muitas pessoas acabam perguntando onde nós participamos para conhecer um pouco mais.

Pe: Na sua atividade como capelã, você acredita que transmite conforto e esperança para as pessoas?

Ca: Às vezes a gente se sente pequena apesar de sermos instrumentos de Deus, Deus nos usa para chegar até as pessoas, mas a gente se sente pequeno e muitas vezes a gente não chega às pessoas. Mas o retorno que recebemos geralmente é positivo, até hoje eu não recebi nenhum retorno negativo, muitas pessoas dizem que a gente traz paz, tranquilidade, que depois das nossas orações as pessoas conseguem se acalmar, dormir, ter uma boa noite de descanso.

Pe: Como se dá a relação entre a equipe da pastoral e os demais profissionais da instituição?

Ca: Por nós trabalharmos em um hospital com assistência integral, então todas as equipes tanto as enfermeiras quanto os médicos, as moças da limpeza, todos trabalhamos pelo bem do paciente. Então nós sempre olhamos “aqui esse paciente está precisando disso, de algum conserto no quarto”, mesmo que nós da pastoral identificamos, o paciente reclama e a gente liga para manutenção, auxilia o paciente e nas demais formas também. Quando a enfermeira vê que o paciente está choroso, triste e tem uma espiritualidade, mas que nós ainda não chegamos naquele quarto, ela nos chama e diz “irmã, aquele paciente está acontecendo isso ou aquilo, você pode dar uma passada lá?”, ou até mesmo as meninas da limpeza também nos falam “olha eu estive naquele quarto limpando e paciente estava assim... dá uma passadinha lá, seria interessante”, e também as trocas com a psicologia. A psicóloga também nos traz pacientes e familiares que precisam de um cuidado maior e da mesma forma nós levamos situações até ela. Então é um trabalho em conjunto para que o paciente possa se sentir bem e para que ele se reestabeleça não só na saúde

física, mas a sua alma, sua psique. Existe uma interação. Agora pouco eu estava em uma unidade onde a enfermeira chamou a mim e a psicóloga para conversar sobre uma paciente, solicitando de nós um acompanhamento mais presente, então um trabalho em conjunto onde elas identificam o que nós não conseguimos identificar porque ou não teve uma empatia ou o momento da visita não foi adequado, mas que isso aparece depois com outra profissional que nos indica, nos direciona e aí nós tentamos trabalhar de uma forma conjunta para que essa pessoa tenha um bom cuidado, um bom acolhimento.

Pe: Tem algo mais que você gostaria de contar ou acrescentar?

Ca: Estou aqui há dois anos. São muitas as experiências que nos marcam aqui. Nós também temos um trabalho com os colaboradores que também nos procuram para ter alguém que os ouça, para fazer orações. Também temos momentos com a enfermagem, como aconteceu recentemente onde reunimos toda a equipe para orar por uma situação que estava acontecendo no setor. Uma das coisas que mais me marcou foi um batismo de emergência de adulto. Chamou-me muito a atenção, isso foi no início do ano passado nas férias, onde uma médica recém-formada em seu leito de morte, estava com câncer e solicitou que fosse batizada, quando criança os pais não tinha feito isso, e depois por algum motivo de vergonha de chegar na igreja já adulta e pedir e ela disse “eu não fiz isso, mas eu não quero partir sem receber uma bênção como essa”. Então, nós tivemos dentro da possibilidade dela um diálogo, pois ela estava cansada com muitas dores e então isso foi realizado. Isso me marcou bastante porque batismo de emergência de infantes é mais comum. Foi bem interessante porque eu estava aqui sozinha e daí eu liguei para os meus colegas, expliquei a situação e perguntei “o que eu faço?”. E aí uma das irmãs me sugeriu que eu fizesse uma liturgia para batismo semelhante a de infantes, o que acrescentei foi uma pergunta que é “você deseja ser batizada?”, ela respondeu que sim e foi um momento rápido, simples, mas onde toda a família dela veio. Foi no quarto dela porque não tinha mais condições de sair da cama. Nós aproveitamos o momento entre uma dose e outra morfina onde ela estava um pouco acordada, no dia anterior ela estava bem, com muitas dores, mas ela ainda se comunicava e estava mais acordada. Porém, naquele dia não, ela faleceu na madrugada, então eu conversei com a enfermagem e combinamos a questão da morfina. Era uma situação delicada de se lidar, mas a família veio como o esposo, filhos, amigos e então eu levei alguns símbolos para o quarto: uma vela, a cuba para

batismo, uma cruz e uma bíblia, montei um pequeno altar na mesinha de refeições, eu fiz um pequeno rito. Eu não cheguei a molhar toda a cabeça, porque era para ser um momento bom, a presença de Deus, se eu molhasse toda a cabeça poderia molhar o lençol e teriam de trocar toda a roupa de cama e paciente teria de ser mexida na cama o que aumentaria o desconforto dela. Eu molhei a mão e como na unção dos enfermos fiz o sinal da cruz três vezes na testa com a água, até tivemos uma discussão aqui na pastoral do que é mais válido. Isso foi algo que marcou bastante porque era uma pessoa jovem, médica recém-formada, com toda uma vida pela frente que foi interrompida por uma doença. Enfim, uma experiência única que eu sempre levo comigo.

Pe: Obrigado novamente pela sua participação!

3.3.3 Entrevista com MVPA1

Pesquisador (Pe): Eu te agradeço por participar desta pesquisa, que visa analisar a qualidade da assistência da pastoral hospitalar, e a primeira pergunta que eu gostaria de fazer é *como você se sente em relação ao seu atual estado de saúde?*

Paciente (Pa): Para mim é uma batalha que eu estou enfrentando, mas, eu acredito que vou conseguir ganhar essa luta, então eu estou forte, tento me manter forte e sempre com pensamento positivo, e sempre pensando que tudo vai dar certo porque penso que isso é importante para conseguir a cura que eu quero.

Pe: Então você se sente confiante?

Pa: Sim, com esperança de que realmente eu vou melhorar e me curar.

Pe: Você atribui o seu atual estado de saúde a algo?

Pa: Não. Acho que realmente é uma coisa que tinha que acontecer na saúde, é aquela parte mais de o câncer aparece pelas células... aquelas explicações que os médicos deram de que era isso, tinha que acontecer, então, bola para frente, tem mais é que enfrentar e pronto, e não que eu fiz alguma coisa, não, acho que é como qualquer doença, veio e a gente tem que encarar e tentar se livrar logo.

Pe: Sim, a sua compreensão é que a doença faz parte da natureza humana, onde todos nos estamos sujeitos.

Pa: É isso aí mesmo que eu penso, não é nenhum castigo, mas, faz parte.

Pe: Há quanto tempo que você está lidando com esta doença?

Pa: Eu descobri a doença em janeiro e fiz a primeira cirurgia em fevereiro e comecei a quimioterapia em março, e agora em maio descobri que tinha no fígado também, que aí tive que fazer uma segunda cirurgia. O primeiro apareceu no ovário direito que eu retirei. Descobri no fígado por acaso, porque estava fazendo a quimio e trabalhando normalmente, porque é muito importante para mim continuar trabalhando, e os efeitos da quimioterapia foram bem leves, aqueles efeitos horríveis que falam [...]. No início eu tinha medo mas foi bem tranquilo. Um dia eu estava com dorzinha nas costas, achei que era infecção urinária, e a médica disse para fazer uma ecografia e verificar se era pedra nos rins e na ecografia apareceu uma coisa no fígado, e daí eu fiz a ressonância e a tomografia, então foi por acaso que descobriram e daí já fomos pra cirurgia, e vamos lá, enfrentar mais essa, tem mais ou menos uns 6 meses que estou aí na batalha.

Pe: Você participa de algum grupo religioso, igreja, comunidade de fé?

Pa: Ativamente não. Eu sou católica, vou algumas vezes à missa, não frequento com a regularidade que deveria.

Pe: O que isso significa para você?

Pa: É muito importante porque a gente precisa acreditar em algo mais. É como eu já disse, a doença faz parte do organismo, mas essa parte espiritual é fundamental, até mesmo para eu me manter mais positiva, a fé é muito importante. A fé vai nos dar o amparo, o conforto, até para família também é importante a fé. A gente precisa manter a fé. Precisamos acreditar que existe algo mais que irá nos dar o suporte nesta hora. Acreditar que tem um ser superior que está olhando para nós, nos acolhendo, dando força para enfrentar tudo isso. É importantíssimo. Se eu não tivesse essa crença eu não sei como seria.

Pe: Como você se sente em relação ao atendimento prestado pela pastoral hospitalar?

Pa: Eu acho bem importante, porque dá um alento quando a irmã vem aqui e dá aquelas palavras de conforto, para mim é importante, traz um conforto. Acho interessante porque sinto que alguém mais que se preocupa comigo, não só o médico e a equipe de enfermagem, mas pessoas que cuidam da parte espiritual.

Pe: A seu ver, qual seria o papel da pastoral hospitalar?

Pa: É importante não impor nada, porque tem pessoas que não querem. Creio que o papel é chegar e se colocar à disposição, e se realmente a pessoa quiser alguma coisa irá solicitar. O paciente necessita saber que tem aquele auxílio

se precisar de um conforto, uma coisa maior, e dessa forma sem impor nada, com palavras de conforto mesmo, sem imposição. O paciente precisa ficar à vontade.

Pe: A partir da sua experiência de enfermidade, você enxerga ou sente a presença de Deus em sua vida? Explique.

Pa: Sim, eu já senti bastante, agora mais ainda. Tem até aquela estória “pegadas na areia” que eu sempre me lembro desde que eu fiquei doente, principalmente, nesta fase mais grave. Às vezes as pessoas pensam quando estão doentes que a culpa é de Deus, mas eu sempre me lembro desta estória de que quando nós estamos mais precisando Deus realmente está nos levando no colo, por isso na estória só tem as pegadas de Deus, então, eu sempre penso que estou em uma fase que preciso muito dele, e sei que ele está mais junto mesmo, não me abandonou, está mais próximo me dando força nessa hora. Eu acredito que ele está mais próximo ainda de mim, porque estou precisando. Ele é um pai mesmo que está me dando todo aquele auxílio. Eu sinto que ele está mais junto. Às vezes a gente se afasta um pouco, mas, a gente sente que ele continua junto, dando proteção.

Pe: Você gostaria de relatar alguma experiência sobre esta sua fase da vida?

Pa: Sim, em relação ao meu trabalho. Eu sou bancária, e quando eu adoeci trocou o gerente geral da agência e veio uma nova gerente, que eu já conhecia, mas nunca tinha trabalhado com ela e ela foi como um anjo da guarda. Por isso eu digo que Deus está sempre colocando algo na nossa vida para melhorar. Ela foi maravilhosa nesta fase. Eu trabalho com público, tenho uma carteira de clientes e a gerente disse que eu não precisava atender mais meus clientes, é um trabalho pesado e me deslocou para outra função com um trabalho mais leve, ela também me colocou como substituta dela. Então eu creio mesmo que foi um anjo da guarda que Deus colocou para me dar esse apoio, porque para mim é muito importante continuar trabalhando, ficar em casa não seria bom para mim. Eu gosto muito dos meus colegas, os próprios clientes são maravilhosos. Talvez se fosse outra chefia não iria entender isso e recomendar que eu tirasse uma licença saúde para me tratar, mas a minha gerente não. Ela me dá todo o suporte e sempre me diz que eu sou importante para a equipe, e mesmo sabendo das minhas limitações, me apoia para continuar trabalhando. Isso é fantástico. Nesta situação eu consigo ver que realmente existe um poder maior que cuida da gente. Que está olhando por mim.

Essa parte de continuar positiva, seguindo em frente, com coragem de enfrentar as coisas, nisto o trabalho faz toda a diferença.

Pe: Você tem algo mais que gostaria de contar ou acrescentar?

Pa: A família também. Nestas horas sempre a família se une. Não em relação ao meu marido e a minha filha porque estamos sempre juntos. Mas os meus irmãos, às vezes a gente fica meses sem se ver, e agora com a minha doença nós nos aproximamos mais. A doença acaba aproximando a família. Também tem esse lado que não é de todo ruim, alguma coisa que precisava acontecer. Mais união na família, as pessoas se cuidando. A família se uniu em torno da doença. O apoio da família é muito importante.

Pe: Bem, seriam estas as perguntas, com certeza o nosso diálogo me forneceu um rico conteúdo para minha pesquisa, eu te agradeço novamente por colaborar com este trabalho.

3.3.4 Entrevista com MVPA2

Pe: A primeira pergunta que eu gostaria de fazer é como você sente em relação ao seu atual estado de saúde?

Pa: Eu me sinto hoje já recuperada, internada há 30 dias. Me sinto muito bem, pois, entrei aqui dentro bem ruim, mas nunca deixei de ter esperança e a confiança de que eu iria melhorar, e acredito nisso devido a minha fé, a minha espiritualidade que tem uma caminhada, uma continuidade dos meus pais, pois eu venho de uma família que me ensinou a ter essa espiritualidade e acreditar que existe um ser superior e que este ser superior é Deus, e que esse é Deus, é fé, amor, um caminho que a gente precisa acreditar.

Pe: Você atribui o seu atual estado de saúde a algo?

Pa: Não. Nunca pensei isso, nunca atribuí a nada. Hoje o meu principal problema de saúde é consequência do medicamento do linfoma, eu tive um infecção pulmonar devido ao medicamento da quimioterapia. Um dos medicamentos deixaram resquícios no organismo que levou à infecção pulmonar. Mas, quando eu tive o linfoma há cinco meses, eu até cheguei a pensar: por quê comigo? Depois eu voltei a refletir de novo e concluí que eu não devia fazer esse tipo de pergunta. Cada um tem as suas dificuldades que passa na vida e a doença é um dos momentos de fraqueza que nosso corpo enfrenta. Mas não foi Deus que me deu essa doença. Eu

adquiri a doença porque o meu corpo estava fraco. Cabe a mim orar, rezar, ter fé de que ele vai me ajudar a passar por este momento, encontrar medicamentos que vão ao encontro desta doença que estou passando. Mas, não que ele seja culpado deste momento, isto eu tenho muito ciente em mim.

Pe: Você participa de algum grupo religioso, igreja, comunidade de fé?

Pa: Sim. Eu sou natural de Cruz Alta, e participo da comunidade da minha cidade, a Capela de São João Batista, da Igreja Católica. Faz anos que eu não participo lá, porque o meu marido é bancário e de três em três anos nós mudávamos de cidade, mas, sempre que chegava em uma cidade eu sempre participei de alguma pastoral, dentro das minhas condições de tempo. Meus filhos sempre participaram das missas, fizeram crisma e primeira comunhão.

Pe: O que isso significa para você?

Pa: Eu acho que é tudo que a gente vive dentro do que Jesus quer. Para a gente viver o que Deus quer nós precisamos participar de uma comunidade. Porque se não vivermos dentro de uma comunidade, vamos apenas ter uma experiência simbólica. Agora, vivendo em comunidade eu vou prestar serviço, vou estar atuante, participando de leituras, de grupos, de encontros, onde estarei prestando minha ajuda, tendo conhecimento, vivendo um relacionamento com Deus, aprimorando o amor e a espiritualidade. Para que eu estivesse preparada para enfrentar essa doença, que foi um baque muito grande para mim e minha família, essa espiritualidade é onde eu tenho para me segurar. Você sempre pede Deus para estar junto. Eu acredito que em todos os momentos eu pedi para que ele estivesse comigo. Nos momentos mais difíceis eu pude sentir que ele estava comigo, porque as dores mais fortes que imaginava que teria foram mais amenas. Então, essa vivência em comunidade, na igreja, tendo esta espiritualidade atuante traz essa força, é o viver Cristo junto comigo, e a minha família sempre vivenciou essa espiritualidade também.

Pe: Como você se sente em relação ao atendimento prestado pela pastoral hospitalar?

Pa: Eu acho ótimo porque é uma acolhida. Quando eu estava no CTI recebi a visita do pastor, ele sentou, conversou comigo, não me senti sozinha. Foi uma acolhida que eu recebi, e continuei recebendo. Na sequência, vieram visitas de 2 em 2 dias, dentro do possível, e recebi a Eucaristia por ministros católicos. Cada vez que eu comungo quando eles trazem eu recebo a comunhão e faço meus

agradecimentos a cada dia, porque cada dia é um novo dia para mim. Cada dia eu venho tendo uma melhora. Isso foi muito importante, porque receber Cristo é receber o nosso alimento.

Pe: A seu ver, qual seria o papel da pastoral hospitalar?

Pa: Com este comprometimento é um papel muito importante. Não sei se em outras cidades funciona, mas aqui eu vejo que é de grande importância para pessoas que cultivam a sua espiritualidade. Eu creio que esta pastoral tem que continuar, sempre trabalhando para que não se perca. É um trabalho fundamental para o doente, a pessoa enferma precisa dessa palavra, porque muitas vezes você esta desanimada, sem forças, sem energia, e daí chega aquela pessoa que faz uma oração para ti, traz uma palavra de conforto, de esperança e muda, te abre os caminhos, os pensamentos, então, eu acredito que esta pastoral é muito importante.

Pe: A partir da sua experiência de enfermidade, você enxerga ou sente a presença de Deus em sua vida? Explique.

Pa: Sim. Em todo o momento. Cada dia que eu venho tendo a minha melhora. Quando eu sinto a minha família próxima, o conforto dos familiares, tudo isso eu vejo que ali está a presença de Deus. Porque se Deus não está presente, a família não está unida. Eu me sentia tão feliz porque a minha família mora tão longe, e nos finais de semana a minha família se reunia com os filhos, a netinha. Eu tenho duas irmãs, uma tirou licença do trabalho para estar aqui comigo, a outro mora em São Paulo, e veio três finais de semana sem medir esforços, fazendo tudo o que ela podia, só pare me cuidar. Todos os familiares se unindo para me dar força, acredito que aí está a presença de Deus, em todo momento junto comigo. Eu sinto que Deus está na minha melhora do dia a dia.

Pe: Você gostaria de relatar alguma experiência sobre esta sua fase da vida?

Pa: A união entre nós, entre a minha família. Porque desde que descobrimos a doença, decidimos que iríamos mudar de cidade para ficar junto dos nossos filhos, ele já moravam em Cruz Alta, só eu e ele que morávamos em outra cidade. Então meu esposo deixou do trabalho dele, mesmo aposentado continua trabalhando e optou em rever o trabalho dele para nós vivermos mais juntos enquanto os filhos estão solteiros, aliás, eles nos cobravam isto, porque morávamos mais longe, em São Gabriel, nos víamos muito pouco em alguns finais de semana. Então, esta situação promoveu esse reencontro e provocou essa opção de morarmos

novamente juntos. Eu e marido já estamos estabilizados e pensamos em aproveitarmos esta estabilidade para ficarmos perto dos filhos e dos meus pais que também moram em Cruz Alta.

Pe: Você tem algo mais que gostaria de contar ou acrescentar?

Pa: Dizer que a minha vida se resume nesse momento agora à doença e ao hospital. Eu nunca tinha passado por nenhum problema grave de saúde, foi algo que de repente aconteceu, mas eu estou conseguindo passar de uma forma bem tranquila, sem muito medo, porque as pessoas costumam ter medo do câncer. Claro, os remédios me prejudicaram com uma alergia muito forte, eu tive de ficar três meses tratando, depois aconteceu uma complicação no pulmão, mas, eu vou levando porque importa a gente viver e viver feliz.

Pe: Bem, muito obrigado novamente pela disposição em responder estas perguntas e, desejo, sinceramente que Deus a abençoe e que você recupere completamente a saúde.

3.3.5 Entrevista com SLCA1

Pe: Primeiramente eu gostaria de agradecer por aceitar para participar desta pesquisa e saber qual sua confessionalidade e formação teológica?

Ca: Bom eu sou coordenadora da pastoral espiritual de confissão católica apostólica romana. A formação inicialmente é graduação em história, seguido depois da teologia pastoral pelo Instituto Missioneiro em Teologia de Santo Ângelo em convênio com a URI (Universidade Regional Integrada). Quando eu iniciei na pastoral aqui eu fiz um curso de visitantes que é oferecido pelo Centro Camiliano em Porto Alegre, e também fiz a formação específica de pastoralista do Instituto Marista. Tenho a intenção de fazer uma pós-graduação em espiritualidade no trabalho.

Pe: Na sua visão como as pessoas enfermas respondem às intervenções da capelania hospitalar?

Ca: A gente percebe uma boa acolhida, isso no sentido geral, das visitas que a gente faz do 5º a 9º andar e nas emergências. Muitas pessoas esperam por esse atendimento, por uma visita de alguém da pastoral e quando a gente recebe uma solicitação para um atendimento na enfermaria, todos os pacientes e familiares se interessam e fazem unidade na escuta, na oração e na gratidão. Todos participam

daquele momento, porque quem está ali junto ele é como um irmão, na enfermaria se cria um espírito de família, então se um recebe um atendimento solicitado por um familiar, todos ficam juntos. Isso é um aspecto muito interessante, pois naquele momento não interessa a denominação religiosa, alguém da pastoral veio e todos estão unidos.

Pe: Você estabelece algum tipo de relação entre doença e mal?

Ca: Não. Porque o atendimento ali com o paciente é de restabelecimento da saúde, claro passa pela dimensão física, espiritual e emocional. No ouvir a pessoa relata e a gente percebe se a questão é física, espiritual ou emocional, e o fato da pessoa ser escutada ela já um cria outro conceito com a própria doença. Talvez a pessoa enferma faça essa relação, mas nós da pastoral não.

Pe: Você enxerga ou sente a presença de Deus diante do sofrimento? Explique.

Ca: Eu vejo a presença de Deus na sensibilidade e na compaixão quando eu estou junto ao paciente, porque eu me coloco nessa sensibilidade e compaixão. Percebo também que o paciente, dependendo da postura de vida adotada diante do sofrimento, sente a presença de Deus com ele. A gente percebe a presença de Deus junto com o paciente, no paciente, das práticas visíveis, isto é, quando tem alguma identificação no seu leito. Não creio que Deus queira o sofrimento da pessoa, mas como uma aprendizagem e muitas pacientes entendem o seu sofrimento como uma aprendizagem.

Pe: Qual é para você o objetivo da capelania hospitalar?

Ca: Como serviço de capelania hospitalar ela tem uma dinâmica própria, como um trabalho a serviço da vida, cuja essência é zelar pelo cuidado integral do paciente e zelando pelo cuidado integral do paciente no sentido de ter saúde como pessoa nas quatro dimensões, cabe ao serviço estar junto com as pessoas nos momentos de maior fragilidade. Também zelar pelo cuidado integral do familiar ou acompanhante e do funcionário que está trabalhando. Nós fazemos um trabalho de espiritualidade junto aos funcionários nos setores como momentos de oração para o cultivo da interioridade e espiritualidade, principalmente, os que trabalham na enfermagem. Isso acontece pelo menos em três momentos durante o ano: a páscoa, o natal e no mês de maio que é específico da Instituição Marista. Eu destaco a frase de São Francisco de Assis para o nosso trabalho de capelania: “cada pessoa é digna de nossa dedicação”. Não é pelo seu aspecto físico, suas capacidades, sua

linguagem, sua mentalidade ou pelas satisfações que nos podem dar, mas porque é obra de Deus, criatura sua. Independente da aparência cada um tem sua dignidade sagrada e merece o nosso afeto e dedicação. Por isso, se conseguimos através serviço de capelania ajudar uma só pessoa a viver melhor, já justifica o dom da nossa vida, o dom do nosso trabalho aqui no hospital. O trabalho da capelania também está vinculado às diretrizes da Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB), porque é uma ação evangelizadora comprometida em defender, promover, preservar, cuidar e celebrar a vida, tornando presente na sociedade hoje a missão libertadora de Jesus no mundo da saúde.

Pe: Na sua atividade como capelã, você acredita que transmite conforto e esperança para as pessoas enfermas?

Ca: Sim. O conforto é pela escuta, pelo olhar e pelo toque. A gente toma cuidado com o toque, mas quando a iniciativa é pelo paciente, creio que consolo vem pelo toque. A esperança e pela força da oração, o que depende da empatia da nossa visita com o paciente. Pode ser transmitida pelo humor, pela alegria e pela força da oração, da confiança que o paciente tem na Palavra de Deus. O consolo e a esperança passam por este caminho.

Pe: Como se dá a relação entre a capelania e os demais profissionais da instituição?

Ca: A relação é muito boa. Existe um respeito e reconhecimento dos funcionários em relação ao serviço da pastoral. Temos muita procura para bênçãos, conversas, solicitações de atendimento aos pacientes e familiares, como também de funcionários. O bom relacionamento se dá também através do projeto espiritualidade onde temos vinte e oito voluntários que fazem as visitas aos pacientes, levando consolo, esperança, sendo uma escuta presente. Eles têm um encontro de formação mensal com temas que condizem com a pastoral espiritual, temos assessoria de várias pessoas e esse projeto tem um bom relacionamento com os funcionários, tanto o pessoal da enfermagem como médicos. Eu pessoalmente como coordenadora da pastoral, sou integrante da Comissão Institucional de Humanização e também do Programa de Formação de Espiritualidade Marista dos colaboradores, que são os funcionários.

Pe: Algo mais que você gostaria de contar ou acrescentar?

Ca: Quero destacar três experiências. Uma é quando a gente fica sem palavras diante de uma situação, principalmente quando envolve criança. Eu

acompanhei uma criança de dez anos de idade com câncer de pulmão em estado terminal, onde toda a família estava junto com a criança, eu também junto e a criança naquele estado de buscar um último respiro, e diante de uma situação dessas a gente fica sem palavras. Nesse momento só resta estar junto, chorar junto, quando saímos dali não tinha outra palavra a não ser a lágrima, e conhecemos o valor da lágrima para os familiares. Outra experiência foi com um paciente que era católico e recebia quase que diariamente a Eucaristia, e ele me dizia “você trouxe o meu remédio” e “aqui a gente aprende muito” e as lágrimas escorriam do seu rosto. Outra experiência aconteceu nos últimos dias, foi a adoção de uma criança com problema de saúde, afetada desde o nascimento, três meses abandonado aqui no hospital, e quando ela recebeu a família de adoção a gente percebeu que o amor faz a vida vibrar diferente. A gente notava a vibração na criança quando ouvia o pai falar: “vamos tomar a papinha antes do remédio”, a criança vibrava com todo o seu ser. E a mãe confirmou que a criança já ganhou alguns quilos a mais após a constante presença materna em poucos dias, ai eu disse para uma colega “eu já vivi o meu natal”, essa é uma experiência verdadeira de José e Maria junto com Jesus adotado. Eu creio que é preciso ter algumas virtudes para realizar o trabalho de pastoral hospitalar: comprometimento, doação, equilíbrio, espiritualidade, humanização, ética, humildade, perseverança, respeito e o trabalho em equipe.

Pe: Muito obrigado novamente pela participação nesta pesquisa!

3.3.6 Entrevista com SLCA2

Pe: Qual a sua confessionalidade e sua formação teológica?

Ca: Eu sou católico e padre da Igreja Católica Apostólica Romana, licenciado em teologia pela PUCRS. Tenho a formação básica da minha instituição já que sou um religioso, frei capuchino e graduado em história também pela Faculdade Porto-Alegrense, mas nunca fui professor. Nunca fiz um curso específico de capelania, a gente foi mais ou menos assim colocado aqui no hospital e me falaram “você vai aprendendo”. Como eu sou religioso, o meu superior que mora em Caxias do Sul conversou comigo e perguntou se eu aceitava, esse é o terceiro ano que estou aqui, eu aceitei, mas disse a ele que era uma área diferente com relação a que eu atuava, antes trabalhava com pastoral de paróquia, mas eu fiquei e pretendo continuar. A gente aprende muito com as pessoas aqui.

Pe: Na sua visão, como as pessoas enfermas respondem às intervenções da capelania hospitalar?

Ca: Eu vejo que as pessoas respeitam muito e também acolhem muito bem a pessoa do religioso, do ministro ou do voluntário que faz a visita. Tem uma bela acolhida e não vejo restrições nem quanto à religião. Mesmo as pessoas que não são católicas tem uma grande abertura. É algo bem interessante, muito gostoso de visitar e trabalhar.

Pe: Você estabelece algum tipo de relação entre doença e mal?

Ca: Eu sempre falo e brinco que a doença depende da pessoa. Algum já vem com um histórico de enfermidade, já outros vão envelhecendo e ficando doente. Eu sempre brinco que é bom envelhecer, mas com o envelhecimento vem de presente a doença. Eu tenho certeza de que a doença depende de pessoa para pessoa e do estado físico de cada um. Eu não vejo que a doença é um mal causado pela humanidade, mas a pessoa vai adquirindo ao longo da sua caminhada, varia muito de pessoa para pessoa. A doença é algo que a gente vai envelhecendo e uns ficam doentes e outros não, depende muito da pessoa. Também não vejo que é castigo de Deus e ninguém aqui nunca me disse que considerava isso.

Pe: Você como capelão enxerga ou sente a presença de Deus em meio ao sofrimento? Explique.

Ca: Eu vejo que Deus está presente no sofrimento, mas não para que a pessoa sofra, mas para ajudar e auxiliar. Eu vejo Deus como um Deus que é pai e providente, um pai que não quer que ninguém sofra, mas as circunstâncias da vida, da enfermidade vai trazendo sofrimento. Não vejo que é castigo de Deus. Eu vejo que é um Deus providente que não quer o mal de ninguém. Todos nós vamos passar pelo sofrimento, não se sabe do nosso futuro, hoje nós estamos bem, belos e felizes, mas e daqui a vinte ou trinta anos? Vamos ter câncer, não vamos ter câncer? Isso não é maldade de Deus. O sofrimento faz parte da pessoa, a gente sofre, mas diante do sofrimento temos um Deus que é pai, caminha conosco e está aí para nos amparar.

Pe: Qual é para você o objetivo da capelania hospitalar?

Ca: Eu vou falar o que nós usamos aqui: zelar pelo cuidado integral do enfermo, familiares e profissionais da saúde, promovendo a evangelização nas dimensões humana e religiosa; isto está no nosso programa e é o que entendo como objetivo da capelania hospitalar. Creio que é zelar pelo cuidado das pessoas

que chegam até nós, familiares e profissionais, caminhar com eles, ser um suporte também para eles.

Pe: Na sua atividade como capelão você acredita que transmite conforto e esperança para as pessoas enfermas?

Ca: Se a gente não acreditasse que transmitimos conforto e esperanças para as pessoas, não faria sentido nenhum estarmos aqui gastando a nossa vida em um hospital. Mas vejo que devolver a esperança para as pessoas é muito bonito e belo. Fazer com que as pessoas possam acreditar que vão ter cura ou que vão sair daqui com alta melhorada é algo bem interessante. E por outro lado, a gente conversa com muitas pessoas, as vezes tem aqueles que estão lá no fundo do poço e aí você é um pouco padre, psicólogo, pai, irmão. Muitas vezes falamos pouco e ouvimos muito, esse é o nosso objetivo. Não estamos aqui para catequizar as pessoas, mas nós mostramos um Deus que é esperança, amor, pai, um Deus que caminha com as pessoas e quer que sejam curadas. Também vejo que as pessoas enfermas confiam muito em nós, não sei se porque estão mais sensíveis e solitárias aqui no hospital e elas de certa forma veem na pessoa do padre ou da irmã ou do voluntário, elas confiam muito, e percebem que conquistamos um espaço para trabalhar e levar a palavra de Deus. Então, a gente consegue levar um pouco de esperança. Muitas vezes as pessoas falam coisas para nós que não falam para a família. E creio que conseguimos atingir esse objetivo de levar esperança, ao menos, animar as pessoas.

Pe: Como se dá a relação entre as pessoas da capelania e os demais profissionais da instituição?

Ca: Aqui é uma instituição católica, mas que atende pessoas de todas as religiões e pessoas de diversas religiões trabalham aqui. Eu vejo que tem um grande respeito pelo nosso trabalho, confiam e apostam no trabalho que fazemos. Temos uma parceria interessante. Às vezes outros profissionais nos convidam para benzer consultórios, espaços que estão reformando e assim por diante. Nós estamos aqui enquanto padres como presença capuchinha há trinta e oito anos e o hospital tem trinta e nove anos. Neste período passaram muitos padres e sempre foram respeitados como pessoas que não estão aqui para demagogia e sim para amparar os doentes. É uma troca onde os demais profissionais confiam em nós e nós confiamos neles, porque se eles não confiassem não nos chamariam para dar uma bênção. Só um exemplo, no sábado de manhã eu vim aqui no bloco cirúrgico pois

tinha uma pessoa de minha relação que iria fazer um pequeno procedimento, me chamaram e eu cheguei lá às 8:30 hs e saí às 11:00 hs da manhã, então tem uma parceria muito boa, além de toda uma história aqui no hospital.

Pe: Algo mais que você gostaria de contar ou acrescentar?

Ca: Um fato eu gostaria de contar. Uma senhora que morava no interior estava muito aflita. Eu estava caminhando no sexto andar, atendido pelo SUS, onde tem muita solidariedade, pois são quatro leitos por quarto, onde os familiares dos pacientes dividem o mesmo espaço, mas quando um paciente está sozinho os outros familiares ajudam. Então tinha uma senhora que estava muito debilitada, triste, acho que com início de depressão e daí eu fui ao leito em que ela estava e ela começou a falar, e falou por 45 minutos da vida dela e contou toda a sua história. Depois me disse “agora você pode me dar uma bênção porque eu finalmente consegui falar com alguém que me ouviu”. Isso me marcou muito, ela veio outras vezes conversar aqui comigo. Também diante da dor você faz muita amizade, tem pessoas que vem do interior e depois me convidam para ir até a casa deles, até na praia eu já fui convidado, eles voltam para agradecer, isso é muito gratificante, sinal de que você fez algo de bom para elas. Se você me perguntar se eu sou feliz como capelão eu responderia que diante da dor eu sou feliz.

3.3.7 Entrevista com SLPA1

Pe: Como você se sente em relação ao seu atual estado de saúde?

Pa: Isso é uma coisa que eu sempre tive medo. Sempre tive medo de ficar internado, tanto que eu até me tratei por um período do pânico de ficar internado. Quando aconteceu essa situação e eu tive que perder o medo. Uma coisa que eu nunca imaginava que iria passar e agora estou passado, mas se é para minha melhora eu tenho que ficar.

Pe: Qual problema de saúde acarretou na sua internação hospitalar?

Pa: Eu tive uma paralisia nas pernas e na bexiga que eles investigaram e parece que é uma Síndrome de Mielite, onde travou as pernas e a urina. Eu vim aqui, graças a Deus com o recursos do hospital e com a medicação estou bem melhor.

Pe: Você atribui o seu atual estado de saúde a algo?

Pa: Não atribuo a nada. É algo que eu nunca imaginei que passaria, mas tenho que passar e pronto. É igual dizem que Deus nunca dá coisa maior que a gente não possa carregar, então se essa é a coisa que eu devo carregar, eu vou carregar.

Pe: Você participa de algum grupo religioso? O que isso significa para você?

Pa: Eu já participei quando eu era bem mais novo do grupo de jovens na Igreja Católica de Nossa Senhora da Aparecida em Novo Esteio. Me ajudou bastante, mas na parte da catequese e crisma. Me ajudou muito como pessoa.

Pe: Como você se sente em relação ao atendimento prestado pela pastoral hospitalar?

Pa: Ótimo. Sempre vem aqui, me visitam, rezam, me dão o corpo de Cristo, eu sempre aceito. De vez em quando eu vou lá à capela, rezo, o atendimento é fora do comum. Isso me ajuda muito porque a presença de Deus sempre ajuda, Deus é tudo.

Pe: Na sua opinião qual seria o papel da capelania hospitalar?

Pa: Eu acho que eles trazem esperança para as pessoas, que Deus pode tudo, Deus cura as pessoas. Não é só você depender de alguma coisa, se você não tiver Deus não terá cura. Se você tem Deus, com certeza vai se curar. E isso é o serviço que eles fazem, trazem Deus até nós. O papel deles é trazer esperança para as pessoas melhorarem.

Pe: A partir da sua experiência de enfermidade você enxerga ou sente a presença de Deus? Explique.

Pa: Sim. Se não fosse ele eu não teria melhorado. Com a força de Deus, de Nossa Senhora da Aparecida, de Cristo, de tudo que é espiritualidade, eu não teria melhorado. Claro, os médicos ajudam, mas a força divina também ajuda.

Pe: Qual o papel da sua família?

Pa: Ótimo. Em nenhum momento me abandonou, sempre estiveram junto comigo me dando apoio, força e fé.

Pe: Algo mais que você gostaria de contar ou acrescentar?

Pa: Só a minha melhora mesmo, que graças a Deus eu tive uma melhora muito boa que pensava que não teria. Graças aos médicos, a Deus, eu devo tudo isso a eles, a minha melhora.

3.3.8 Entrevista com SLPA2

Pe: Como você se sente em relação ao seu atual estado de saúde?

Pa: Eu nunca parei em um hospital. Diz a história que eu fiquei uma noite em um hospital em 1958, por ter comido coquinho de palmeira demais, o que me deu uma congestão e aí eu desmaiei em sala de aula, me mandaram para o hospital, fui de tarde e voltei no dia seguinte. É a única lembrança de ter ficado em um hospital. Ultimamente, de dois anos para cá é que começou com dor aqui e ali e agora já passei dez dias aqui, quinze na Santa Casa e mais dez dias aqui. Então é uma experiência diferente porque você sempre teve muito dinamismo, muita correria, fazer muitas coisas e de repente você tem de ficar parado. Você tem uma série de atividades para fazer e de repente você tem de interromper tudo isso. Então a sensação é de certa frustração e que você precisa de ajuda dos outros para tentar resolver aquilo que você estava acostumado a resolver.

Pe: Você poderia contar o que aconteceu?

Pa: Sim. Em agosto de 2013 eu fui para o Amazonas e fiquei lá quinze dias visitando entidades daqui da PUCRS e dos irmãos maristas que é uma instituição fundada na França em 1817. Eu sou auxiliar de tesouraria da Congregação Irmãos Maristas. Quando eu voltei do Amazonas comecei a me sentir fraco, sentindo falta de ar, sem vontade de trabalhar, só queria dormir. Eu vim aqui, fiz testes, me deram soro. Fiz exame de dengue, malária e não deram nada. Continuei trabalhando e fazendo exames para ver se detectavam alguma coisa. Em agosto de 2014, ano passado, um dia eu fui ali atravessar a rua perto da Santa Casa eu quase não consigo chegar do outro lado. Fui me arrastando no muro do colégio, me levaram para o hospital e não constataram nada. Fui me sentindo mais cansado e fiz exame de tudo, pulmão, cabeça. Acharam que eu estava com depressão, fui ao psiquiatra e nada. Um ano depois daquele episódio, fazendo um exame do coração o médico disse “tem alguma coisa errada” e me perguntou “você já teve dor nas pernas?”, eu respondi que sim e ele disse “você tem uma embolia pulmonar, uma veia que aparece e depois interrompe”. Eles dão um líquido na sangue que aparece no Raio-X, e mostrou que tinha um coágulo que se forma na barriga da perna e vem subindo pela perna o sangue venoso e chega no coração. Quando chega ao coração ele manda para dois lugares: ou manda para cabeça, AVC, ou manda para o pulmão e causa um colapso. No meu caso ficou no meio esse coágulo, então

estou com uma veia entupida que não deixa o sangue chegar o pulmão, então por isso tenho falta de ar. Comecei um tratamento que não deu certo. Eu vim para cá e constataram uma fibrose pulmonar, uma parte do pulmão que fica dura, não volta mais. Estão tentando ver se com o remédio volta ao normal. E também descobriram que eu tenho uma virose generalizada, que é congênita e significa que eu posso ter nascido com ela. Um vírus que está no corpo, o corpo sempre foi resistindo, quando o corpo começou a enfraquecer, o vírus tomou conta. Ele está vencendo a batalha e agora nós é que vamos brigar com ele. Então amanhã ou depois vou iniciar um tratamento contra essa virose porque ainda não está especificada, os exames dependem de laboratórios de fora. E quando vier o resultado eles começam o tratamento e vai ter briga entre o vírus e a imunidade. O médico quer que eu permaneça mais tempo no hospital para acompanhar isso aí.

Pe: Você atribui o seu atual estado de saúde a algo?

Pa: Não tenho explicação da origem disso aí. Eu sempre tive uma vida regular. As refeições sempre na hora, não tive excessos de nada, uma vida muito regrada. O médico também não sabe dizer a possível origem disso. Por exemplo, dizem que essa fibrose acomete pessoas que fumaram e eu nunca fumei. Então é difícil de dizer a causa dessas doenças, porque nem os médicos sabem me explicar.

Pe: O que isso significa para você ser um católico?

Pa: Eu sou pertencente à entidade religiosa católica chamada Irmãos Maristas, que trabalha, principalmente, no setor de educação com pessoas mais necessitadas. Claro que para trabalhar com pessoas mais necessitadas você precisa ter alguma fonte de renda, então temos muitos colégios, escolas, umas pagas e outras totalmente gratuitas. Agora, perante o governo temos a entidade jurídica que é mantenedora da PUCRS que se chama União Brasileira de Educação e Assistência. Participar deste grupo é uma opção de vida que você faz. Você pode se dirigir para o matrimônio, isto estou falando dentro do catolicismo porque nas igrejas protestantes é um pouco diferente essa visão, se você optou por uma coisa, você deixa outras. No protestantismo a pessoa pode ser um presbítero, diácono e também pai de família. Para nós é diferente, se a pessoa é um padre, sacerdote ou freira, ele é aquilo e tem que esquecer a outra parte. Eu fui aluno de um colégio marista e um dia o diretor me perguntou assim “não foi você que me disse que queria ser um irmão marista?”, porque há sessenta anos eram só irmãos que trabalhavam nas escolas, não tinha professores leigos, mas eu disse que sim e fiz

toda a parte formativa e preparação. Estou me sentindo bem e realizado pelo trabalho que já fiz e satisfeito dentro desta instituição e pela vida que estou levando.

Pe: Como você se sente em relação às intervenções da capelania hospitalar?

Pa: Todos os dias vem alguém da pastoral, ou é um sacerdote, no caso a pessoa se identifica se é católica ou adventista, luterana, então tem vários que atendem. No caso dos católicos, tem o sacerdote que vem de vez em quando e os ministros da Eucaristia, que trazem a comunhão para quem não consegue ir para a missa, participar de uma cerimônia religiosa. É bem simples, mas acho que eles atendem bastante bem porque com doentes tem que ser pouca coisa, você não pode ficar enchendo o doente. Eu brinco com os enfermeiros que vem e dizem “e aí tudo bem?”, eu digo “tudo bem uma vírgula, um cara que está no hospital não pode estar bem, e vocês fazem sempre a mesma pergunta para ele, entrem, conversem, mas não perguntem se está tudo bem porque não está”. As ministras da Eucaristia atendem, dão uma palavrinha, fazem uma oração e pronto. Com o doente eu penso que tem de ser assim, breve, não pode fazer um sermão para ele. Dentro do catolicismo tem uma teologia do sofrimento, o que nas igrejas protestantes não tem. Uma parte dos católicos, isso vem lá da idade média, prega que o homem tem que sofrer porque o sofrimento é que leva à salvação e pelo fato de Jesus ter morrido para nos salvar. Eu acho que isso não é uma boa filosofia. O sofrimento existe porque é inerente ao ser humano sofrer, ter doenças, mas não que precise procurar. Dizer que para eu me santificar, ser um bom cristão eu tenho de sofrer, nada disso. Essa teologia não é uma coisa boa. Por isso que quem faz as visitas deve trazer palavras de consolo, ajudar o paciente aceitar como algo natural da pessoa humana e não algo que Deus quer. Deus quer que você tenha uma vida sadia e não doença o tempo todo. Se Deus criou tudo eu não acredito que ele tenha criado o mal para prejudicar as pessoas.

Pe: Na sua visão qual seria o papel da capelania hospitalar?

Pa: A fé, a religião sempre foi alguma coisa básica para a vida humana. Todas as religiões, mesmo as budistas, taoistas, mulçumanas, é uma coisa fundamental para a pessoa. Alguém que diz “graças a Deus, eu sou ateu”, invoca algo de religião para dizer que não é, então há uma certa contradição. A religião sempre foi algo de sustento para as pessoas, e quase todas as pessoas têm um lado que pende para esse lado religioso, e aquilo é algo que satisfaz a vida delas. O

Marx dizia que “a religião é o ópio do povo”, depende de como você interpreta essa frase ele tem certa razão, mas por outro lado não. Eu não posso fazer da religião alguma coisa que comande a minha vida, sem eu comandar a religião, sou eu quem decide e não o outro quem vai decidir por mim. Então a parte religiosa que as pessoas atendem, tem de ser uma coisa mais de animação, de consolo, fazer com que a pessoa procure se sentir bem, mesmo estando doente ela tem que pensar em um Deus que quer que você viva, trabalhe, faça algo normal. O hospital é algo anormal na vida, mas que vai acontecer. Então o papel dos pastoralistas dentro do hospital é esse: consolo, visita, baseado na religião.

Pe: A partir da sua experiência de enfermidade você sente ou enxerga a presença de Deus.

Pa: Eu acho que mesmo que a gente não manifeste isso publicamente, não faça da oração, catequese, participação litúrgica algo de essencial na sua vida, para todas as pessoas existe alguma coisa relacionado com fé e com um ser superior. Minha experiência é normal de uma pessoa que crê que existe algo além de nós, como é, isso é um mistério. A gente imagina várias coisas, mas não tem muito concreto. Onde está o fundamento de que eu creio em alguma coisa é a fé. Isso ajuda a pessoa, como eu acreditar que existe um Deus criador e um dia vou me encontrar com ele. Isso me anima, me ajuda, me faz viver, então é uma coisa boa. Dizem os teólogos que se o homem desaparecer da terra desaparece Deus, pois quem vai pensar em Deus se não for o homem? O animal não pensa, o homem é quem pensa. Não é algo criado pelo homem, mas inerente à natureza humana.

Pe: Você gostaria de contar ou acrescentar algo mais?

Pa: É uma fase da minha vida que eu gostaria que não acontecesse. Mas, a gente sabe que com peso dos anos faz com que a natureza se deteriore e vai ficando mais fraca, então você tem de utilizar tudo isso aí. Claro que eu não gostaria que isso acontecesse, mas é natural. Eu tenho que me conformar com o que está acontecendo, não adiante eu querer ir ao supermercado e carregar uma caixa de doze litros, não consigo, então não vou e deixo para outros fazerem isso. Iguais aqui em Porto Alegre fazem várias corridas, contra a AIDS, contra a gripe, eu não vou mais porque não consigo. Você tem de admitir suas limitações, aceitar e procurar a solução para que outros façam, você não tem de salvar o mundo, deixa um pouco para os outros também. Estou tranquilo porque os médicos, com bastante dificuldade, descobriram alguma coisa, porque você levar dois anos para descobrir o

que você tem ou é por uma ineficiência da medicina ou não querem, porque existe muito comércio relacionado com a saúde. Mas estou tranquilo, vou fazer o tratamento e ver se consigo superar tudo isso, porque a gente sempre faz uma comparação porque na minha família já tiveram isso e passaram dos noventa anos. Agora a experiência de ficar em um hospital, sem fazer nada, dá a sensação de que a coisa não está boa, mas se deve levar isso na esportiva e saber que é algo natural para sua vida.

3.4 Análise de Conteúdo das Entrevistas

O conteúdo transcrito das entrevistas foi submetido à primeira etapa da AC que consistiu na pré-análise dos dados através de uma leitura em profundidade de todo material coletado, observando o que corroborava com os objetivos da pesquisa.

Foi realizada a seleção de quatro entrevistas para as próximas etapas, sendo duas entrevistas de cada instituição coparticipante tendo um capelão e um paciente representando as mesmas.

Na segunda etapa foi realizada a exploração do conteúdo das quatro entrevistas selecionadas, com a definição das unidades de análise de acordo com a natureza do problema de pesquisa e os seus objetivos pré-definidos, que forneceram as informações para a etapa seguinte.

Na terceira etapa procedeu-se, a partir das unidades de análise, a categorização com a classificação dos elementos do texto em categorias iniciais, intermediárias e finais; e a descrição destas categorias aonde se expressou as significações extraídas das mensagens analisadas.

O último passo desta etapa que seria a interpretação do conteúdo explorado e as inferências, a partir dos pressupostos teóricos da pesquisa, estão descritos no próximo capítulo.

3.4.1 Resultados

A apresentação e tratamento dos resultados seguiu a abordagem proposta por D.C. Oliveira:

Os resultados poderão ser apresentados em forma de descrições cursivas, acompanhadas de exemplificação de unidades de registro

significativas para cada categoria ou, ainda, em forma de tabelas e gráficos, quadros seguidos de descrições cursivas e outros.²³⁰

Os dados que caracterizam os participantes desta pesquisa estão sumarizados nas Tabelas 1 e 2. Os mesmos foram obtidos a partir do Instrumento de Coleta de Dados e do conteúdo das entrevistas.

Tabela 1. Sumarização dos dados dos capelães entrevistados das instituições coparticipantes

Participantes	MVCA1	MVCA2	SLCA1	SLCA2
Idade	53 anos	24 anos	48 anos	52 anos
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Estado Civil	Casada	Casada	Solteira	Solteiro
Formação Acadêmica	Enfermagem/ Psicologia/ Teologia	Teologia	Teologia/ História	Teologia/ História
Confessionalidade	Luterana	Luterana	Católica	Católico
Tempo de Capelania	16 anos	3 anos	10 anos	3 anos

Os dados obtidos permitem observar que os capelães entrevistados tem idades entre 24 e 53 anos, sendo três do sexo feminino e um do sexo masculino. A formação acadêmica predominante é a Teologia e a confessionalidade dos entrevistados no HMV é luterana; e dos entrevistados do HSL, católica. O tempo de capelania varia de três a dezesseis anos. A capelã MVCA1 destacou outros momentos da sua formação para o exercício da capelania, como o fato de ter cursado uma especialização em psico-oncologia para aprimorar a sua atuação junto aos enfermos, o que fez com que ela ingressasse na graduação em psicologia, demonstrando uma interação com outras áreas do saber.

Tabela 2. Sumarização dos dados dos pacientes entrevistados das instituições coparticipantes

Participantes	MVPA1	MVPA2	SLPA1	SLPA2
Idade	51 anos	49 anos	25 anos	70 anos
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino
Estado Civil	Casado	Casado	Casado	Solteiro

²³⁰ OLIVEIRA, DC. 2008, p. 572.

Nível de Escolaridade	Superior Completo	Superior Completo	Ensino Médio completo	Superior Completo
Confessionalidade	Católico	Católico	Católico	Católico
Profissão	Bancária	Professora	Encarregado de produção	Frei Marista
Participação em uma comunidade de fé	Raramente participa	Raramente participa	Raramente participa	Participa com frequência

Os dados obtidos evidenciam que os pacientes entrevistados possuem idades entre 25 a 79 anos, sendo dois do sexo feminino e dois do sexo masculino. A confessionalidade religiosa predominante é a católica, porém, apenas um dos entrevistados participa com frequência de uma comunidade de fé. O grau de instrução predominante é o superior completo.

O rico conteúdo das entrevistas com os participantes capelães MVCA1 e SLCA2, e com os participantes pacientes MVPA1 e SLPA2, conforme o método da AC, foram categorizados para uma posterior interpretação e são descritos nos quadros a seguir.

Quadro 1 – Categorização Inicial, Intermediária e Final dos dados obtidos nas entrevistas com dois capelães participantes do estudo

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Sem expectativas iniciais quanto à reação do enfermo	Atitudes nas visitas	Espiritualidade encarnada determinante da atitude empática com o paciente
Colocar-se ao lado do paciente		
Não oferecer serviço religioso na primeira visita		
Assistir e cuidar do paciente		
Animar o paciente quanto a sua melhora		
Mostrar ao paciente que Deus deseja sua cura		
Enxergar o outro como o seu semelhante		
Assistir o paciente em todas as fases da doença		
Não julgamento da situação do paciente		
Priorizar a escuta ao enfermo (faltou linha divisória)		
Não catequizar as pessoas		
Esperar o paciente manifestar o que deseja		
Disponibilidade para atender o paciente		
Sente-se com um instrumento de Deus	Espiritualidade do Capelão	
Despoja-se de si mesmo		
Coloca-se nas mãos de Deus		
Acredita em Deus como fonte de esperança e amor		
Prática de momentos de oração, meditação e reflexão		
Enxerga Deus como pai e providente		
Acredita que Deus ampara e caminha com o enfermo		
Acredita na ação do Espírito Santo nas visitas		
Pede orientação e inspiração de Deus ao entrar no quarto	Respostas dos pacientes na visão do capelão/ã	
Pedidos de oração		
Pedidos de bênção		
Respeito e acolhimento para com os capelães		
Pedidos para estar ao lado		
Sente-se assistido e cuidado		
Relação de confiança		
Todos acolhem bem as visitas independente da religião		
Sensação de alívio e bem-estar		
Franqueza do capelão na abordagem da doença		
Fragilidade emocional e questionamentos existenciais		
Abertura para conversas existenciais		Causa das doenças na perspectiva do capelão ou capelã
Não relação entre doença e mal		
Consideração de histórico de doenças		
Não atribuição de ser castigo de Deus		
Consideração do envelhecimento		

Atribuição de causas multifatoriais			
Atribuição de má alimentação e maus hábitos de vida			
Contribuir para a melhora da qualidade de vida	Objetivo da capelania hospitalar	A assistência integral como paradigma nas relações entre capelães, pacientes, profissionais e familiares	
Transmitir conforto e esperança			
Aliviar a dor física e espiritual do paciente			
Zelar pelo cuidado integral do enfermo			
Zelar pelo cuidado integral dos familiares			
Zelar pelo cuidado integral dos profissionais			
Colocar-se ao lado do paciente na sua dor e sofrimento			
Acompanhamento espiritual			Suporte do capelão/ã
Acompanhamento psicológico			
Parte da assistência integral ao paciente	Relação entre capelães/ãs e demais profissionais da instituição		
Acesso ao prontuário dos pacientes			
Participação na elaboração de condutas			
Parceria e troca com os demais profissionais			
Respeito e reconhecimento			
Solicitação de visitas dos outros profissionais			
Passar por uma experiência de hospitalização	Motivações para o trabalho de capelania		
Necessidade de cuidar			
Chamado de Deus			
Opção de vida			
Aprendizado com o paciente			
Desenvolvimento de amizade com os pacientes			
Felicidade em atuar como capelão/ã			

A primeira categoria final 1 foi denominada *Espiritualidade encarnada determinante da atitude empática com o paciente* e derivou das categorias iniciais e intermediárias conforme o quadro abaixo:

Quadro 2 – Dados referentes à categoria final 1

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Sem expectativas iniciais quanto à reação do enfermo	Atitudes nas visitas	Espiritualidade
Colocar-se ao lado do paciente		
Não oferecer serviço religioso na primeira visita		
Assistir e cuidar do paciente		
Animar o paciente quanto a sua melhora		
Mostrar ao paciente que Deus deseja sua cura		
Enxergar o outro como o seu semelhante		
Assistir o paciente em todas as fases da doença		
Não julgamento da situação do paciente		
Priorizar a escuta ao enfermo (faltou linha divisória)		
Não catequizar as pessoas		

Esperar o paciente manifestar o que deseja	Espiritualidade do capelão/ã	encarnada determinante da atitude empática com o paciente
Disponibilidade para atender o paciente		
Sente-se como um instrumento de Deus		
Despoja-se de si mesmo		
Coloca-se nas mãos de Deus		
Acredita em Deus como fonte de esperança e amor		
Prática de momentos de oração, meditação e reflexão		
Enxerga Deus como pai e providente		
Acredita que Deus ampara e caminha com o enfermo		
Acredita na ação do Espírito Santo nas visitas		
Pede orientação e inspiração de Deus ao entrar no quarto		
Pedidos de oração	Respostas dos pacientes na visão do Capelão	
Pedidos de bênção		
Respeito e acolhimento para com capelães/ãs		
Pedidos para estar ao lado		
Sente-se assistido e cuidado		
Relação de confiança		
Todos acolhem bem as visitas independente da religião		
Sensação de alívio e bem-estar		
Franqueza do capelão na abordagem da doença		
Fragilidade emocional e questionamentos existenciais		
Abertura para conversas existenciais	Causas das doenças na perspectiva do capelão/ã	
Não relação entre doença e mal		
Consideração de histórico de doenças		
Não atribuição de ser castigo de Deus		
Consideração do envelhecimento		
Atribuição de causas multifatoriais		
Atribuição de má alimentação e maus hábitos de vida		

A categoria final *Espiritualidade encarnada determinante da atitude empática com o paciente* foi construída a partir dos relatos da capelã MVCA1 e do capelão SLCA2, ao abordarem sobre as suas atitudes como capelães durante as visitas, o papel da espiritualidade no trabalho de capelania, as reações dos pacientes quanto às intervenções da capelania e as percepções dos capelães quanto às causas das doenças.

Em ambas as entrevistas foram possíveis captar que a espiritualidade é determinante na forma de trabalho do capelão/ã, assim como a recepção dos pacientes às visitas da capelania na ótica dos capelães. A maneira como capelão e capelã cultivam sua espiritualidade individualmente é transmitida e sentida no momento de assistir ao paciente. Por isso é uma espiritualidade encarnada, não

restrita ao transcendente, mas imanente em relação ao próximo. Reproduzimos novamente abaixo alguns trechos da transcrição das entrevistas que exemplificam isto:

Eu sei que ali está uma pessoa enferma, muitas vezes com os familiares, acompanhantes, mas eu entro pedindo a orientação de Deus para aquela situação daquele paciente e aí eu me coloco ao lado desse paciente para fazer as intervenções que forem necessárias. (MVCA1)

Eu procuro entrar em um quarto do paciente como se eu tivesse livre de mim, eu sei que é difícil fazer isso porque nós temos nossas coisas internas ali envolvidas, mas eu procuro me colocar como um instrumento de Deus ali naquele momento, então eu peço que ele me guie e eu sinto que ele me guia. (MVCA1)

Não estamos aqui para catequizar as pessoas, mas nós mostramos um Deus que é esperança, amor, pai, um Deus que caminha com as pessoas e quer que sejam curadas. (SLCA2)

Ao que parece, a reação dos pacientes às intervenções da capelania demonstram que eles percebem os capelães como pessoas capacitadas para assisti-los nas suas necessidades espirituais, por meio dos pedidos de orações, bênçãos e Eucaristia. A presença do capelão ou capelã é associada à sensação de cuidado, bem-estar e alívio do sofrimento. Muitas vezes, é estabelecida uma relação de confiança entre capelão/ã e paciente, o que permite a abertura para o tratamento de questões mais profundas do paciente, como se pode notar em algumas entrevistas. Alguns trechos da transcrição que exemplificam isto:

Vejo que as pessoas enfermas confiam muito em nós, não sei se porque estão mais sensíveis e solitárias aqui no hospital e elas de certa forma veem na pessoa do padre ou da irmã ou do voluntário, elas confiam muito, e percebem que conquistamos um espaço para trabalhar e levar a palavra de Deus. (SLCA2)

Então tinha uma senhora que estava muito debilitada, triste, acho que com início de depressão e daí eu fui ao leito em que ela estava e ela começou a falar, e falou por 45 minutos da vida dela e contou toda a sua história. Depois me disse “agora você pode me dar uma bênção porque eu finalmente consegui falar com alguém que me ouviu”.
(SLCA2)

Nós estamos ali disponíveis para aquele paciente, para aquela necessidade daquele paciente, muitas vezes eles nos pedem oração, uma bênção ou não nos pedem nada, simplesmente querem que fiquemos ali ao lado deles naquele momento. (MVCA1)

Os trechos transcritos acima expõem a percepção dos capelães/ãs de que de fato conseguem conquistar a confiança dos pacientes, uma vez que estabelecem uma relação de empatia, deixando o paciente à vontade para relatar fatos da sua vida quem tem importância para aquele momento de enfermidade. Os pacientes também tem muito clara a figura do capelão ou capelã como alguém que está ao lado deles, mas parece que sentem isto intuitivamente pela própria necessidade de alguém que as ouça ou dê força.

A segunda categoria final foi denominada *Assistência integral como paradigma para as relações entre capelães/ãs, pacientes, familiares e profissionais* e derivou das categorias iniciais e intermediárias conforme o quadro abaixo:

Quadro 3 – Dados referente à categorial final 2

Contribuir para a melhora da qualidade de vida	Objetivo da capelania hospitalar	Assistência integral como paradigma para as relações entre capelães/ãs, pacientes, familiares e
Transmitir conforto e esperança		
Aliviar a dor física e espiritual do paciente		
Zelar pelo cuidado integral do enfermo		
Zelar pelo cuidado integral dos familiares		
Zelar pelo cuidado integral dos profissionais		
Colocar-se ao lado do paciente na sua dor e sofrimento		
Acompanhamento espiritual	Suporte do capelão/ã	
Acompanhamento psicológico	Relação entre os capelães/ãs e demais profissionais da	
Parte da assistência integral ao paciente		
Acesso ao prontuário dos pacientes		

Participação na elaboração de condutas	instituição	profissionais
Parceria e troca com os demais profissionais		
Respeito e reconhecimento		
Solicitação de visitas dos outros profissionais		
Ter passado por uma experiência de hospitalização	Motivações para o trabalho de capelania	
Necessidade de cuidar		
Chamado de Deus		
Opção de vida		
Aprendizado com o paciente		
Desenvolvimento de amizade com os pacientes		
Felicidade em atuar como capelão/ã		

A segunda categoria final foi denominada *Assistência integral como paradigma para as relações entre capelães/ãs, pacientes, familiares e profissionais* foi construída através da exposição dos objetivos da capelania hospitalar, o suporte e as motivações dos capelães/ãs para o seu trabalho, e no relacionamento entre estes e demais profissionais das instituições coparticipantes.

Para os capelães/ãs o objetivo da capelania hospitalar é zelar pelo cuidado integral de pacientes, familiares, demais profissionais envolvidos e de si mesmos. A assistência integral, conforme os seus depoimentos, é o *modus operandi* das instituições coparticipantes e a existência de um serviço de capelania referenda esta visão. Segue abaixo alguns trechos das entrevistas que exemplificam como o cuidado integral está presente nos serviços de capelania pesquisados:

Tanto quanto o serviço de enfermagem e os outros serviços assistenciais como médico, fisioterapia, nutrição, tudo contribui para a qualificação de vida ou do que resta da vida daquele paciente.
(MVCA1)

Mas a capelania hospitalar é importante porque ela chega ou pode chegar de uma maneira tão próxima que pode aliviar a dor interna daquele paciente, não só a dor física, mas dor espiritual que não tem remédio que cura. (MVCA1)

O objetivo da capelania é zelar pelo cuidado integral do enfermo, familiares e profissionais da saúde, promovendo a evangelização nas dimensões humana e religiosa. (SLCA2)

Os próprios capelães/ãs reconhecem a necessidade do cuidado de si mesmos como fundamental para o seu trabalho, sobretudo, devido ao desgaste emocional e espiritual que poderão sofrer por lidar com situações de dor e sofrimento quase que diariamente. Este cuidado de si deve abarcar o cuidado de todas as dimensões, tendo como o cerne a espiritualidade.

Claro, a gente precisa de um suporte, agora fazendo o curso de psicologia eu tenho um acompanhamento psicoterápico, precisamos ter alguém para discutir questões, mas acho que o nosso caminho mais direto é Deus, colocar para ele as nossas questões, isso me ajuda muito: as orações, os momentos de reflexões, meditações, momentos comigo mesma. (MVCA1)

A relação entre capelães/ãs e demais profissionais das instituições é pautada pelo respeito, colaboração e reconhecimento da importância do serviço de capelania para assistir integralmente os pacientes. Em uma das instituições pesquisadas, as capelãs têm participação ativa nas discussões sobre os tratamentos dos pacientes, tendo acesso a prontuários e podendo descrever condutas e solicitar atendimentos de outros profissionais. Os capelães/ãs também são responsáveis pela espiritualidade destes profissionais, o que reforça a visão de integralidade para com aqueles que cuidam.

Nós estamos no organograma do hospital, em vários documentos normativos do hospital, nós fazemos parte da assistência integral do paciente, tanto quanto os outros profissionais, nem mais e nem menos. Tanto é que temos a liberdade de escrever no prontuário do paciente, assim como um médico, uma enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista, cada um de nós faz SOC do paciente, onde o S é o que você vê como subjetivo como se o paciente está triste ou acamado, ou seja, o teu olhar subjetivo. A letra O é o objetivo, o que o paciente te fala, tipo

“estou com dor” ou “estou triste”, “estou revoltado”, “não veio isso”. A letra C é o que você faz com aquelas informações, o que você vai fazer através daquilo que você viu e o paciente não disse e através daquilo que ele expressou e descrever a sua conduta. (MVCA1)

Eu vejo que tem um grande respeito pelo nosso trabalho, confiam e apostam no trabalho que fazemos. Temos uma parceria interessante. Às vezes outros profissionais nos convidam para benzer consultórios, espaços que estão reformando e assim por diante. (SLCA2)

Foi possível observar que capelães/ãs integram suas próprias experiências de vida com a vocação para assistir pessoas enfermas. Encaram não somente como uma profissão, mas sim como uma opção de vida direcionada por Deus. Ainda que em meio a enfermidade, eles conseguem encontrar felicidade, satisfação e criar vínculos de amizade.

Também diante da dor você faz muita amizade, tem pessoas que vem do interior e depois me convidam para ir até a casa deles, até na praia eu já fui convidado, eles voltam para agradecer, isso é muito gratificante, sinal de que você fez algo de bom para elas. Se você me perguntar se eu sou feliz como capelão eu responderia que diante da dor eu sou feliz. (SLCA2)

Eu fiz uma cirurgia intracraniana para retirar um tumor do cérebro há vinte e sete anos atrás e essa experiência me aproximou de um hospital, assim como eu fui cuidada eu senti necessidade de cuidar. (MVCA1)

Ele vai me moldando para esse trabalho que eu me dispus a fazer, porque agora com a minha idade eu sinto que eu escolhi, no começo talvez eu fui direcionada, mas agora estou aqui porque escolhi. (MVCA1)

Quadro 4 – Categorização Inicial, Intermediária e Final dos dados obtidos nas entrevistas com dois pacientes participantes do estudo

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Crença em um ser superior	Espiritualidade do paciente	A espiritualidade como suporte no enfrentamento da doença
Herança familiar		
Acredita que o cultivo da espiritualidade ameniza as dores		
Crer em Deus ajuda o enfermo a lutar pela vida		
Acredita que Deus é o responsável pela melhora da saúde		
Considera a Eucaristia como alimento espiritual		
Acredita na oração e na fé como suporte para superar a doença		
Acredita que Deus está junto nos momentos mais difíceis		
Acredita que Deus é amor		
Não tem uma explicação		
Fraqueza do corpo		
Não atribui a Deus		
Inerente ao ser humano		
Dificuldades normais da vida		
Vontade de Deus	Participação em uma comunidade de fé	
Necessária para prestar serviço ao próximo		
Necessário para prestar serviço a Deus		
Opção de vida		
Necessária para o cultivo do amor e da espiritualidade		
Necessária para se fortalecer e enfrentar a doença		
Acolhimento	Sentimentos do enfermo em relação ao atendimento da capelania	A capelania hospitalar como companheira de caminhada no sofrimento do enfermo
Companheirismo		
Atendimento às necessidades espirituais		
Prestam um bom atendimento		
Trazem palavras de conforto		
Sensação de cuidado		
Auxilia o paciente a compreender a doença	Objetivo da capelania hospitalar	
Estimular a espiritualidade nos pacientes		
Trazer uma palavra de conforto e esperança		
Animar o paciente quanto a sua melhora		
Fazer o paciente enxergar novas perspectiva sobre sua vida		
Fazer com que o paciente sinta-se bem		
Animar e consolar o paciente		
Não fazer proselitismo religioso		
União familiar no sofrimento	A relação familiar do	
Reconfiguração do estilo de vida da família		

A família como um conforto de Deus	paciente	A compreensão da enfermidade como transformadora de valores e estilo de vida
Incentivo à espiritualidade		
Esperança na melhora da saúde	Sentimentos do enfermo em relação ao estado de saúde	
Mudança na rotina de vida		
Gostaria que não tivesse acontecido		
Interrupção de projetos		
Frustração e impotência		
A doença como algo inesperado		
Sensação de que a vida se resume a doença e ao hospital		
Fé na recuperação		

A terceira categoria final foi denominada *Espiritualidade como suporte no enfrentamento da doença* e derivou das categorias iniciais e intermediárias conforme o quadro abaixo:

Quadro 5 – Dados referente à categorial final 3

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Crença em um ser superior	Espiritualidade do paciente	A espiritualidade como suporte no enfrentamento da doença
Herança familiar		
Acredita que o cultivo da espiritualidade ameniza as dores		
Crer em Deus ajuda o enfermo a lutar pela vida		
Acredita que Deus é o responsável pela melhora da saúde		
Considera a Eucaristia como alimento espiritual		
Acredita na oração e na fé como suporte para superar a doença		
Acredita que Deus está junto nos momentos mais difíceis		
Acredita que Deus é amor		
Não tem uma explicação	Causa das doenças	
Fraqueza do corpo		
Não atribui a Deus		
Inerente ao ser humano		
Dificuldades normais da vida	Participação em uma comunidade de fé	
Vontade de Deus		
Necessária para prestar serviço ao próximo		
Necessária para prestar serviço a Deus		
Opção de vida		
Necessária para o cultivo do amor e da espiritualidade		
Necessária para se fortalecer e enfrentar a doença		

A categoria *Espiritualidade como suporte no enfrentamento da doença* foi construída a partir dos relatos dos pacientes sobre a sua relação com o divino, a relação com alguma comunidade de fé e a percepção das causas do estado de saúde. Os pacientes explicitaram a crença em um ser superior, em alguns momentos nominando abertamente este ser como Deus, e como ter fé em Deus os ajuda no enfrentamento da doença e na melhora da sua saúde. Raramente apareceu a figura de Jesus.

Me sinto muito bem, pois entrei aqui dentro bem ruim, mas nunca deixei de ter esperança e a confiança de que eu iria melhorar, e acredito nisso devido a minha fé, a minha espiritualidade é uma continuidade dos meus pais, pois eu venho de uma família que me ensinou a ter essa espiritualidade e acreditar que existe um ser superior e que este ser superior é Deus, e que esse é Deus é fé, amor, um caminho que a gente precisa acreditar. (MVPA1)

Você sempre pede Deus para estar junto. Eu acredito que em todos os momentos eu pedi para que ele estivesse comigo. Nos momentos mais difíceis eu pude sentir que ele estava comigo, porque as dores mais fortes que imaginava que teria foram mais amenas. (MVPA1)

Onde está o fundamento de que eu creio em alguma coisa é a fé. Isso ajuda a pessoa, como eu acreditar que existe um Deus criador e um dia vou me encontrar com ele. Isso me anima, me ajuda, me faz viver, então é uma coisa boa. (SLPA2)

Nenhum dos pacientes entrevistados atribuiu a sua enfermidade a um castigo de Deus ou mal dado colocado por Ele, porém, todos compreendem que uma doença tem causas multifatoriais como maus hábitos de vida, envelhecimento normal inerente ao ser humano ou sem uma explicação aparente. Neste aspecto, esses pacientes demonstram uma espiritualidade sadia que entende Deus como um Deus de amor que caminha com eles na dor, no sofrimento, na solidão, mas também na melhora das condições de saúde.

Não tenho explicação da origem disso aí. Eu sempre tive uma vida regular. As refeições sempre na hora, não tive excessos de nada, uma vida muito regrada. O médico também não sabe dizer a possível origem disso. (SLPA2)

O sofrimento existe porque é inerente ao ser humano sofrer, ter doenças, mas não que precise procurar. Dizer que para eu me santificar, ser um bom cristão eu tenho de sofrer, nada disso. Essa teologia não é uma coisa boa. Deus quer que você tenha uma vida sadia e não doença o tempo todo. Se Deus criou tudo eu não acredito que ele tenha criado o mal para prejudicar as pessoas. (SLPA2)

Cada um tem as suas dificuldades que passa na vida e a doença é um dos momentos de fraqueza que nosso corpo enfrenta. Mas não foi Deus que me deu essa doença. (MVPA1)

Quanto à participação em uma comunidade de fé, apenas um dos pacientes entrevistados afirmou que participa com frequência. Mesmo assim, todos entrevistados ressaltaram a importância de participar ou de ter participado em algum momento da vida de um grupo religioso, principalmente, para cultivar a espiritualidade, servir ao próximo e fortalecer-se para enfrentar a doença.

Para a gente viver o que Deus quer nós precisamos participar de uma comunidade. Porque se não vivermos dentro de uma comunidade, vamos apenas ter uma experiência simbólica. Agora, vivendo em comunidade eu vou prestar serviço, vou estar atuante, participando de leituras, de grupos, de encontros, onde estarei prestando minha ajuda, tendo conhecimento, vivendo um relacionamento com Deus, aprimorando o amor e a espiritualidade. (MVPA1)

A quarta categoria final foi denominada *A capelania hospitalar como companheira de caminhada no sofrimento do enfermo* e derivou das categorias iniciais e intermediárias conforme o quadro abaixo:

Quadro 6 – Dados referente à categorial final 4

Acolhimento	Sentimentos do enfermo em relação ao atendimento da capelania	A capelania hospitalar como companheira de caminhada no sofrimento do enfermo
Companheirismo		
Atendimento às necessidades espirituais		
Prestam um bom atendimento		
Trazem palavras de conforto		
Sensação de cuidado		
Auxilia o paciente a compreender a doença		
Estimular a espiritualidade nos pacientes	Objetivo da capelania hospitalar	
Trazer uma palavra de conforto e esperança		
Animar o paciente quanto a sua melhora		
Fazer o paciente enxergar novas perspectiva sobre sua vida		
Fazer com que o paciente sinta-se bem		
Animar e consolar o paciente		
Não fazer proselitismo religioso		

A categoria *A capelania hospitalar como companheira de caminhada no sofrimento do enfermo* foi construída a partir do conteúdo das falas dos pacientes sobre os seus sentimentos quanto ao atendimento da capelania e o objetivo da capelania na visão deles. Os entrevistados expressaram o sentimento de acolhimento, cuidado e companheirismo que capelães/ãs transmitem durante as vistas. Eles também afirmaram que a assistência prestada por capelães/ãs trazem palavras de conforto e os auxiliam a compreender melhor a doença.

Eu acho ótimo porque é uma acolhida. Quando eu estava no CTI recebi a visita do pastor, ele sentou, conversou comigo, não me senti sozinha. Foi uma acolhida que eu recebi, e continuei recebendo. (MVPA1)

É um trabalho fundamental para o doente, a pessoa enferma precisa dessa palavra, porque muitas vezes você está desanimada, sem forças, sem energia, e daí chega aquela pessoa que faz uma oração para ti, traz uma palavra de conforto, de esperança e muda, te abre os caminhos, os pensamentos, então, eu acredito que esta pastoral é muito importante. (MVPA1)

Para os pacientes, os principais objetivos da capelania hospitalar em suma são: animar e consolar o paciente, trazer palavras de conforto e esperança, estimular a espiritualidade e ajudar o paciente a enxergar novas perspectivas sobre sua vida. Foi ressaltado o cuidado de não se fazer proselitismo religioso e nem impor nada ao paciente, deve-se deixá-lo à vontade para receber ou não as intervenções da capelania.

Não sei se em outras cidades funciona, mas aqui eu vejo que é de grande importância para pessoas que cultivam a sua espiritualidade. Eu creio que esta pastoral tem que continuar, sempre trabalhando para que não se perca. (MVPA1)

Então a parte religiosa que as pessoas atendem, tem de ser uma coisa mais de animação, de consolo, fazer com que a pessoa procure se sentir bem, mesmo estando doente ela tem que pensar em um Deus que quer que você viva, trabalhe, faça algo normal. (SLPA2)

A quinta categoria final foi denominada *A compreensão da enfermidade como transformadora de valores e estilo de vida* e derivou das categorias iniciais e intermediárias conforme o quadro abaixo:

Quadro 7 – Dados referente à categorial final 5

União familiar no sofrimento	A relação familiar do paciente	A compreensão da enfermidade como transformadora de valores e estilo de vida
Reconfiguração do estilo de vida da família		
A família como um conforto de Deus		
Incentivo à espiritualidade		
Esperança na melhora da saúde	Sentimentos do enfermo em relação ao estado de saúde	
Mudança na rotina de vida		
Gostaria que não tivesse acontecido		
Interrupção de projetos		
Frustração e impotência		
A doença como algo inesperado		
Sensação de que a vida se resume a doença e ao hospital		
Fé na recuperação		

A categoria *A compreensão da enfermidade como transformadora de valores e estilo de vida* foi baseada nos relatos do pacientes sobre o papel das suas relações familiares durante o processo da doença e sobre os sentimentos em relação ao estado de saúde. Uma das entrevistadas destacou a maneira como a sua doença uniu os seus familiares, fazendo-os rever alguns valores e modificar o estilo de vida em prol da sua recuperação. Ela também acredita que ter a família próxima é a maneira de Deus se fazer presente no sofrimento.

A união entre nós, entre a minha família. Porque desde que descobrimos a doença, decidimos que iríamos mudar de cidade para ficar junto dos nossos filhos, ele já moravam em Cruz Alta, só eu e ele que morávamos em outra cidade. Então meu esposo deixou do trabalho dele, mesmo aposentado continua trabalhando e optou em rever o trabalho dele para nós vivermos mais juntos. (MVPA1)

Eu tenho duas irmãs, uma tirou licença do trabalho para estar aqui comigo, a outra mora em São Paulo, e veio três finais de semana sem medir esforços, fazendo tudo o que ela podia, só pare me cuidar. (MVPA1)

Quando eu sinto a minha família próxima, o conforto dos familiares, tudo isso eu vejo que ali está a presença de Deus. Porque se Deus não está presente, a família não está unida. Todos os familiares se unindo para me dar força, acredito que aí está a presença de Deus, em todo momento junto comigo. (MVPA1)

Os pacientes externaram sentimentos de frustração, impotência, ao mesmo tempo em que mantêm a esperança e a fé na recuperação. Eles relataram o quanto a doença interrompeu alguns projetos de vida, trouxe mudanças na rotina, além da imprevisibilidade de uma doença e a vida no hospital.

Eu sinto que Deus está na minha melhora do dia a dia. (MVPA1)

Dizer que a minha vida se resume nesse momento agora a doença e ao hospital. Eu nunca tinha passado por nenhum problema grave de saúde, foi algo que de repente aconteceu, mas eu estou conseguindo passar de uma forma bem tranquila, sem muito medo, porque as pessoas costumam ter medo do câncer. (MVPA1)

É uma fase da minha vida que eu gostaria que não acontecesse. Mas, a gente sabe que com peso dos anos faz com que a natureza se deteriore e vai ficando mais fraca então você tem de utilizar tudo isso aí. Claro que eu não gostaria que isso acontecesse, mas é natural. (SLPA2)

Agora a experiência de ficar em um hospital, sem fazer nada, dá a sensação de que a coisa não está boa, mas se deve levar isso na esportiva e saber que é algo natural para sua vida. (SLPA2)

No próximo capítulo, será feita uma discussão sobre estas categorias em diálogo com o referencial teórico, conforme a proposta de Oliveira:

Discussão dos resultados e retorno ao objeto de estudo: as categorias representam a reconstrução do discurso a partir de uma lógica impressa pelo pesquisador, portanto expressam uma intencionalidade de rerepresentar o objeto de estudo, a partir de um olhar teórico específico. Essa lógica aplicada ao objeto de estudo e às construções teóricas dela emanadas precisam ser explicitadas, em termos do objeto reconstruído pela análise num trabalho posterior à aplicação da técnica.²³¹

3.5 Síntese

Neste capítulo, abordamos a pesquisa social que foi realizada em dois serviços de capelania hospitalar de duas respeitadas instituições. O caminho para a concretização da pesquisa ocorreu por meio da submissão e aprovação da mesma em três Comitês de Ética em Pesquisa, para então iniciar efetivamente os processos de investigação.

Apresentamos a metodologia da pesquisa que consistiu em oito entrevistas semiestruturadas, sendo quatro entrevistas com pacientes e quatro entrevistas com

²³¹ OLIVEIRA, DC. 2008, p. 572.

capelães/ãs, utilizando como instrumento de coleta de dados um questionário de sete a oito perguntas abertas; e apresentamos, então, a transcrição na íntegra de todas as entrevistas.

Adotamos a Análise de Conteúdo de Bardin, como método de análise para estudar e explorar o conteúdo extraído das entrevistas. Optamos por selecionar e submeter a AC a quatro das oito entrevistas, visando um melhor aprofundamento e discussão do seu conteúdo.

Através do método da AC, que preconiza a sensibilidade e a criatividade do pesquisador, elaboramos categorias iniciais, intermediárias e finais. A partir das experiências relatadas pelos entrevistados, foi possível criar cinco categorias finais: *Espiritualidade encarnada determinante da atitude empática com o paciente; A assistência integral como paradigma nas relações entre capelães, pacientes, profissionais e familiares; A espiritualidade como suporte no enfrentamento da doença; A capelania hospitalar como companheira de caminhada no sofrimento do enfermo e A compreensão da enfermidade como transformadora de valores e estilo de vida.*

A reflexão e interpretação das cinco categorias finais, também embasadas no método da AC, serão desenvolvidas no próximo capítulo, que dissertará sobre a relação entre a capelania hospitalar e teologia da missão integral, na assistência integral a pessoas enfermas.

4 CAPELANIA HOSPITALAR, MISSÃO E TEOLOGIA: A PRÁTICA DO CUIDADO COM PESSOAS DOENTES COMO TAREFA MISSIONÁRIA DA IGREJA HOJE

Os resultados da pesquisa social, a partir da Análise de Conteúdo (AC), permitiram a criação de categorias que podem apontar caminhos para propor uma capelania hospitalar comprometida com a missão integral. Para tanto, abordaremos neste capítulo a interpretação de cada uma das categorias da AC relacionando-as com categorias teológicas da TMI, demonstrando a possibilidade de fundamentar a capelania hospitalar por meio da TMI e evidenciar os desafios da capelania hospitalar como tarefa missionária da Igreja hoje.

4.1 Espiritualidade encarnada e a evangelização contextual

A primeira categoria criada pela AC, *Espiritualidade encarnada determinante da atitude empática com o paciente*, foi elaborada por meio dos relatos da capelã do HMV (MVCA1) e do capelão do HSL (SLCA2). Ela tem como primeiro eixo a espiritualidade. Foi perceptível nas entrevistas que a espiritualidade da capelã e do capelão não era uma simples coadjuvante na assistência aos enfermos, mas um dos principais motivos que impulsionam seu trabalho como capelães.

Sabemos que existem várias formas de espiritualidade, porém a compreensão de Carlos J. Hernández é bastante próxima à espiritualidade praticada pelos capelães:

Por espiritualidade pode se entender o conjunto de atitudes que encaminham as condutas a um espaço e tempo sagrado (apartado) para um encontro com a Divindade. Quando se trata de espiritualidade cristã, este “encaminhamento” se dirige à pessoa de Jesus Cristo ressuscitado.²³²

As atitudes dos capelães com pacientes eram pautadas pela espiritualidade que eles vivenciavam. Em alguns momentos foi possível perceber que tanto uma quanto o outro fazem esse encaminhamento ao Divino, como por exemplo, quando oferecem ou são solicitados para orar, dar uma bênção ou ministrar a eucaristia.

²³² HERNÁNDEZ, Carlos J. Psicologia pastoral e espiritualidade. In: SANTOS, Hugo N. (Org.) *Dimensões do cuidado e aconselhamento pastoral: contribuições a partir da América Latina e Caribe*. São Paulo: ASTE; São Leopoldo: CETELA, 2008, p. 119. Carlos José Hernández, Doutor em psiquiatria pela Universidade de Cuyo, Argentina, é profundamente influenciado pela Teologia da Missão Integral.

Ambos realizam seu serviço a partir da sua espiritualidade que é cristã, obviamente com algumas diferenças devido à formação religiosa e o lugar ao qual pertencem, uma vez que a capelã MVCA1 é diaconisa da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil e o capelão SLCA2 frei da Igreja Católica Romana.

Os hábitos espirituais dos capelães no âmbito pessoal, como a prática de momentos de oração e meditação, de alguma maneira se fazem presentes nos encontros com os pacientes, na sua maneira de encarar as pessoas, suas fragilidades e carências num momento difícil de suas vidas. Por isso, podemos afirmar que é uma espiritualidade encarnada que não fica restrita à esfera individual dos capelães, mas permeia as ações destes no trabalho de capelania. Trata-se, portanto, de uma espiritualidade vivencial, existencial, integral e que espelha no corpo, nas atitudes e também nas ações que buscam fortalecer as pessoas enfermas.

Segundo Hernández a espiritualidade cristã é essencialmente encarnada, pois Jesus Cristo é o Deus que se fez carne com um propósito relacional, ou seja, restaurar e aprofundar o relacionamento entre Deus e a humanidade. Hernández assim explicita a dinâmica da encarnação na espiritualidade cristã:

A partir da espiritualidade cristã, este lugar de encontro só é possível pela intervenção do Espírito Santo, que ativa o nosso ser biológico. O “consentir” com esta ativação da nossa subjetividade inicia nossa disposição de sermos “habitados” pela “companhia relacional” do Filho com o Pai, segundo nos narra o evangelho. É deste modo que o Espírito Santo torna possível que nos relacionemos com a fonte de toda a relação.²³³

O capelão ou capelã podem ser guiados pelo Espírito de Deus, porém, nunca dissociados da sua identidade, vivência e valores. Tudo isso se encarna no encontro com o paciente e, conforme Hernández, “esta experiência é vivida no corpo, na alma e no espírito ou, de outra forma, em um sujeito encarnado que vive no contexto da história”²³⁴.

A capelã MVCA1 relatou que ao fazer visitas sente-se guiada e inspirada pelo Espírito Santo. Os seus gestos, palavras ou simplesmente a escuta sensível ao paciente são direcionados pelo Espírito. Na ótica dos capelães os pacientes assimilam e respeitam a espiritualidade deles. Além disso, essa espiritualidade

²³³ HERNÁNDEZ, 2008, p. 119.

²³⁴ HERNÁNDEZ, 2008, p. 119.

encarnada promove uma relação de empatia com o paciente, uma vez que vai ao encontro das necessidades emocionais e espirituais da pessoa enferma.

Sendo assim, podemos inferir que a espiritualidade encarnada do capelão ou capelã precisa se contextualizar na situação concreta do paciente, para então estabelecer uma relação de empatia. Nesse horizonte é possível vislumbrar uma contribuição da TMI para a capelania hospitalar, pois a TMI se propõe a ser uma teologia essencialmente contextual, que se ocupa em responder às demandas de um determinado contexto.

De acordo com Sanches, uma teologia contextual é feita desde e para as pessoas ou comunidade local. É uma teologia que se identifica com as pessoas e se amolda à vida que elas vivem, sendo nessa vida que se faz o contexto da teologia. Ele preconiza três elementos de uma teologia contextual:

O primeiro elemento de uma teologia contextual é o povo em suas relações vividas concretamente, sejam elas sociais e econômicas, culturais e políticas, ambientais e espirituais. Enfim, a integralidade ou totalidade da vida vivida pelo povo se torna o lugar desde onde e para onde a teologia contextual cumpre a sua tarefa. O segundo elemento é o agente da teologia contextual, isto é, quem vai ao povo e se torna observador de sua vida a fim de elaborar uma teologia que seja relevante e eficaz em seu contexto [...] O terceiro elemento são as relações da vida que vão além do contexto do povo [...]. A teologia deve ser contextual, deve reconhecer e aceitar o diálogo com outros contextos, na medida em que estes tenham influência direta ou indireta em seu próprio contexto.²³⁵

Os três elementos denotam uma ação de imersão no contexto do outro e, ao mesmo tempo, respeito para com as suas especificidades. Nessa perspectiva, os capelães podem ser vistos como agentes de uma teologia contextual, observando o contexto da pessoa enferma em sua totalidade, colocando em diálogo o seu próprio contexto de formação, valores e experiências para assim nortear a sua assistência à pessoa enferma.

Os capelães sabem que – como expressão da sua espiritualidade cristã encarnada – eles têm ou exercem simultaneamente uma tarefa evangelizadora. Entretanto, não se trata aqui evidentemente de um conceito de evangelização muito difundido em alguns círculos evangélicos de que evangelizar é fazer proselitismo religioso ou tentar convencer pessoas a aderirem a uma igreja local, ou até mesmo para que aceitem Jesus para que sejam salvas. Trata-se antes de comunicar, em

²³⁵ SANCHES, 2010, p. 35-36.

palavras, atitudes ou mesmo no silêncio atento e disponível de uma escuta verdadeira, as boas novas do evangelho de Jesus Cristo. Para que esta tarefa seja encarnada e empática para com a outra pessoa ela precisa necessariamente ser contextual.

Orlando Costas apresenta um conceito de evangelização contextual que podemos relacionar a uma espiritualidade cristã encarnada no âmbito dessa reflexão:

A evangelização implica em dar testemunho do Deus que nos salva da miséria da condição humana. É testemunho intensamente pessoal e extensivamente social que exige imersão em um contexto histórico-social particular e participação nas lutas da humanidade. Uma testemunha evangelizadora é uma pessoa que teme e espera pelos outros, e que a partir desta perspectiva compartilha amorosamente, até mesmo, apaixonadamente, o evangelho em palavras e atos.²³⁶

Para Costas, a tarefa de testemunhar o evangelho contextualmente exige uma análise das dimensões pessoal e social do mesmo em três proposições. A primeira proposição refere-se à compreensão de que evangelização é “um testemunho que acontece em contexto histórico social determinado”. Isto significa que a evangelização se realiza sempre em um tempo e espaço definidos, com suas características culturais, sociais, políticas, religiosas, aonde há uma interação permanente entre pessoas e grupos em constante troca de valores e sentimentos que influenciam mutuamente os comportamentos de cada qual²³⁷.

A evangelização contextual visa alcançar pessoas de “carne e osso”, e por isso ela se realiza em meio a circunstâncias que expressam a vulnerabilidade humana, pelo sentimento de insegurança por não conseguirem controlar e prever o seu futuro. Essa insegurança fica bastante evidente diante de realidades como a doença e a morte. Neste aspecto, a evangelização também lida com pessoas que são vítimas do pecado que é fruto da própria pecaminosidade humana²³⁸.

Aqui é necessário esclarecer o conceito de pecado que utilizamos nesse estudo. Para tanto, trazemos a contribuição de Jorge A. León²³⁹ que é semelhante ao entendimento de Costas com relação ao tema do pecado. Conforme León, o

²³⁶ COSTAS, Orlando E. *Proclamar libertação: uma teologia de evangelização contextual*. São Paulo: Garimpo Editorial, 2014, p. 54.

²³⁷ COSTAS, 2014, p. 55.

²³⁸ COSTAS, 2014, p. 56.

²³⁹ Jorge A. León é membro da FTL e foi reconhecido como “Pai da psicologia pastoral latino-americana” pela Comunidade Teológica do México em 2006.

objetivo da evangelização é “a libertação da tirania do pecado e da morte”. Ele compreende que em Jesus não há uma doutrina clara sobre o pecado, mas implicitamente em seus atos e palavras, Jesus denota ser consciente e vencedor do pecado. Além disso, Jesus se aproximava das pessoas porque necessariamente eram pecadoras, o que gerava censura por parte de alguns grupos religiosos²⁴⁰.

Nesse sentido León concebe a ideia de pecado na perspectiva do Novo Testamento:

Um estudo cuidadoso do Novo Testamento, em grego, mostra que o termo mais usado para expressar a ideia de pecado é *hamartía*. Essa palavra vem de uma raiz que significa errar o alvo. Logo, pecado é uma ação sem objetivo. Em outras palavras, pecar significa não atingir o *télos* da existência humana. Pecado é tudo aquilo que conspira contra o alcance da plenitude da condição humana. Pecado é alienação da pessoa do objetivo do evangelho. A alienação fundamental consiste em não estar em Cristo, porquanto sem Cristo é impossível alcançar a plenitude da condição humana. Não errar o alvo é atingir o *télos*, a vida em abundância que Jesus trouxe ao mundo.²⁴¹

Jesus Cristo, em sua humanidade, aponta o que significa uma plena humanidade conforme a imagem de Deus. Nesse sentido, qualquer sentimento ou ação desumanizadora configura-se como pecado. Tudo aquilo que se afasta da proposta de vida em abundância em Cristo é um entrave para se alcançar a plenitude humana. Seguir a Jesus pelo seu caminho de humanização resultará na vitória definitiva sobre o pecado e a morte²⁴².

O caráter testemunhal da evangelização reside no fato de que ela é um encontro humano entre homens e mulheres que compartilham e recebem o evangelho, a partir da sua situação concreta e vulnerável. Nesse encontro as pessoas levam a si mesmas, compartilhando as limitações humanas e a existência precária comum de participar do mesmo mundo de pecadores e de vítimas do pecado. Costas ressalta que em algum momento “alguém pode ser a vítima ou pode ser parte de um processo que vitimizou outros”²⁴³, seguindo a mesma ideia do apóstolo Paulo, para quem “todos pecaram e estão destituídos da glória de Deus” (Romanos 3.23). Ainda assim, este é um tema difícil porque procura dar conta da precariedade da condição humana quando ela erra o alvo de uma vida autêntica vivida como criatura de Deus. Especialmente no contexto da capelania hospitalar, a

²⁴⁰ LEÓN, Jorge A. *A caminho de uma evangelização restauradora*. São Leopoldo: Sinodal; Quito: CLAI, 2010, p. 64.

²⁴¹ LEÓN, 2010, p. 65.

²⁴² LEÓN, 2010, p. 65.

²⁴³ COSTAS, 2014, p. 57.

experiência mostra como é necessário nesse aspecto lidar com cautela, sensibilidade e profundo respeito pela pessoa enferma. Pois ela se encontra num estado ou situação vivencial delicada que merece a máxima atenção, cuidado e amorosidade. Nesse sentido, a atitude de Jesus para com pessoas enfermas como testemunhada nos evangelhos é exemplar.

Em relação à primeira proposição de Costas, ela nos parece relevante para a capelania hospitalar pautada por uma evangelização contextual. O momento da visita consistiria no encontro entre duas pessoas que trazem consigo suas vivências, valores, cosmovisão, limitações e, neste espaço limitado, mas intenso, compartilham o evangelho. O capelão ou capelã jamais olha para o paciente com uma postura de superioridade, como bem salientou a capelã MVCA1, porque sabe que da mesma forma que o paciente se encontra naquele momento com uma limitação física, o próprio capelão também tem as suas limitações em outras esferas da vida ou um dia já esteve ou poderá vivenciar uma situação semelhante a do paciente.

No caso da capelã MVCA1, ela relatou que o fato de ter passado por uma experiência de hospitalização fez com que compreendesse melhor o drama de alguém que está hospitalizado, além de este fato ter contribuído para sua escolha em trabalhar como capelã hospitalar. Essa experiência corrobora com o pensamento de Hernández sobre a doença servindo como veículo de encarnação da escuta sensível ao outro.

A consciência de pecado não se presta a uma atitude de julgamento entre capelão e paciente ou vice-versa, mas serve para o reconhecimento de que ambos são pessoas falhas e necessitam de Deus, de sua misericórdia e bênção. Sendo assim, o capelão ou capelã evangelizam o paciente de maneira solidária, comunicando o evangelho de Jesus Cristo que não ignora as nossas mazelas, mas as transcende, nos libertando e transformando para uma nova vida.

Na segunda proposição, Costas defende que a evangelização “envolve pessoas às quais um Deus santo e amoroso se dirige com as novas libertadoras de Jesus Cristo no poder do Espírito Santo”. A iniciativa e o esforço de evangelização começam a partir do próprio Deus. Deus tinha uma clara intenção ao comunicar o evangelho por meio de uma palavra pessoa que foi incorporada em Jesus, que

nasceu dentro de uma realidade com elementos sociais, históricos e culturais peculiares²⁴⁴.

Costas afirma que Deus escolheu comunicar o evangelho prioritariamente na língua e cultura de um judeu galileu do século primeiro e expõe o significado deste gesto:

O Deus da encarnação é o Deus que em liberdade soberana escolheu não apenas se contextualizar na história e na realidade sociocultural de um judeu galileu do primeiro século, mas também escolheu se tornar disponível, por intermédio da transmissão do evangelho no poder do Espírito a todas as pessoas e comunidades em sua realidade concreta.²⁴⁵

O fato de Jesus, o filho de Deus, ter nascido em uma manjedoura e crescido em um contexto social e cultural de pobreza e opressão, significa que, em Jesus Cristo, Deus “se tornou parte da história, identificando-se com suas mais humildes expressões e sofrendo a sua dor mais profunda”²⁴⁶ que é a morte.

O conhecido texto da carta de Paulo aos Filipenses (2.5-8) remete ao Deus que se contextualiza para comunicar o seu evangelho:

De sorte que haja em vós o mesmo sentimento que houve também em Cristo Jesus, que, sendo em forma de Deus, não teve por usurpação ser igual a Deus, mas esvaziou-se a si mesmo, tomando a forma de servo, fazendo-se semelhante aos homens; e, achado na forma de homem, humilhou-se a si mesmo, sendo obediente até à morte, e morte de cruz.

Para receber o evangelho contextual do Deus que se encarna na fraqueza humana é necessária uma ação do Espírito Santo, pois é ele quem capacita o ser humano a ouvir a voz de Deus, seja na esfera pessoal ou coletiva, e a responder a esse chamado na sua história e consciência. O Espírito Santo faz com que ouvidos sejam abertos para ouvir a mensagem de salvação, transmitindo o dom da fé e iluminando mentes e corações para aceitarem e confiarem naquilo que Deus realizou por meio do seu Filho, a saber, “uma passagem da morte para a vida, uma entrada no reino de Deus e uma incorporação na nova criação”²⁴⁷.

Aqueles que recebem o evangelho têm como promessa a esperança de libertação completa do pecado e da morte, de um novo céu e uma nova terra onde

²⁴⁴ COSTAS, 2014, p. 59.

²⁴⁵ COSTAS, 2014, p. 60.

²⁴⁶ COSTAS, 2014, p. 63.

²⁴⁷ COSTAS, 2014, p. 64.

habita a justiça (Apocalipse 21.1; 2 Pedro 3.13). Essa esperança deve mover as pessoas a lutarem para vencerem as dificuldades cotidianas. Nesse sentido, quem recebe e comunica o evangelho também se compromete a participar na transformação libertadora do mundo. O conteúdo do evangelho é esperança para esta vida, para sua renovação, e um convite à ação transformadora²⁴⁸.

Como se pode perceber, esta segunda proposição de Costas para uma evangelização contextual parte do princípio de que a iniciativa primeira em evangelizar é do próprio Deus. Os capelães e capelãs, que se dispõem a comunicar o evangelho com sua tarefa de acompanhamento a pessoas enfermas e que sofrem no corpo as limitações da vida, como vimos nos depoimentos, o fazem inspirados pelo Espírito Santo, tendo recebido primeiramente a esperança do evangelho, para então transmitir essa esperança ao paciente.

Na terceira proposição, Costas relaciona evangelização e práxis, afirmando que a evangelização “envolve pessoas e comunidades trabalhando pelas transformações de suas respectivas situações de vida”. Em um primeiro momento, só é possível participar na transformação de um contexto quando já se experimentou na própria vida os sinais concretos da graça, do perdão e da libertação de Deus²⁴⁹.

Todavia, apenas a experiência pessoal não é suficiente para dar autenticidade à tarefa evangelizadora. Uma vez que o evangelho destina-se a pessoas localizadas em um contexto social e histórico, se faz necessário um comprometimento e engajamento com processos de mudanças positivas em situações de vida, além de um conhecimento desse contexto que exige estudo e capacidade de leitura ou interpretação dos fatos. O evangelho não é uma teoria subjetiva, mas o poder salvador que sinaliza o reino de Deus e é eficaz na transformação do mundo²⁵⁰.

Um impacto desta natureza se torna evidente apenas através de ações conscientes dos que nasceram de novo para uma nova vida de esperança. Um testemunho evangelístico não pode ser neutro ou passivo diante da realidade. Os cristãos vivem pela força do Espírito. Eles precisam demonstrar o poder da presença do Espírito através de um novo estilo de vida, liberdade, serviço, justiça e paz.²⁵¹

²⁴⁸ COSTAS, 2014, p. 65.

²⁴⁹ COSTAS, 2014, p. 66.

²⁵⁰ COSTAS, 2014, p. 67.

²⁵¹ COSTAS, 2014, p. 67.

Evangelizar não é algo restrito a um momento específico, mas um estilo de vida baseado no seguimento e discipulado de Cristo, que é testemunhado nos encontros humanos por meio de ações criativas e transformadoras. Pessoas que assumem esse estilo de vida tornam-se genuínos instrumentos de Deus para comunicar as boas novas do evangelho a aqueles que são próximos²⁵².

Nessa terceira proposição vemos que a capelania hospitalar pode ser uma das expressões de quem adota a evangelização como estilo de vida. Os capelães são como agentes de transformação da situação humana vulnerável dos pacientes; por meio de ações criativas, guiados pelo Espírito Santo, seguidamente se tornam capazes de modificar um quadro de angústia e desespero dos pacientes. Nas entrevistas realizadas para a presente pesquisa capelãs e capelão relataram uma clara consciência de que eram instrumentos de Deus para consolar e transmitir esperança aos pacientes.

O ambiente hospitalar é uma realidade concreta onde encontramos expostas as maiores fragilidades humanas. Por isso, com certeza é um dos lugares mais carentes do evangelho de Jesus Cristo, sendo um contexto propício para receber a mensagem de transformação, libertação e salvação integral. Os capelães, encarnados pelo evangelho e no poder do Espírito Santo, são portadores da esperança que há em Cristo.

Léon afirma que uma das maneiras mais eficazes de se comunicar o evangelho é através da *koinonia*, palavra grega que remete ao contato, companheirismo, à associação entre pessoas. É nas relações com as pessoas que se compartilha a esperança do evangelho. Não se trata de somente transmitir conceitos religiosos, mas comunicar vida na integralidade do ser. Esse compartilhar necessita de uma premissa fundamental: um amor verdadeiro pelas pessoas como expressão viva de uma vida de oração. Deus é amor e a *koinonia* com ele por meio da oração e do silêncio meditativo capacita a pessoa que evangeliza a comungar o amor e a vida que flui de Deus para o próximo²⁵³.

O capelão SLCA2 relatou que um dos aspectos mais gratificantes no trabalho de capelania são os relacionamentos de amizade que são construídos com pacientes e familiares. Podemos dizer que nessas relações há uma comunicação do evangelho por meio da *koinonia* exercitada nesse serviço de acompanhamento,

²⁵² COSTAS, 2014, p. 68.

²⁵³ LEÓN, 2010, p. 21.

escuta e presença, pois nelas se desenvolvem confiança, companheirismo, fraternidade, e tudo isso colabora para a restauração do paciente e se torna concreto como parte da tarefa evangelizadora.

Podemos perceber que para realizar uma evangelização contextual é necessário viver uma espiritualidade encarnada. No contexto da capelania hospitalar essa atitude gera uma relação de empatia entre capelão ou capelã e pessoa enferma que, ao acolher as boas novas do evangelho por meios às vezes imperceptíveis, é munida de força e esperança para superar o difícil momento da doença. Nesse aspecto, a evangelização contextual é uma pertinente contribuição da TMI para a capelania hospitalar.

4.2 Assistência integral e a integralidade da missão

A segunda categoria criada pela AC, *Assistência integral como paradigma para as relações entre capelães/ãs, pacientes, familiares e profissionais*, também construída por meio das entrevistas com a capelã MVCA1 e o capelão SLCA2, tem como cerne o conceito de integralidade.

Nas duas instituições coparticipantes desta pesquisa percebemos que zelar por uma assistência integral é parte da missão e filosofia de trabalho das mesmas, constando em documentos normativos e nas práticas cotidianas dos profissionais que ali laboram. A própria existência de um serviço organizado de capelania hospitalar²⁵⁴, com a atuação de ministros religiosos capacitados e voluntários que são treinados por estes, evidencia um cuidado para que as pessoas enfermas sejam assistidas em sua integralidade.

Os capelães entrevistados têm plena consciência de que são parte dessa assistência integral e no seu trabalho se esforçam para que os enfermos sejam cuidados integralmente. Eles reconhecem que a capelania tem um caráter social, quando em algumas situações o capelão/ã pode ser a única pessoa que irá dispor de tempo para conversar com o paciente; um caráter emocional por meio de uma escuta atenta e sensível aos sentimentos e emoções do paciente; e, sobretudo, um caráter espiritual com a sua função de acolher e trabalhar as questões espirituais da

²⁵⁴ As instituições coparticipantes utilizam o termo “pastoral hospitalar”, para designar o setor responsável pela assistência espiritual.

pessoa enferma. Essa abordagem integradora se soma aos cuidados dos demais profissionais a fim de cumprir a missão de uma assistência integral.

Um dos conceitos fundamentais da TMI é a integralidade. Todavia, é preciso esclarecer o significado do adjetivo “integral” empregado com relação à missão, no intuito de demonstrar de que maneira a TMI pode se configurar como uma teologia de missão para uma assistência integral, por meio da capelania hospitalar.

Segundo Sanches, o termo “integral” ou “integralidade” começou a ser utilizado pelos teólogos da FTL nas décadas de 1970 e 1980, inicialmente com um entendimento mais semântico do que ideológico, pois visavam superar posturas fundamentalistas que tentavam reduzir a missão a apenas um aspecto da dimensão humana, como o espiritual²⁵⁵.

Com a realização dos CLADES, consultas teológicas, publicações periódicas e livros, a ideia de uma missão integral foi ganhando cada vez mais abrangência e coerência com o significado de integralidade. Teólogos evangélicos latino-americanos passaram a tratar de temas como política, cultura, meio ambiente e questões de gênero. Porém, é na atualidade que o conceito de integralidade “tem sido empregado mais amplamente e tem recebido novos sentidos por causa das atuais preocupações humanas”²⁵⁶.

O teólogo Ricardo Quadros Gouvêa é uma das vozes que na atualidade traz relevante contribuição com um estudo aprofundado sobre a relação entre integralidade e missão. Em seu argumento, em primeiro lugar é impossível conceber a missão de Deus sem qualificá-la como integral. A integralidade não é uma estratégia ou um programa missionário, mas um atributo inerente à missão. Afirmar o contrário implicaria em dizer que a missão de Deus é parcial, o que descaracterizaria toda a proposta de missão que Deus comissionou a sua Igreja²⁵⁷.

Para Gouvêa, o conceito de integralidade possui três ideias centrais:

primeiro, a ideia de inteireza ou completude, em oposição à ideia de parcialidade, de parte ou pedaço; em segundo lugar, a ideia de honestidade ou integridade moral; e finalmente, em terceiro lugar, a ideia de saúde, e uma analogia advinda das ciências da saúde.²⁵⁸

²⁵⁵ SANCHES, Regina. *Teologia Viva: Introdução à Teologia*. São Paulo: Reflexão, 2013, p. 60.

²⁵⁶ SANCHES, 2013, p. 60.

²⁵⁷ GOUVÊA, Ricardo Quadros. *Missão Integral: a única missão*. São Paulo: Garimpo Editorial, 2015, p. 46.

²⁵⁸ GOUVÊA, 2015, p. 47.

A ideia da completude se refere a algo que está presente na sua inteireza, ou seja, na íntegra, sem divisões. Isso traz implicações definitivas para o conceito de missão integral:

Assim é a missão integral: é missão de Deus outorgada à sua Igreja na íntegra, sem cortes e na sua plena completude. A implicação aqui é que se procura trazer à pauta da ação missionária todos os aspectos da restauração efetuada pela reconciliação com Deus em Cristo: os aspectos espirituais estão plenamente presentes, mas também os aspectos físicos, mentais, sociais e políticos. Trata-se de um compromisso com os valores e a realização (ou atualização) do reino de Deus no poder do Espírito Santo e pela graça de Deus em Cristo Jesus.²⁵⁹

Lamentavelmente, alguns grupos evangélicos se distanciaram dessa ideia de uma missão integral e se concentraram apenas na “salvação da alma” para uma vida no céu após a morte, gerando, entre outros problemas, uma alienação quanto a questões políticas e sociais, a negação do corpo, o escapismo do mundo e o descuido com a criação ou meio ambiente. Essas posturas definitivamente não se coadunam com os ensinamentos bíblicos que preconizam o envolvimento dos discípulos e discípulas de Jesus de levarem a sua luz a todas as esferas da sociedade e da vida²⁶⁰.

A Igreja de Cristo, no poder do Espírito Santo, precisa desempenhar o papel de promover ações em meio à sociedade, que manifestem visivelmente os valores do reino de Deus como o amor, perdão, justiça, solidariedade e paz. A Igreja como coparticipante na missão de Deus poderá agir no mundo sem se contaminar com práticas de um sistema mundano corrompido, mas para isto não pode caminhar de forma sectária e exclusivista, pois agindo assim estaria praticando uma missão parcial e não integral²⁶¹. No limite, esta igreja estaria se tornando um contratestemunho.

A missão integral preza pela honestidade ao ensinar um evangelho que não se restringe à salvação das almas no céu, isso seria um evangelho distorcido. O evangelho pleno consiste em um chamado de Cristo para segui-lo, por meio da grande comissão²⁶², assumindo todas as consequências de fazê-lo. Abraçar o

²⁵⁹ GOUVÊA, 2015, p. 47.

²⁶⁰ GOUVÊA, 2015, p. 48.

²⁶¹ GOUVÊA, 2015, p. 49.

²⁶² A “grande comissão” se refere ao texto de Mateus 28.18-20: “E, chegando-se Jesus, falou-lhes, dizendo: É-me dado todo o poder no céu e na terra. Portanto ide, fazei discípulos de todas as nações, batizando-os em nome do Pai, e do Filho, e do Espírito Santo; Ensinando-os a guardar todas as coisas que eu vos tenho mandado; e eis que eu estou convosco todos os dias, até a consumação dos

evangelho implica em entregar-se em sacrifício, cuidar, servir e amar ao próximo como Cristo amou²⁶³, o que pode exigir a própria vida, em certos casos.

Para Gouvêa a missão integral é a missão de uma Igreja saudável. O cultivo de atividades como estudo da Bíblia, oração, colaboram para a saúde de uma igreja. Porém, a saúde plena só poder ser alcançada se se engaja na missão de Deus. Uma igreja local que não se enxerga como missionária está enferma. Essa relação entre uma igreja saudável e missão integral se explica da seguinte maneira:

Só a adoção de missão integral promove saúde para as igrejas, porque somente a missão integral leva a igreja a abandonar o fanatismo das concepções apocalípticas e sectárias, e abraçar o mandato sociocultural e a buscar melhorias para a vida das pessoas e para a sociedade, as buscar construir um mundo melhor para os nossos filhos e netos, com leis mais justas e relacionamentos mais humanos, onde impera a justiça que traz a paz, em uma estrutura social, política e econômica que seja condizente com o ensino das Escrituras e com os valores do Reino de Deus.²⁶⁴

A perspectiva de Gouvêa de missão integral não admite outra forma de se pensar e praticar a missão de Deus que não seja pelo viés da integralidade. Ele acredita que à Igreja de Cristo, formada pela comunidade dos discípulos e discipulas de Jesus, foi confiada a tarefa de encarnar a missão integral, sendo esta a sua razão própria de existir.

É possível perceber que teólogos como René Padilla e outros vinculados à FTL influenciaram as teses de Gouvêa, fato que não é negado pelo mesmo. Padilla acredita que a igreja cristã deve encarar cada necessidade humana como uma oportunidade missionária, pois ela é “chamada a manifestar o reino de Deus em meios aos reinos do mundo não só pelo o que diz, mas também pelo o que é e por tudo o que faz em resposta às necessidades humanas que as rodeiam”²⁶⁵.

séculos. Amém.” Para Gouvêa, a missão integral reinterpreta a grande comissão à luz do mandato sociocultural de Gênesis 1.28-30 e 2.2-3, onde está implícito o projeto de Deus para a humanidade que inclui “apoio a família e a educação, apoio a pesquisa científica e tecnológica, promoção da nutrição alimentar e de todas as necessidades básicas para a sobrevivência, descanso e lazer para todos, e trabalho para todos.” Cf. GOUVÊA, 2015, p. 33. Para David Bosch, durante muito tempo em alguns círculos missionários protestantes, o texto de Mateus 28.18-20, foi tratado de forma equivocada, sendo interpretado isoladamente com relação ao contexto todo do evangelho de Mateus. Isso resultou no uso inadequado dessa passagem bíblica ao se tomar o trecho que ficou conhecido como “grande comissão” como a única teoria da missão que temos no evangelho e nas palavras de Jesus, o que é uma inaceitável redução da missão proposta por Cristo. Cf. BOSCH, David J. *Missão transformadora*. 2ª ed. São Leopoldo: Sinodal, 2002, p. 81s.

²⁶³ GOUVÊA, 2015, p. 50

²⁶⁴ GOUVÊA, 2015, p. 52.

²⁶⁵ PADILLA, 2009, p. 20.

Assim como Gouveia, Padilla considera a grande comissão como um chamado à missão integral:

A Grande Comissão segundo Mateus 28.16-20 não é um “mandato evangelístico” que fundamenta a ideia de que a preocupação central da igreja deve ser a conversão de indivíduos e o estabelecimento de igrejas. É mais que isso, um chamado que o Senhor ressurreto faz à igreja para que ela se dedique a formar homens e mulheres que reconhecem seu senhorio universal, se integrem ao povo de Deus e executem o mandato de Jesus, que inclui todos os aspectos da vida humana.²⁶⁶

Podemos observar que o conceito de integralidade da missão está presente na prática das capelãs e capelão participantes da pesquisa. Durante as entrevistas observamos que os capelães estão atentos a todas as necessidades do paciente, o que evidencia que os mesmos se pautam pela integralidade a fim de cumprir a missão de zelar pelo cuidado integral da pessoa enferma. Um exemplo dessa postura é quando solicitam a presença de outros profissionais ao perceberem que a suas competências chegam ao limite da sua esfera de atuação, agindo de forma responsável e integradora.

O reconhecimento e o respeito dos demais profissionais pelo trabalho de capelania hospitalar apontam para um zelo pela assistência integral. A relação entre capelães e profissionais é de parceria e colaboração mútua nas instituições pesquisadas. Nelas, a capelania hospitalar não é vista como um simples adendo da assistência aos pacientes, mas parte fundamental de um todo. Os capelães também estão disponíveis para assistir os profissionais, o que fortalece ainda mais os vínculos e mantém um ambiente institucional saudável.

Os capelães/ãs também primam pelo cuidado integral dos familiares dos pacientes. Essa postura corrobora com a dimensão integral da missão que reconhece a importância da saúde das relações familiares para a saúde dos pacientes. A missão integral é essencialmente comunitária, o que denota um olhar e um cuidado especial para com a família.

A capelã MVCA1 relatou que considera o trabalho da capelania hospitalar como um chamado de Deus e uma opção de vida como resposta a esse chamado. Essa atitude coaduna com alguém que se engaja na missão integral, participando da grande comissão dada por Jesus, para levar o seu Evangelho integral a todo o ser humano.

²⁶⁶ PADILLA, 2009, p. 34.

Os capelães/ãs representam a presença missionária da Igreja no ambiente hospitalar. A missão integral requer da Igreja que ela faça a diferença no meio em que ela está e, principalmente, em situações de vulnerabilidade humana. A Igreja é chamada para agir e cooperar com mudanças positivas que sejam capazes de transformar ou atenuar uma realidade de dor e sofrimento. A capelania hospitalar deve encarar um hospital como um grande “campo missionário”, onde existem vidas que carecem do Evangelho. A Igreja deve entender que a capelania hospitalar é uma das maneiras de se cumprir efetivamente a missão integral.

4.3 Espiritualidade integral no enfrentamento da doença

A terceira categoria criada pela AC, *A espiritualidade como suporte no enfrentamento da doença*, foi desenvolvida por meio das entrevistas com a paciente MVCPA1 e o paciente SLPA2, onde analisamos como a espiritualidade ajuda a pessoa enferma a enfrentar a doença.

Essa categoria evidenciou o que muitas pesquisas nas últimas décadas discutem: a espiritualidade e a fé como recursos para o enfrentamento de uma doença. A própria OMS, conforme descrevemos no capítulo um, tem desenvolvido instrumento de pesquisa WHOQOL²⁶⁷, que inclui estudos sobre o impacto de aspectos como crenças pessoais, religiosidade e espiritualidade na saúde humana.

Um estudo recente publicado pela *Revista Brasileira de Enfermagem* pesquisou a relação entre crenças pessoais, religiosidade e espiritualidade em adolescentes com câncer, utilizando a AC na sua metodologia que resultou nas categorias “história espiritual”, “fé e crença”, “importância da espiritualidade na qualidade de vida” e “comunidade enquanto apoio espiritual”. O estudo concluiu que para os adolescentes com câncer a espiritualidade e a fé são fundamentais para o conforto e enfrentamento do estresse causado pela doença²⁶⁸.

As pessoas enfermas que consideram a importância da fé e da espiritualidade para a melhora de seu estado saúde ou alívio do sofrimento causado pela doença, mesmo que inconscientemente, estão enfrentando a doença pelo viés da integralidade.

²⁶⁷ Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whogol84.html>.

²⁶⁸ SOUZA, Verônica de Moura et. al. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 68, n. 5, 2015, p. 791-796.

Na perspectiva de Sidnei Noé, a integralidade humana compreende as dimensões *biopsicossocioecoespirituais*. Esta palavra é evidentemente muito nova nos estudos sobre espiritualidade relacionada a situações de doença física, psíquica ou espiritual, mas demonstra a importância que o tema vem ganhando na pesquisa e no acompanhamento de pessoas em dificuldade. A espiritualidade, como uma dessas dimensões, relaciona-se com a busca humana de sentido para vida; muitas pessoas encontram na fé e na crença em Deus esse sentido, assim como respostas as suas angústias e aflições²⁶⁹.

A pesquisa de Renata Ferreira e Silvia Fornazari sobre religiosidade e espiritualidade em pacientes oncológicos, define o enfrentamento dessa enfermidade como “esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais”²⁷⁰. Dessa forma, é coerente afirmar que as tentativas de superação e a busca de recursos espirituais fazem parte do enfrentamento, especialmente diante da enfermidade.

Existem dois tipos de estratégias de enfrentamento, sendo uma focada no problema e a outra na emoção. A primeira se refere a estratégias ativas de aproximação com a situação estressora. A segunda desenvolve a função de regular a resposta emocional causada pelo evento estressor, podendo ser representada por reações, como a esquiva e a negação. O enfrentamento pela espiritualidade pode estar presente em ambas as estratégias²⁷¹.

O enfrentamento de doenças pela espiritualidade é considerado uma estratégia que fornece planejamento, reinterpretação positiva dos fatos e um suporte social e emocional, diante de situações consideradas difíceis, como o diagnóstico de um câncer.

A religiosidade e a espiritualidade são importantes aliados para pessoas doentes, porém, são as suas consequências que determinarão se o impacto da espiritualidade foi positivo ou negativo. As estratégias positivas são aquelas que melhoram a saúde mental, crescimento espiritual e redução do estresse. As

²⁶⁹ NOÉ, Sidnei V. *Amar é Cuidar: dez boas razões para integrar pessoas com deficiência, valorizar a terceira idade, cultivar a saúde integral, viver uma sexualidade sadia e buscar o perdão*. São Leopoldo: Sinodal, 2005, p. 65.

²⁷⁰ FERREIRA, Renata. FORNAZARI, Sílvia A. *Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v.26, n. 2, 2010, p. 265.

²⁷¹ FERREIRA; FORNAZARI, 2010, p. 265.

estratégias negativas são aquelas que resultam em piora da qualidade de vida e da saúde como, por exemplo, quando o indivíduo não adere ao tratamento por acreditar na cura divina²⁷².

Para Ferreira e Fornazari, a espiritualidade também tem sido vista como um grande fator de prevenção no desenvolvimento de diversas doenças. Algumas pesquisas relataram que a prática regular de atividades religiosas diminui o risco de óbito em até 30%, o que contribui para firmar o papel da espiritualidade como uma medida preventiva de saúde²⁷³.

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

Tal fato pode demonstrar que a religiosidade e/ou espiritualidade proporcionam um forte auxílio tanto no acolhimento como na procura por significação, aparecendo como variáveis importantes para o enfrentamento da problemática. Esse fator demonstra o quanto o indivíduo precisa buscar uma explicação para os eventos que o cercam e até mesmo para seu futuro no longo prazo, além do quanto essa estratégia pode ajudá-lo a enfrentar a situação atual que vivencia.²⁷⁴

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

Os pacientes MVPA1 e SLPA2 também atribuíram à crença em Deus como forma de manter a esperança diante da doença. Eles reconheceram que o cultivo da espiritualidade por meio de práticas como oração, meditação e participação em uma comunidade de fé, mesmo que nenhum deles fosse frequentador assíduo, são

²⁷² FERREIRA; FORNAZARI, 2010, p. 266.

²⁷³ FERREIRA; FORNAZARI, 2010, p. 267.

²⁷⁴ FERREIRA; FORNAZARI, 2010, p. 267.

suportes na luta contra a enfermidade. Havia o entendimento de que uma ação de Deus estaria diretamente ligada ao reestabelecimento da saúde plena.

Uma vez que os pacientes entrevistados eram oriundos de uma tradição cristã católica, eles valorizavam os momentos de oração e a administração de ritos religiosos como bênção e a eucaristia. Eles descreveram a sensação de bem estar que experimentavam ao participarem desses momentos.

A oração é um dos recursos que a capelania hospitalar dispõe para cuidar integralmente do enfermo. Na oração o ser humano pode se comunicar com Deus, colocar diante dele os seus anseios mais profundos, expressar gratidão, clamar pelas necessidades de outros e meditar em alguma verdade espiritual. Deus também se comunica com o ser humano pela oração na sua sensibilidade, na devoção, no silêncio e na quietude da alma.

Para Hoepfner, que trabalha há anos no campo da capelania hospitalar e conhece inúmeras situações como a que estamos descrevendo, é por meio da oração que o enfermo pode dizer e expressar diante de Deus os seus desejos e sentimentos mais profundos, mais ainda, pode clamar a ele por sua cura. A prática da oração não se restringe apenas a pessoas de confessionalidade cristã. Pacientes e familiares de outras religiões podem solicitar esse recurso ao capelão/ã, mostrando que a oração é um dos fenômenos mais naturais do ser humano. Porém, o recurso da oração deve ser utilizado de maneira 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.²⁷⁵

León propõe a ideia de uma oração integral onde corpo, mente e alma, isto é, a totalidade do ser se entrega em oração. Inicialmente ele preconiza que a oração pode ser algo frustrante se for feita a partir de conceitos equivocados sobre ela. A oração não pode ser vista como um instrumento mágico para o ser humano manipular o universo ao seu redor, nem como um sedativo para diminuir tensões

²⁷⁵ HOEPFNER, Daniel A.; HOCH, Lothar Carlos. *Cuidado pastoral num Centro de Tratamento Intensivo adulto: referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais*. 2012. 168 f. Tese (Doutorado) - Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2012, p. 141.

emocionais e nem como um mecanismo neurótico para escapar das angústias da vida²⁷⁶.

A oração é um ato de fé em que Deus existe, nos ama e é capaz de responder as nossas orações. O fortalecimento para enfrentar as dificuldades e a atitude positiva diante da vida são consequências secundárias da oração. A oração autêntica implica no reconhecimento da soberania de Deus, da nossa dependência dele e aceitação da sua vontade para as nossas vidas²⁷⁷.

A oração expressa que reconhecemos nossa condição de criaturas e buscamos comunhão com o Criador. Nesse sentido, a oração é um meio de humanização, onde o contato com o Criador contribui no desenvolvimento da intenção original de Deus ao criar o ser humano²⁷⁸.

Para León, além de propiciar o encontro entre o ser humano e Deus, a oração promove o encontro com o próximo:

O ser humano de fé deve discernir, em oração, o que Deus quer para a plena realização da vida humana a fim de colaborar com sua obra criadora. A oração é um caminho de mão dupla. Através dela, Deus compartilha conosco a sua vontade, poder e amor. A vida de oração deve nos mover para agir em benefício do próximo, de acordo com os propósitos de Deus. Somente compartilhando sua vontade, poder e amor é que podemos ser realmente de ajuda integral para o nosso próximo.²⁷⁹

De forma sintetizada, a oração integral proposta por León consiste em orar com o corpo, por meio do relaxamento corporal e a meditação do coração; com a mente, concentrando os pensamentos em Deus e visualizando lugares que remetem a alguma experiência espiritual significativa; e com alma, pela experiência mística da comunhão com a presença de Deus²⁸⁰.

A prática de uma oração integral mais intensa deve ser reservada para momentos especiais, como um retiro espiritual. Todavia, em uma intensidade menor, a oração integral pode ser praticada em qualquer situação cotidiana e com uma maior frequência²⁸¹.

A oração integral pode ser utilizada como um importante recurso espiritual junto a pessoas enfermas. Ainda que o corpo de um paciente possa estar debilitado, ele pode em sua fraqueza oferecê-lo a Deus, juntamente com os seus pensamentos

²⁷⁶ LEÓN, Jorge A. *Psicología pastoral de la depresión*. 2ª ed. Buenos Aires: Kairós, 2005, p. 105

²⁷⁷ LEÓN, 2005, p. 106.

²⁷⁸ LEÓN, 2005, p. 108.

²⁷⁹ LEÓN, 2005, p. 108.

²⁸⁰ LEÓN, 2005, p. 120.

²⁸¹ LEÓN, 2005, p. 126.

concentrados nele, trazendo à memória aquilo que é capaz de restaurar a esperança e experimentar na sua alma o toque gracioso da presença de Deus.

Segundo Hoepfner, os ritos religiosos são gestos litúrgicos-pastorais, que servem com um instrumental terapêutico pastoral, trabalhando com símbolos que remetem à ação do Sagrado na vida das pessoas. Eles podem ser considerados “como importantes elementos de mediação da graça de Deus em situações de crise existencial, doença e sofrimento”²⁸². No contexto hospitalar, os três principais ritos administrados são: o rito da bênção (imposição de mãos), unção dos enfermos e a eucaristia (Santa Ceia).

Lothar C. Hoch defende a importância do resgate de ritos ligados à tradição cristã no acompanhamento de pessoas enfermas. Ele faz críticas a sua própria formação e confessionalidade luterana, onde a valorização de gestos simbólicos não foi devidamente enfatizada, o que não difere em outras tradições protestantes²⁸³.

Inicialmente, Hoch discorre sobre o rito da bênção, que em algumas situações como casamento, batismo, término de celebrações foi preservado na tradição luterana. Todavia, um olhar para as Escrituras Sagradas evidenciará que o rito da bênção está presente em passagens importantes, tanto do Antigo quanto do Novo Testamento. Jacó abençoou seus netos, os filhos de José, por meio da imposição de mãos (Gênesis 48.18-16); Josué, por sua vez, foi revestido do espírito de sabedoria, pois Moisés tinha imposto as mãos sobre ele (Deuteronômio 34.9)²⁸⁴.

No Novo Testamento, o rito da bênção tem significados diferentes, dependendo do contexto em que está empregado. Pode denotar simplesmente uma bênção (Marcos 10.16) ou gesto de envio (Atos 13.3). Porém, a experiência de imposição de mãos é vista com frequência em narrativas ligadas ao ministério de cura de Jesus, conforme Lucas 4.40: “Ao pôr do sol, todos os que tinham enfermos de diferentes moléstias, lhos traziam; e ele os curava, impondo as mãos sobre cada um.” Em outra passagem, encontramos o clamor de Jairo para que Jesus curasse a sua filha: “Minha filhinha está à morte; vem, impõe as mãos sobre ela, para que seja salva, e viverá” (Marcos 5.23). Nesse caso, o ato de impor as mãos é exemplo de um recurso terapêutico de Jesus²⁸⁵.

²⁸² HOEPFNER, 2012, p. 142.

²⁸³ HOCH, Lothar C. A função terapêutica dos ritos crepusculares. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 38, n. 1, 1998, p. 66.

²⁸⁴ HOCH, 1998, p. 66.

²⁸⁵ HOCH, 1998, p. 67.

Hoch assim descreve a função terapêutico-pastoral do rito de imposição de mãos na assistência de enfermos:

Em sentido humano, as mãos são o instrumento mais expressivo da linguagem corporal que Deus nos deu. Elas são como um prolongamento do mais íntimo do ser humano. O toque e a imposição de mãos são um gesto de carinho, através do qual se expressam proximidade e participação solidária no sofrimento e na dor do outro. 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 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 se tomam instrumentos de mediação da graça, do consolo e do poder de Deus, que prometeu nos assistir na nossa fraqueza.²⁸⁶

O rito da “unção dos enfermos” é uma das práticas pastorais mais negligenciadas no meio do protestantismo histórico. De modo oposto, a tradição ligada à Igreja Católica Romana considera esse rito como o “sacramento dos santos óleos”, substituindo a designação “extrema-unção” por “unção dos enfermos”, para esclarecer que esta prática não serve apenas para pacientes terminais nos momentos finais da vida, mas como sinal e símbolo da recuperação da saúde, estendendo a todos os que estão enfermos²⁸⁷.

Não existem razões para ministros ou ministras oriundos de igrejas protestantes temerem resgatar o rito da unção dos enfermos, uma vez que há um referencial bíblico muito evidente que testemunha a experiência de ungir pessoas doentes. Um exemplo é a orientação da carta de Tiago (5.13-15):

Está alguém entre vós sofrendo? Faça oração. Está alguém alegre? Cante louvores. Está alguém entre vós doente? Chame os presbíteros da Igreja, e estes façam oração sobre ele, ungi-o com óleo em nome do Senhor. E a oração da fé salvará o enfermo, e o Senhor o levantará; e, se houver cometido pecados, ser-lhe-ão perdoados.

Percebemos nessa passagem que o ato de ungir o enfermo não se restringe a uma morte iminente, mas tem um sentido mais amplo e curativo. Entretanto, assim como ocorre com outros recursos espirituais, a unção dos enfermos deve ser praticada de forma responsável e nunca impositiva. Hoch cita uma série de recomendações formuladas pela “Comissão de Liturgia da Federação das Igrejas Evangélico-Luteranas da Alemanha”, que podem servir de base para o uso

²⁸⁶ HOCH, 1998, p. 68.

²⁸⁷ HOCH, 1998, p. 69.

responsável desse rito no contexto hospitalar. Reproduzimos em seguida algumas delas:

a) A pessoa enferma e seus familiares precisam ser previamente consultados e preparados. b) O ritual da unção de enfermos pode ser combinado com o da bênção ou da imposição de mãos. c) No sentido de preservar o caráter comunitário da celebração, é recomendável que, na medida do possível, se convidem os familiares da pessoa enferma e/ou se integrem membros do presbitério da comunidade. d) A unção é feita pelo pastor ou pela pastora na testa e nas mãos do enfermo para indicar que ela abrange a pessoa toda, como um ser que pensa e age. Para isso, utiliza-se o dedo indicador ou o dedo polegar da mão direita, fazendo-se o sinal da cruz.²⁸⁸

Os ritos de bênção e unção dos enfermos permitem aos capelães/ãs a oportunidade de estabelecer um contato físico e uma intimidade, de forma respeitosa com os pacientes. Percebemos que nesses gestos existe um significado mais profundo do que um mero ritualismo: a capelã ou capelão entregam o seu corpo como meio de transmitir a graça de Deus para o enfermo. Deus é fonte de cura e de bênção. O capelão com sua espiritualidade integral e encarnada é um instrumento de Deus para fazer chegar ao enfermo a saúde integral que ele oferece.

A Santa Ceia²⁸⁹ é um dos ritos cristãos de maior diversidade de compreensões bíblico-teológicas. É um tema que historicamente dividiu católicos de protestantes, causando cisões dentro do próprio protestantismo. Todavia, queremos destacar dois elementos que são comuns na celebração da Santa Ceia dentro do cristianismo, e pertinentes como recursos terapêuticos da capelania hospitalar.

O primeiro elemento é o aspecto comunitário da Santa Ceia. Não existe nenhum relato ou evidência, seja bíblica ou na longa caminhada histórica da Igreja de Cristo, em que Santa Ceia tenha sido celebrada de forma individual. As narrativas bíblicas de Mateus 26.26-30, Lucas 22.14-23 e Marcos 14.22-26, que são adotadas como a instituição da Santa Ceia por Jesus, além da narrativa recordada por Paulo em 1 Coríntios 15.23-26, mostram que a essência da celebração é a comunhão entre irmãos e irmãs ao redor de uma mesa, partilhando o pão e o vinho da mesma forma que Cristo partilhou seu corpo e sangue na cruz em favor da humanidade.

²⁸⁸ HOCH, 1998, p. 69.

²⁸⁹ Não é propósito desta pesquisa debater e descrever de forma aprofundada as questões levantadas por diversas correntes teológicas sobre o tema da Santa Ceia. O objetivo aqui é apenas destacar alguns elementos que são comuns na maioria das tradições cristãs, que podem cooperar na assistência espiritual integral de pessoas enfermas.

Ainda que tradicionalmente a Santa Ceia tenha sido celebrada em momentos específicos de missas ou cultos, nada impede que ela aconteça em um leito de hospital, aonde outras pessoas como familiares e amigos podem – junto com a pessoa enferma – se aproximar da mesa de Cristo e participar de intensa e bela experiência de comunhão uns com os outros e com presença vivificadora de Cristo.

Para Hoch, celebrar a Santa Ceia no leito de enfermidade faz com que o paciente não se sinta desvinculado da comunhão com a sua comunidade, o que atenua a dor de não poder participar de uma celebração pública. Outra questão importante da dimensão comunitária da Santa Ceia no ambiente hospitalar é que ela corrige a ideia reducionista de ser realizada apenas quando o paciente está prestes a morrer, conferindo a ela um caráter equivocado de “extrema-unção”²⁹⁰.

O segundo elemento importante na celebração da Santa Ceia para a pessoa enferma é a confissão de pecados. Nas instruções que o apóstolo Paulo descreve em 1 Coríntios 11.17-31 sobre a participação na Santa Ceia, ele preconiza a compreensão do seu real significado, o estar em plena comunhão com irmãos e irmãs de fé, e realização de um autoexame. Esse momento de examinar-se a si mesmo permite à pessoa o reconhecimento das suas limitações e falhas, o que abre um caminho para a confissão e o perdão.

Geralmente, a doença e condição de hospitalização fazem com que a pessoa enferma disponha de tempo para refletir e avaliar atitudes e decisões tomadas em sua vida, o que poderá resultar em constatação de erros cometidos, sentimentos de culpa e necessidade de arrependimento²⁹¹.

A capelania hospitalar deve auxiliar o paciente nesse processo de reflexão, ao trabalhar as questões de culpa e perdão, e oportunizar ao paciente um momento de confissão de pecados antes da celebração da Santa Ceia. Hoch destaca que essa relação entre confissão de pecados e Santa Ceia, em algumas situações pode ser uma grande fonte de consolo para os pacientes:

Esta vinculação pode ser importante nos casos em que a pessoa enferma sentir necessidade de confessar sua condição de pecadora diante de Deus e de outras pessoas. Não raro a doença leva a pessoa a refletir sobre a sua vida, podendo chegar à conclusão de que não a viveu de modo responsável. Em alguns casos a pessoa enferma, em vista do seu fim iminente, faz um balanço tão crítico de sua vida que chega ao ponto de

²⁹⁰ HOCH, 1998, p. 70.

²⁹¹ GARROS, Gerson; RODRIGUES, Rafael S. Culpa e doença: uma reflexão a partir da capelania hospitalar. In: HEIMANN, Thomas ; HOCH, Lothar C.; WONDRAČEK, Karin H.K. (Orgs.) *Um olhar nos espelhos da culpa*. São Leopoldo: Sinodal, 2014, p. 71.

desesperar [...]. Nesses casos, a combinação entre confissão e Santa Ceia, desde que precedida de um acompanhamento pessoal adequado, pode ser fonte de grande alívio e consolo para o moribundo. Há casos em que uma pessoa não consegue morrer sem antes ter desabafado o que estava preso em seu coração ou ter se reconciliado com alguém. Também aqui a celebração da Santa Ceia precedida da confissão pode ser importante. Não obstante, deve ser dito que não existe uma vinculação necessária ou obrigatória entre a confissão e a Santa Ceia com doentes.²⁹²

Os ritos religiosos se constituem como recursos espirituais e terapêuticos que capelães/ãs podem dispor na assistência integral ao enfermo. Nas entrevistas realizadas para a presente pesquisa observamos que os dois serviços de capelania hospitalar prezam pela realização destes ritos sempre que solicitados pelos pacientes.

Outro aspecto interessante quanto à experiência do recurso à espiritualidade para o enfrentamento da doença é que os pacientes entrevistados não transpareceram nenhum sentimento de revolta contra Deus, nem atribuíram a doença a algum tipo de castigo ou punição da parte de Deus. Ao contrário, afirmaram que sentem a presença de Deus em meio a sofrimento e que essa sensibilidade aumenta nos momentos mais difíceis da doença. Os capelães/ãs podem ajudar os pacientes a aprofundarem nessa compreensão apontando para a face sofredora de Deus em Jesus Cristo.

A tarefa designada por Deus a Jesus era de eliminar todo o sofrimento e, paradoxalmente, ele se submeteu ao mais profundo deles: a tortura e, finalmente, a morte na cruz. Além disso, teve uma vida marcada pela dor, rejeição, humilhação e vergonha. Jesus se reconhece como Deus e, ao mesmo tempo, homem ou ser humano. Portanto, a “imagem de Deus” mostra sua face sofredora, na medida em que também nela se encontra a justiça e o amor²⁹³.

Para Gerstenberger e Schrage, a história da paixão, conforme narrada nos evangelhos, expressa que o sofrimento de Jesus Cristo é único e irrepitível, colocando-o a frente de todos os que sofrem e se tornando paradigmático para a compreensão da presença de Deus no sofrimento²⁹⁴.

Jesus Cristo, no seu sacrifício na cruz, padeceu voluntária e inocentemente, acolhendo seu sofrimento e carregando a mesma pergunta que toda a humanidade

²⁹² HOCH, 1998, p. 70.

²⁹³ GERSTENBERGER, Erhard S.; SCHRAGE, Wolfgang. *Por que sofrer? O sofrimento na perspectiva bíblica*. 3ª ed. São Leopoldo: CEBI; Sinodal, 2007, p. 130.

²⁹⁴ GERSTENBERGER; SCHRAGE 2007, p. 132.

sempre faz pelo porquê do sofrimento. É interessante notar que Jesus respondeu a essa pergunta com a sua própria experiência, quando o sofrimento humano atingiu seu ápice na sua paixão e entrou em uma nova dimensão: o sofrimento foi associado ao amor. Então, Jesus redime o sofrimento, elevando-o ao nível da redenção e chama o ser humano para participar dessa redenção e, conseqüentemente, do seu sofrimento. Ele nunca escondeu de seus seguidores a necessidade do sofrimento, porém, ensinou como fazer o bem com o sofrimento e como fazer bem a quem está sofrendo²⁹⁵.

O autor do livro de Hebreus, fazendo referência à pessoa de Jesus, afirma que aquele que sofre se torna apto para se solidarizar e socorrer os sofredores (2.18): “Porque, tendo em vista o que ele mesmo sofreu quando tentado, ele é capaz de socorrer aqueles que também estão sendo tentados.” A tentação aqui é descrita no seu sentido de provação.

Henri Nouwen descreve a lenda rabínica do sarador ferido, em que o Messias está sentado entre os pobres, coberto de ferimentos que enfaixa e desenfaixa um por vez, ficando sempre de prontidão para ser requisitado e curar os ferimentos dos outros. Nouwen faz a relação direta dessa lenda com a obra de Jesus, na qual o Cristo “transformou o próprio corpo ferido em caminho de cura, para a libertação e para a nova vida”²⁹⁶.

Em 1 Pedro 2.24, Jesus também é apresentado como sarador ferido, ou seja, aquele que sara o sofrimento humano através do seu próprio sofrimento: “Levando ele mesmo em seu corpo os nossos pecados sobre o madeiro, para que, mortos para os pecados, pudéssemos viver para a justiça; e pelas suas feridas fostes sarados.”

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

²⁹⁵ TERRA, D. João E. M. Introdução ao Livro de Jó. *Revista de Cultura Bíblica*, São Paulo, v. 25, n. 103/104, 2002, p. 24.

²⁹⁶ NOUWEN, Henri J. M. *O sofrimento que cura*. 2ª ed. São Paulo: Paulinas, 2002, p. 119.

Enfim, aqueles que sofrem nos hospitais também podem encontrar no exemplo de Jesus Cristo uma fonte de esperança e consolo para o seu sofrimento. Os capelães/ãs com sua espiritualidade encarnada podem auxiliar as pessoas enfermas nessa busca, assim como ajudá-las a desenvolver uma espiritualidade integral²⁹⁷.

A importância da pertença em uma comunidade de fé será discutida na próxima categoria, que refletirá sobre o papel da Igreja como parceira na missão de Deus.

4.4 A capelania hospitalar como parceira na missão de Deus

A quarta categoria criada pela AC, *A capelania hospitalar como companheira de caminhada no sofrimento do enfermo*, foi também desenvolvida por meio das entrevistas com a paciente MVCA1 e o paciente SLPA2, a partir da percepção que ambos possuem sobre os objetivos da capelania hospitalar e os sentimentos que experimentam quando são assistidos pela mesma.

Os pacientes expressaram que se sentem acolhidos, assistidos em suas necessidades espirituais e emocionais, e consolados em sua dor, pelo trabalho da capelania hospitalar. Ficou perceptível nos relatos que capelães/ãs conseguem auxiliar os pacientes a compreenderem melhor a doença, animá-los com palavras de conforto e a ressignificar positivamente a situação de sofrimento.

Ao analisarmos os principais objetivos da capelania para os pacientes como: estimular a espiritualidade, animar, consolar, ajudar a enxergar novas perspectivas de vida, e confrontarmos com o que eles experimentam quanto às intervenções da capelania hospitalar, constatamos que essas expectativas são supridas e que o cuidado integral dispensado pelos capelães/ãs atinge o objetivo esperado.

A convivência entre pacientes e capelães/ãs acaba promovendo uma relação de companheirismo e parceria entre eles. Ao sentir o cuidado, a disponibilidade e a dedicação do capelão/ã, o paciente passa a enxergá-lo como um companheiro, um irmão na sua caminhada de sofrimento. Nessa perspectiva, a capelania hospitalar representa a presença encarnada da Igreja de Cristo que se

²⁹⁷ Vale ressaltar que ainda que alguns dos autores citados nesse tópico não tenham uma relação direta com a FTL, suas ideias compartilham com o princípio de integralidade que é considerado o cerne da missão para a TMI.

coloca ao lado da pessoa enferma, comprometida com a sua saúde integral e, portanto, parceira na missão de Deus. Essa relação pode ser aprofundada com o auxílio da Teologia da Missão Integral.

Para Sanches, os CLADES²⁹⁸ deram pertinentes contribuições para a elaboração de uma teologia integral da Igreja. Primeiramente, os mesmos congressos reafirmaram a Igreja de Cristo como comunidade, que apesar de historicamente diversa, tem uma comum-unidade teológica na missão de evangelizar e transformar a realidade, colaborando com a ação do Espírito Santo no mundo. Há um reconhecimento de que a Igreja não tem cumprido sua missão “devido à falta de unidade e solidariedade para com os que sofrem”. Sendo assim, uma teologia integral da Igreja apela para a superação de divisões internas e preconiza o diálogo para fortalecer a unidade cristã, demonstrando um autêntico testemunho do evangelho de Cristo ao mundo. Conforme descrito no CLADE III, “não é honesto da nossa parte proclamar um evangelho que reconcilia o mundo, se nós não nos temos reconciliado entre nós”²⁹⁹.

A Igreja tem como sua natureza e tarefa a evangelização do mundo e, por isso, é uma comunidade missionária. Toda pessoa cristã, capacitada pelos dons do Espírito Santo e orientada por uma teologia do sacerdócio universal de todos os crentes, é chamada a fazer missão integral no contexto em que está inserida. Isso não é uma tarefa exclusiva de ministros religiosos ou de pessoas que são consideradas tradicionalmente “missionárias” em suas igrejas, por realizarem projetos transculturais de plantação de igrejas. O chamado de Jesus para missionar destina-se a todos os seus seguidores³⁰⁰.

Como consequência do chamado para agir no mundo, a Igreja deve ser uma comunidade contextualizada e encarnacional. Nos documentos finais dos CLADES sempre há uma descrição do contexto da sua época e um comprometimento com mudanças e soluções que sejam capazes de transformar as realidades de pobreza, dor e sofrimento na América Latina³⁰¹.

A Igreja como comunidade contextualizada existe para cooperar na missão de Deus em situações concretas, o que faz dela uma comunidade diaconal ou de serviço ao mundo. A Igreja pode cumprir essa tarefa à luz da Palavra de Deus e com

²⁹⁸ Os CLADES são descritos exaustivamente no segundo capítulo dessa pesquisa.

²⁹⁹ SANCHES, 2013, p. 102.

³⁰⁰ SANCHES, 2013, p. 102.

³⁰¹ SANCHES, 2013, p. 104.

a ajuda de outras áreas do conhecimento. Sanches assim descreve a dinâmica de uma igreja que trabalha para a construção de um mundo melhor, com base no discipulado de Jesus Cristo:

Uma igreja consciente do seu papel no mundo se ocupará com as demandas do seu tempo histórico e realizará a proclamação do evangelho, o ensino e a edificação daqueles que estão sob os seus cuidados, o consolo daqueles que sofrem, o cuidado daqueles que necessitam e promoverá, equitativamente, um autocrescimento orgânico saudável. Como ensina o CLADE III, como comunidade diaconal: “a Igreja deverá afirmar que todo o aspecto da vida nacional é um campo de ação legítimo para o serviço cristão”.³⁰²

Pensar em uma comunidade diaconal, isto é, uma comunidade que serve ao mundo por meio dos dons do Espírito Santo, levando salvação e saúde integral a todo ser humano conforme o modelo de Cristo, remete a uma dimensão essencial da Igreja de Cristo: a Igreja como comunidade terapêutica.

Para León, a função terapêutica da igreja é uma expressão da missão evangelizadora. Ele recorda que o verbo grego *therapeuo*, de onde se origina o termo “terapêutico”, tem como primeiro significado o cuidar, e o segundo, curar, ressaltando que são muitos os textos bíblicos que tratam sobre a necessidade de cuidarmos uns dos outros³⁰³.

Segundo Noé, tratar a Igreja como “comunidade terapêutica” consiste em uma redundância teológica, uma vez que, se ela for a comunidade de Jesus Cristo, necessariamente será terapêutica. Porém, essa redundância é necessária para resgatar os elementos terapêuticos presentes na Bíblia e na tradição cristã, afim de dialogar com “outras formas de terapias contemporâneas, no sentido de uma integração ou rejeição, seja ela parcial ou ampla”³⁰⁴.

León também afirma que toda a comunidade cristã é terapêutica porque se congrega em torno de Jesus Cristo. Sendo assim, as pessoas que se aproximam da Igreja podem receber a influência curadora de Cristo. Além disso, a Igreja é terapêutica no sentido de que todos os seus membros deveriam ser cômicos do abismo existente entre aquilo que são e o que deveriam ser. Então, a ação terapêutica da Igreja pode ser vista tanto através do crescimento pessoal da sua

³⁰² SANCHES, 2013, p. 103.

³⁰³ LEÓN, 2005, p. 165.

³⁰⁴ NOÉ, Sidnei Vilmar. Ideias introdutórias ao conceito de comunidade terapêutica. *Comunidade Terapêutica: cuidando do ser através das relações de ajuda*. In: HOCH, Lothar C.; NOÉ, Sidnei Vilmar. (Orgs.) São Leopoldo: Sinodal, 2005, p. 10.

membresia, quanto por meio da missão redentora e terapêutica a pessoas que se aproximam dela.³⁰⁵

Noé desenvolve algumas teses que abordam a relação entre as dimensões diaconal, terapêutica e integral da Igreja de Cristo:

A comunidade é terapêutica, na medida em que possui um caráter diaconal, ou seja, de serviço. Este caráter é vivido dentro do contexto da própria comunidade, onde um auxilia e cuida do outro. Ele também é vivido para além dos contornos da comunidade, onde um auxilia e cuida do outro. Ele também é vivido para além dos contornos da comunidade, em relação a pessoas e grupos à sua margem. A comunidade é terapêutica quando ela recupera a integralidade do ser humano. Embora o elemento espiritual seja o seu elemento constitutivo, acolherá o ser humano em sua totalidade indivisível, compreendendo-o em sua unidade. Por conseguinte, atentará para a relação entre fé e os demais elementos que compõem a unidade do ser humano.³⁰⁶

Os pacientes entrevistados falaram sobre a importância de pertencer a uma comunidade de fé para superar os dramas oriundos da doença. O paciente SLPA2, como sacerdote católico, afirmou a sua crença no papel terapêutico da Igreja. A paciente MVPA1 relatou que os valores de fé que recebeu por herança familiar e durante o tempo em que frequentou mais assiduamente a igreja proporcionam fortalecimento, conforto e esperança para prosseguir no seu tratamento e ajudam a manter a fé na sua plena recuperação.

No ambiente hospitalar, uma das formas dos pacientes conhecerem a Igreja de Cristo como comunidade terapêutica é através da capelania hospitalar. Capelães/ãs são missionários que se colocam ao lado do paciente no seu sofrimento, colocando sua vida e seus recursos à disposição da pessoa enferma para que ela experimente a saúde integral. Por isso, é plausível considerar a capelania como parceira na missão de Deus.

4.5 A capelania hospitalar como sinal do reino de Deus

A quinta e última categoria, *A compreensão da enfermidade como transformadora de valores e estilo de vida*, foi elaborada com base nos relatos dos pacientes sobre o papel das suas relações familiares durante o processo da doença e sobre os sentimentos em relação ao estado de saúde.

³⁰⁵ LEÓN, 2005, p. 165.

³⁰⁶ NOÉ, 2005, p.11.

A paciente MVPA1 destacou a maneira como a sua doença uniu os seus familiares, fazendo-os rever alguns valores e modificar o estilo de vida em prol da sua recuperação. Ela também acredita que ter a família próxima é a maneira de Deus se fazer presente no sofrimento.

O paciente SLPA2 relatou quanto a doença interrompeu alguns projetos de vida, trouxe mudanças na rotina, além do caráter inesperado da sua doença e a vida no hospital. Ambos os pacientes externaram sentimentos de frustração, impotência, ao mesmo tempo em que mantém a esperança e a fé na recuperação.

Foi perceptível na experiência de hospitalização dos pacientes entrevistados, que esse momento acarretou mudanças emocionais, econômicas, sociais, profissionais e familiares. Isso exige deles o desenvolvimento de estratégias para se readaptar a nova condição de vida. Essas mudanças também afetaram pessoas próximas aos pacientes, como familiares e amigos que, ao se depararem com o sofrimento de alguém amado e estimado, perceberam a importância das relações afetivas para o paciente.

Não raras vezes, os pacientes fazem uma revisão de vida, repensando ações passadas, revisitando situações, repensando os erros e acertos, revendo os seus valores e crenças. Isso poderá levar a um processo de desconstrução, surgindo assim a necessidade da construção de novos valores, para que a pessoa enferma não se entregue a sentimentos como frustração, angústia e culpa, normalmente presentes nesses momentos críticos da vida. Os familiares também podem passar por esse processo, e por isso podem necessitar, da mesma forma que o paciente, de alguém para ajudá-los nesse momento difícil.

Alguns fatores como a ruptura de relacionamentos, improdutividade laboral, autojulgamento, dentre outros, podem gerar no paciente uma postura de culpar-se a si mesmo ou de culpabilizar outras pessoas por sua situação. Ele pode entender a sua doença de maneira punitiva, como consequência de erros cometidos, ao invés de compreendê-la como um mal contingencial que afeta toda a humanidade, em um ou outro momento³⁰⁷.

Dentro de uma equipe de saúde multiprofissional que atua em um hospital, é fundamental que existam pessoas capazes de acolher e trabalhar com pacientes questões como a culpa, além de outras questões emocionais, familiares e

³⁰⁷ GARROS; RODRIGUES, 2014, p. 72.

espirituais. Um serviço de assistência espiritual, atuando em parceria com os demais profissionais, pode servir de suporte e apoio no enfrentamento dessas situações³⁰⁸.

A fim de cooperar na tarefa de auxiliar a pessoa enferma a retrabalhar os seus valores para atenuar o sofrimento e promover saúde integral, capelães/ãs podem contar com a proposta da TMI de viver uma vida à luz do reino de Deus. Para isso, se faz necessária a compreensão do que significa o reino de Deus e de que maneira os seus valores se relacionam com uma vida saudável aqui no mundo e no porvir.

Uma análise nas narrativas dos evangelhos sinóticos³⁰⁹, mesmo breve, constatará que o reino de Deus, ou reino dos céus, é o tema central do ensino e pregação de Jesus. O Antigo Testamento, que é o fundamento bíblico para Jesus em sua vida e ministério, mostra em alguns textos que a comunidade de Israel tinha uma ideia de Deus como rei: “Tu somente és o Deus de todos os reinos da terra” (2 Reis 19.15); “O Senhor reinará para todo o sempre” (Êxodo 15.18). Essa ideia ficou ainda mais forte com a experiência de libertação no Êxodo, quando o povo de Israel vivenciou um Deus todo poderoso que reinava sobre eles e os guiou da escravidão à libertação, da morte à vida³¹⁰.

Mesmo com o advento da monarquia em Israel, Deus continuava sendo o Rei. Quando o sistema monárquico entrou em decadência, como consequência dos reis humanos de Israel terem se rebelado contra o verdadeiro Rei, Deus levantou profetas para anunciarem a vinda de um reino messiânico, isto é, o estabelecimento do seu reinado através do seu Messias, o Ungido de Deus para reinar. No Novo Testamento, Jesus é o cumprimento dessas profecias e “em sua pessoa e obra o reino tornou-se uma realidade presente”³¹¹. Esta é a confissão de fé da igreja cristã primitiva.

Segundo León, Jesus anuncia que o reino de Deus chega com ele e aborda a tensão escatológica³¹² entre o “já” e o “ainda não” quanto à plenitude do reino. Em

³⁰⁸ GARROS, RODRIGUES, 2014, p. 73.

³⁰⁹ O adjetivo sinótico vem do termo grego *synopsis*, que significa “ver em conjunto”. O teólogo alemão J.J. Griesbach foi o primeiro a empregar essa palavra devido a grande quantidade de semelhanças entre os evangelhos de Mateus, Marcos e Lucas em suas narrativas do ministério de Jesus. Cf. CARSON, D. A.; MOO, Douglas J.; MORRIS, Leon. *Introdução ao Novo Testamento*: São Paulo: Vida Nova, 1997, p. 19.

³¹⁰ LEÓN, 2010, p. 111.

³¹¹ PADILLA, C. René, *Missão Integral*: ensaios sobre o reino e a igreja. São Paulo: FTL; Temática, 1992, p. 197.

³¹² Conforme Louis Berkof escatologia “vem de duas palavras gregas: *eschatos* e *logos*. *Eschatos* significa última, e *logos* significa palavra ou dissertação. A escatologia pode ser compreendida então,

Mateus 12.28, temos o “já” do reino: “Se, porém, eu expulso demônios pelo Espírito de Deus, certamente é chegado o reino de Deus sobre vós”. No texto de Mateus 26.64, temos o “ainda não” do reino: “desde agora, vereis o Filho do homem assentado á direita do Todo-Poderoso e vindo sobre as nuvens no céu”. O reino inicia com a pessoa de Jesus, mas a sua consumação ainda está por vir³¹³.

Para Padilla, o tema central da pregação de Jesus sobre o reino não é “a esperança da vinda do reino numa data previsível, mas o fato de que em sua pessoa e obra o Reino já se tenha tornado presente com grande poder”³¹⁴. Em consonância com esta ideia, ele traz a seguinte definição de reino de Deus:

O Reino é o poder dinâmico de Deus que se torna visível por meio de sinais concretos que mostram que Jesus é o Messias. É uma nova realidade que entrou no centro da história e que afeta a vida humana não somente moral e espiritualmente, mas também física e psicologicamente, materialmente e socialmente. Em antecipação da consumação escatológica do final dos tempos, ele foi inaugurado na pessoa e obra de Cristo. Está ativo no meio do povo, ainda que somente possa ser percebido na perspectiva da fé (Lucas 17.20-21). A consumação do propósito de Deus se realizará no futuro, mas aqui e agora é possível vislumbrar a realidade presente do reino de Deus.³¹⁵

O Novo Testamento apresenta a Igreja como a comunidade messiânica, ou seja, reconhece a Jesus como o Messias de Deus que manifesta o reino concretamente na história. O próprio Jesus estabelece essa comunidade messiânica como sua igreja, constituída por seus discípulos e discípulas, e que, revestida pelo poder do Espírito Santo, manifesta o reino de Deus no mundo³¹⁶.

Não é correto considerar que a igreja é o reino, nem tampouco separar a igreja do reino, mas sim entendê-la como resultado concreto do reino ou de sua presença no mundo. Segundo Padilla, o propósito da igreja “é refletir os valores do Reino, aqui e agora pelo poder do Espírito Santo”³¹⁷. Por isso, ele acredita que a missão da igreja é manifestar o reino de Deus tanto por meio da proclamação,

como uma dissertação sobre as últimas coisas. Diz respeito às coisas que irão acontecer por último, ou seja, ao fim da vida terrena do ser humano, mas também se refere às que ocorrerão posteriormente.” Cf. BERKOF, Louis. *Teologia Sistemática*. São Paulo: Cultura Cristã, 2002, p. 615.

³¹³ LEÓN, 2010, p. 112.

³¹⁴ PADILLA, 1992, p. 198.

³¹⁵ PADILLA, 1992, p. 199.

³¹⁶ PADILLA, 1992, p. 201.

³¹⁷ PADILLA, 1992, p. 202.

quanto pela realização de boas obras. Nesse sentido, as boas obras “apontam para um reino que já veio e para o reino que está por vir”³¹⁸.

Conforme esboçamos no segundo capítulo dessa pesquisa, Daniel Schipani, que preconiza um modelo de aconselhamento pastoral orientado para o reino de Deus, também descreve o papel da igreja como promotora do reino de Deus:

Aconselhadores e teólogos pastorais reconhecem que a Igreja é chamada a manifestar a presença reveladora e a práxis do reino e da sabedoria de Deus. Ao mesmo tempo, eles ajudam a Igreja a discernir a forma desse chamado e são, eles próprios, formados pelo chamado. Identificam e descrevem esse chamado como a vocação da Igreja para tornar-se uma boa forma da realidade da integralidade humana à luz do reino e da sabedoria de Deus.³¹⁹

Schipani afirma que o símbolo do reino de Deus “aponta para a visão e a promessa da comunhão de liberdade, justiça, paz, bem estar e integralidade como fundamentalmente um dom divino que será realizado plenamente além da história”³²⁰. Os aconselhadores pastorais enxergam esses elementos como a cultura do reino do Deus. A participação nessa cultura gera e exige uma vida na sabedoria à luz de Deus³²¹.

O aconselhamento pastoral como ministério da Igreja, na perspectiva da cultura do reino de Deus, implica em duas diretrizes finais para aconselhadores e teólogos pastorais:

1) Eles defendem que o reino de Deus é uma realidade social e uma cultura, um modo de vida que pode tomar forma em qualquer cultura histórica. Além disso, afirmam que o reino de Deus pode adaptar e corrigir todas as formas culturais existentes (incluindo naturalmente a cultura da igreja): relacionamentos, sistemas, práticas, dinâmicas, poder, valores, crenças e ideais, podem ser enfocados, desafiados, afirmados ou transformados à luz da sabedoria de Deus. 2) Dada a sua lealdade principal ao reino de Deus, procuram dedicar consideração específica e consistente às dimensões éticas do seu ministério. Estas dimensões incluem não somente éticas profissionais, valores e normas pessoais numa perspectiva estreita, mas também a importância comunitária e sociopolítica do seu ministério.³²²

³¹⁸ PADILLA, 1992, p. 203

³¹⁹ SCHIPANI, 2004, p. 79.

³²⁰ SCHIPANI, 2004, p. 89.

³²¹ SCHIPANI, 2004, p. 90.

³²² SCHIPANI, 2004, p. 90.

Schipani conclui a sua proposta defendendo que a Igreja como comunidade de sabedoria é chamada a tornar-se “um sinal vivo do reino de Deus”, convidando indivíduos e famílias a desfrutarem de uma vida à luz do reino de Deus³²³.

A capelania hospitalar pode utilizar a proposta de um aconselhamento pastoral orientado para o reino de Deus como forma concreta de ajudar os enfermos e seus familiares a construírem valores positivos como o amor, a compaixão, o perdão, a reconciliação, que são coerentes com a cultura do reino de Deus e podem promover saúde integral. Agindo assim, capelania hospitalar como um ministério da Igreja de Cristo, será um sinal do reino de Deus, dentro do contexto hospitalar.

Nas palavras de Padilla, “o reino é o domínio de Deus sobre a totalidade da vida. Cada necessidade humana, portanto, pode ser usada pelo Espírito de Deus com o ponto de partida para a manifestação do seu poder real”³²⁴.

4.6 Síntese

Neste capítulo, realizamos a discussão e a interpretação das cinco categorias criadas pela Análise de Conteúdo, a partir das entrevistas selecionadas da pesquisa de campo, relacionando-as com categorias teológicas da TMI a fim de apresentar propostas para uma capelania hospitalar integral.

Na primeira categoria, *Espiritualidade encarnada determinante da atitude empática com o paciente*, propomos o princípio da contextualização do evangelho de Jesus Cristo, como uma das bases para capelania hospitalar, para que a espiritualidade encarnada dos capelães/ãs consiga transmitir conforto e esperança ao enfermo.

Na segunda categoria, *Assistência integral como paradigma para as relações entre capelães/ãs, pacientes, familiares e profissionais*, defendemos que o princípio da integralidade da missão deve pautar as ações da capelania hospitalar, no cumprimento da sua missão de zelar pela saúde integral de todas as pessoas que convivem no ambiente hospitalar.

Na terceira categoria, *A espiritualidade como suporte no enfrentamento da doença*, propomos que uma espiritualidade integral, que diz respeito à totalidade do ser, é um importante recurso terapêutico para o enfrentamento de uma doença.

³²³ SCHIPANI, 2004, p. 91.

³²⁴ PADILLA, 1992, p. 207.

Na quarta categoria, *A capelania hospitalar como companheira de caminhada no sofrimento do enfermo*, ressaltamos o papel da capelania hospitalar como parceira na missão de Deus, na medida em que ela oferece a oportunidade para capelães e capelãs se disponibilizarem a acompanhar a pessoa enferma, comprometendo-se com sua saúde integral.

Por fim, na quinta categoria, *A compreensão da enfermidade como transformadora de valores e estilo de vida*, trabalhamos a ideia de que a capelania hospitalar pode sinalizar o reino de Deus, uma vez que no esforço de auxiliar pacientes e familiares a ressignificarem seus valores e estilo de vida, ela pode empregar os valores do reino de Deus para promover saúde integral.

No que segue apresentaremos as principais conclusões da pesquisa e sua pertinência para a caminhada das igrejas junto aos ambientes hospitalares e outros afins.

CONCLUSÃO

Atentar para o cuidado com pessoas enfermas é uma das mais belas expressões de uma relação que é inerente a toda humanidade, criada à imagem e semelhança de Deus. Trata-se do cuidar e da necessidade de ser cuidado. Em um mundo em que impera o descuido, o individualismo e o egocentrismo, pessoas e organizações que empreendem o cuidado em situações de vulnerabilidade humana merecem um papel de destaque e fornecem um exemplo a ser seguido.

O ser humano é uma unidade indivisível, todas as suas dimensões são integradas entre si, por isso o cuidado com outro e consigo mesmo somente faz sentido se for integral. Em um determinado período da história, o cuidado com pessoas enfermas nos hospitais foi lamentavelmente reduzido à questão puramente biológica. Isso gerou uma espécie de fratura no cuidado e uma desumanização da pessoa enferma, uma vez que importava apenas a cura de partes do corpo adoecidas, mas sem tratar de feridas da alma humana, que não poderiam ser instrumentalizadas por materiais tecnológicos de ponta. Não era levado em consideração o fato de que essas feridas invisíveis poderiam ser tão nocivas à saúde quanto as visíveis.

Todavia, em suas origens, os hospitais nascem das preocupações de seguidoras e seguidores de Jesus Cristo, que constituem a sua Igreja, em cuidar e curar enfermos, dando assim prosseguimento à missão de Jesus que sempre priorizou – em seu ministério – uma atenção especial para com a saúde das pessoas. Reafirmamos aqui que, na pessoa de Cristo, saúde e salvação são duas categorias inseparáveis. São dimensões de uma só realidade, cujo fundamento é o amor, a graça e a misericórdia de Deus.

A capelania hospitalar – o tema dominante em toda esta pesquisa – é, nos dias de hoje, um dos modos de a Igreja de Cristo se fazer presente nos hospitais como promotora de saúde integral. Ela resgata a longa tradição cristã do cuidado com enfermos e se une a outras áreas do conhecimento como a medicina, psicologia, enfermagem, no zelo por uma assistência humanizadora e integral, fomentando a espiritualidade de forma associativa com outros recursos terapêuticos.

A capelania hospitalar, por ser uma manifestação da Igreja de Cristo, é essencialmente missionária, entendida a categoria da missão como expressão da missão de Deus, isto é, da obra permanente de Deus neste mundo, da qual e para a

qual a Igreja de Cristo é chamada a participar com todas as suas forças e dons que o próprio Deus desperta e conforma no meio do seu povo. Por isso, nesse estudo, suspeitávamos que uma teologia de missão coerente com o chamado divino poderia fornecer subsídios relevantes para qualificar um serviço de capelania hospitalar e ajudá-lo na sua efetividade em relação às pessoas enfermas. Com este intuito, apresentamos a teologia da missão integral.

Percebemos no percurso histórico da TMI que ela também nasce da preocupação de seguidoras e seguidores de Jesus na América Latina em corrigir reducionismos na missão, dentro do contexto evangélico, pois tratou de compreender o anúncio do evangelho de Cristo a todo ser humano de maneira encarnacional, a fim de transformar as situações concretas de sofrimento do povo latino-americano. É importante enfatizar que a TMI surge num período crítico da história da América Latina, no início da década de 1970, especialmente devido à sensibilidade de um grupo de teólogos e teólogas que não se conformavam com o conservadorismo das igrejas evangélicas nem com propostas missionárias desvinculadas das realidades sociais, econômicas e políticas que mantinham milhões de pessoas na marginalidade e que sobreviviam sob opressão e injustiça institucionalizadas. Além dessa constatação, a TMI também empreendeu o mesmo esforço que a Teologia da Libertação com sua perspectiva crítica em relação ao contexto sociopolítico, econômico e religioso. A diferença marcante é que, enquanto a TdL surgiu em ambiente ecumênico e marcadamente junto às comunidades eclesiais de base da Igreja Católica Romana, a TMI emergiu no mesmo contexto social e histórico, porém, em uma perspectiva evangélica que procurava rever a tradição missionária protestante, sem abrir mão de valores como a evangelização pessoal e a vivência espiritual intensa e comprometida com as respectivas comunidades de fé. Os princípios fundamentais da TMI: contextualização, integralidade e missão, podem ser aplicados a qualquer proposta que tenha a finalidade de suprir as carências humanas cumprindo a missão de Deus. Falar em missão de Deus é necessariamente qualificá-la como integral, pois não há uma missão parcial, dirigida, por exemplo, apenas à dimensão espiritual do ser humano e sua esperança de salvação.

Um dos pressupostos da TMI é que a missão integral deve ser realizada pela Igreja em situações concretas. Por isso, realizamos uma pesquisa social, para imergir na realidade concreta de capelães/ãs e pacientes no ambiente hospitalar,

buscando elementos que nos ajudassem a estabelecer uma relação plausível entre capelania hospitalar e TMI para então desenvolver propostas de uma capelania integral.

As entrevistas com pacientes e capelães/ãs em dois hospitais de referência na cidade de Porto Alegre se configuraram como um momento ímpar dessa pesquisa, e não apenas um instrumento frio de avaliação. Por isso, consideramos importante transcrevê-las na íntegra (capítulo 3), mesmo que nem todas tenham sido utilizadas na Análise de Conteúdo que se seguiu. As entrevistas estão recheadas de experiências e testemunhos de vida em meio ao sofrimento, carregadas de esperança e fé, o que em alguns momentos chegou a levar o pesquisador às lágrimas. Esta experiência vem a demonstrar, ainda que de modo tendencial, que pesquisas com pessoas acabam por envolver o pesquisador de uma forma total, uma vez que não apenas se trata de colher informações, por mais valiosas que venham a se apresentar. O contato com pessoas enfermas, o ambiente hospitalar, o acompanhamento junto a pessoas cuidadoras e a capelãs e capelães que exercem seu ministério em capelarias hospitalares organizadas para acompanhamento pastoral e solidário, tudo isto afeta integralmente o pesquisador, fazendo com que este reveja conceitos teológicos e pastorais, procure compreender em profundidade os dramas humanos e como neles se manifestam a fé, a presença e a graça de Deus.

Os pacientes entrevistados foram unânimes em afirmar que a capelania hospitalar os ajuda a enfrentar o momento de hospitalização, acolhendo as suas emoções e os munindo de fé e esperança. Os capelães/ãs entrevistados foram igualmente unânimes em afirmar que se enxergam como instrumentos de Deus para caminhar ao lado paciente, e assim cumprir a missão de colaborar para a saúde e a salvação integral a pessoas que vivem momentos de intensa e, por vezes, inexplicáveis fragilidades. Foi possível constatar que as duas instituições coparticipantes têm como filosofia de trabalho zelar por uma assistência integral, o que colaborou com os objetivos desta pesquisa. Vale ressaltar que o pesquisador foi muito bem acolhido nas duas instituições coparticipantes, que não mediram esforços para a concretização da pesquisa social.

A Análise de Conteúdo se constituiu como uma importante ferramenta na exploração do conteúdo das entrevistas selecionadas, a partir da categorização dos dados, assim como para a interpretação dos achados nas falas e depoimentos

reunidos. Ela ajudou na complexa tarefa de elaborar categorias primordiais que ajudaram a perceber as contribuições da TMI para um modelo de capelania hospitalar integral, algo que não se tinha claro no início da pesquisa. A TMI até este momento ainda não chegou a elaborar um modelo de aconselhamento pastoral que permita servir como teoria plausível para o exercício do ministério da capelania hospitalar. Esta pesquisa pretendeu justamente reunir elementos que colaborem para a formulação de tal modelo ou paradigma.

Propomos uma capelania hospitalar pautada pela concepção de uma evangelização contextual, onde capelães/ãs por meio de sua espiritualidade encarnada trabalham para que as boas novas do evangelho inundem todo o ambiente hospitalar, transmitindo esperança e conforto a pacientes, familiares e profissionais da saúde. O que ficou claro é que o conceito de evangelização precisa ser revisto permanentemente para que, tanto pacientes quando familiares e outras pessoas envolvidas, sejam respeitadas em suas crenças e valores, ainda que isto não signifique abrir mão da centralidade do evangelho de Cristo para a vida de fé e amor que caracteriza a missão cristã.

Propomos uma capelania hospitalar pautada pela integralidade da missão, onde todo o trabalho de cuidado e assistência espiritual desenvolvido por capelães/ãs visa a suprir todas as necessidades de pacientes, familiares e profissionais, sejam estas físicas, psíquicas, sociais ou espirituais, enxergando-os na sua totalidade como seres humanos.

Propomos ainda uma capelania hospitalar que estimule a espiritualidade integral dos pacientes, oferecendo recursos espirituais terapêuticos que integram corpo, mente e alma, para o enfrentamento da doença e todas as suas consequências pessoais, familiares, profissionais, enfim, humanas. Destacamos nesse sentido, o valor da oração e dos ritos de bênção e de comunhão como a ministração da Santa Ceia. Foi possível verificar que, mesmo pessoas sem grande vinculação com comunidades de fé, se sentem valorizadas e fortalecidas quando podem receber este tipo de serviço religioso, que não admite qualquer tipo de proselitismo ou pressão espiritual.

Propomos uma capelania hospitalar como parceira na missão de Deus, na medida em que ela se configura com um braço de uma comunidade terapêutica que tem como um dos seus propósitos acompanhar pessoas enfermas, procurando atenuar o seu sofrimento, compreender suas dúvidas e angústias, cooperando assim

para a melhora do seu estado de saúde. Aqui a dimensão da escuta verdadeira e profunda apresentou-se como fundamental. Sem esta escuta qualificada e interessada pela outra pessoa, dificilmente o ministério da capelania hospitalar consegue atingir seus principais objetivos.

Finalmente, propomos uma capelania que sinaliza o reino de Deus, ajudando a pessoa enferma e seus familiares a construírem um novo estilo de vida, a partir de novos valores à luz do reino de Deus. Nesse sentido, foi importante demonstrar que o conceito de reino de Deus não se resume à vida pós-morte, mas aponta para a presença de sua força já neste mundo e em meio a realidades, por vezes, incompreensíveis como as situações vividas no ambiente hospitalar. A dimensão paradoxal do reino de Deus, como já presente, mas ainda não em plenitude, ajuda a encarar com esperança as situações mais extremas, mesmo quando a vida pareça encontrar limites muito duros e inexplicáveis. A esperança que nasce da realidade do reino de Deus torna-se mais que um bálsamo a curar as feridas da vida. Ela se torna fonte de alegria e serenidade, que só se alcança sob o poder restaurador da graça divina.

Reconhecemos que a TMI, como uma proposta teológica relativamente recente, ainda tem muitos desafios contemporâneos para teologizar e aos quais deverá responder. Contudo, estabelecer essa relação entre capelania hospitalar e TMI pode auxiliar a Igreja de Cristo a corresponder ao desafio de ser uma presença missionária cuidadora, respeitosa e cheia de esperança no contexto hospitalar, sendo promotora de saúde e salvação integral.

REFERÊNCIAS

- ALARCOS, Francisco J. *Bioética e pastoral da saúde*. São Paulo: Paulinas, 2006.
- AGRESTE, Ricardo. *Sentimentos e impressões sobre Lausanne 3*. Disponível em: <<http://www.ultimato.com.br/conteudo/sentimentos-e-impressoos-sobre-lausanne-3>>. Acesso em: 15 jan. 2011.
- AITKEN, Eleni Vassão de Paula. *No leito da enfermidade*. 6. ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2009.
- ÁLVAREZ, Francisco. *Teologia da Saúde*. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2013.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARRO, Antonio C. Revisão do Marco da Missão Integral. In: 2º CONGRESSO BRASILEIRO DE EVANGELIZAÇÃO. *Missão Integral: proclamar o reino de Deus, vivendo o evangelho de Cristo*. Viçosa: Ultimato; Belo Horizonte: Visão Mundial, 2004. p. 73-89.
- BERKOF, Louis. *Teologia Sistemática*. São Paulo: Cultura Cristã, 2002.
- BÍBLIA Sagrada com reflexões de Lutero. Tradução de João Ferreira de Almeida ed. rev. e atual. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2012.
- BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do ser humano – compaixão pela terra*. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- _____. *O cuidado necessário*. Petrópolis: Vozes, 2012.
- BOSCH, David J. *Missão transformadora*. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2002.
- CATANI, Afrânio Mendes. *O que é capitalismo*. São Paulo: Brasiliense, 1980.
- CALDAS, Carlos. *Orlando Costas: Sua contribuição na história da teologia latino-americana*. São Paulo: Vida, 2007.
- CARSON, D. A.; MOO, Douglas J.; MORRIS, Leon. *Introdução ao Novo Testamento*. São Paulo: Vida Nova, 1997.
- CAREGNATO, Rita C.A.; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise do discurso versus análise de conteúdo. *Texto e contexto da enfermagem*. Florianópolis, v.15, n. 4, p. 679-684. 2006.

CAVALCANTI, Robinson. Evangelho e a Política na América Latina. In: STEUERNAGEL, Valdir (Org.). *No princípio era o verbo: todo evangelho*. Curitiba: Encontro, 1994. p. 179-186.

CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento Pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento*. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2007.

COSTAS, Orlando E. *Proclamar libertação: uma teologia de evangelização contextual*. São Paulo: Garimpo Editorial, 2014.

ESCOBAR, Samuel. *Desafios da Igreja na América Latina*. Viçosa: Ultimato, 1997.

_____. "La Fundación de La Fraternidad Teológica Latinoamericana: Breve ensayo histórico". In: PADILLA, C. René. *25 Anos de Teología Evangélica Latino Americana*. Buenos Aires: Fraternidade Teológica Latino Americana, 1995.

ESTATUTOS DA FTL. *Boletim Teológico*, São Leopoldo, ano 1, n. 1, p. 9-11, out./dez. 1983. FRATERNIDADE TEOLÓGICA LATINO-AMERICANA. <http://www.ftl.org.br>

FERREIRA, Franklin; MYATT, Alan. *Teologia Sistemática: uma análise histórica, bíblica e apologética para contexto atual*. São Paulo: Vida Nova, 2007.

FERREIRA, Renata. FORNAZARI, Sílvia A. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v.26, n. 2, 2010, p. 263-272.

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

FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, Maria Laura P. B. *Análise de Conteúdo*. 3. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.

FRIESEN, Albert; GRZYBOWSKI, Carlos "Catito". Modelo sistêmico: conceitos e potencialidades. In: FRIESEN, Albert; GRZYBOWSKI, Carlos "Catito"; OLIVEIRA, Roseli K. M. *De bênçãos a traições: a história das famílias de Abraão, Isaque e Jacó*. Curitiba: Esperança; Viçosa: Ultimato, 2006, p. 25-26.

GARROS, Gerson; RODRIGUES, Rafael S. Culpa e doença: uma reflexão a partir da capelania hospitalar. In: HEIMANN, Thomas ; HOCH, Lothar C.; WONDRACEK, Karin H.K. (Orgs.) *Um olhar nos espelhos da culpa*. São Leopoldo: Sinodal, 2014. p. 69-81.

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

GENTIL Rosana Chami; GUIA, Beatriz Pinheiro; SANNA, Maria Cristina. Organização de serviços de Capelania hospitalar: um estudo bibliométrico. *Escola Anna Nery*, v.15, p. 162-170, 2011.

GRELLERT, Manfred. Prefácio. 2º CONGRESSO BRASILEIRO DE EVANGELIZAÇÃO. *Missão Integral: proclamar o reino de Deus, vivendo o evangelho de Cristo*. Viçosa: Ultimato; Belo Horizonte: Visão Mundial, 2004. p. 11-17.

GRAHAM, Larry K. *Care of persons, care of worlds*. Nashville: Abingdon Press, 1992.

GOUVÊA, Ricardo Quadros. *Missão Integral: a única missão*. São Paulo: Garimpo Editorial, 2015.

HERNÁNDEZ, Carlos J. Psicologia pastoral e espiritualidade. In: SANTOS, Hugo N. (Org.) *Dimensões do cuidado e aconselhamento pastoral: contribuições a partir da América Latina e Caribe*. São Paulo: ASTE; São Leopoldo: CETELA, 2008. p. 119-124.

HOEPFNER, Daniel A.; HOCH, Lothar Carlos. *Cuidado pastoral num Centro de Tratamento Intensivo adulto: referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais*. 2012. 168 f. Tese (Doutorado) - Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2012.

_____, Daniel; HOCH, Lothar Carlos. *Fundamentos bíblico-teológicos da Capelania Hospitalar: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa*. 2008. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2008.

HOCH, Lothar C. A função terapêutica dos ritos crepusculares. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 38, n. 1, p. 63-73, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas do registro civil de 2011. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Registro_Civil/2011/comentarios.pdf. Acesso em: 17 abr. 2014.

KIVITZ, Ed René. Uma síntese teológica da Missão Integral. 2º CONGRESSO BRASILEIRO DE EVANGELIZAÇÃO. *Missão Integral: proclamar o reino de Deus, vivendo o evangelho de Cristo*. Viçosa: Ultimato; Belo Horizonte: Visão Mundial, 2004. p. 63-65.

LEÓN, Jorge A. *A caminho de uma evangelização restauradora*. São Leopoldo: Sinodal; Quito: CLAI, 2010.

_____, Jorge A. *Psicología pastoral de la depresión*. 2ª ed. Buenos Aires: Kairós, 2005.

LONGUINI NETO, Luis. *O novo rosto da missão*. Viçosa: Ultimato, 2002.

MALDONADO, Jorge M. Evangelização e Família na América Latina: uma aproximação sócio-pastoral. In: STEUERNAGEL, Valdir. *E o Verbo se fez Carne: desde a América Latina*. Curitiba: Encontro, 1995, p.115-128.

MÍGUEZ, Nestor; RIEGER, Joerg; MO SUNG, Jung. *Para além do espírito do Império: novas perspectivas em política e religião*. São Paulo: Paulinas, 2012.

MÍGUEZ BONINO, José. *Rostos do protestantismo latino-americano*. São Leopoldo: Sinodal, Escola Superior de Teologia, 2003.

MORA GUEVARA, Edwin José; MORA, Daniel Flores. *Develar la verdad: impacto emocional de la comunicación del diagnóstico de enfermedad terminal*. 2007. 307 f. Tese (Doutorado) – Universidad Autónoma de Centro América, Curridabat, Costa Rica, 2007.

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

_____, Sidnei Vilmar. Ideias introdutórias ao conceito de comunidade terapêutica. *Comunidade Terapêutica: cuidando do ser através das relações de ajuda*. In: HOCH, Lothar C.; NOÉ, Sidnei Vilmar. (Orgs.) São Leopoldo: Sinodal, 2005. p. 7-11.

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

OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de. *Pra não perder a alma: o cuidado aos cuidadores*. São Leopoldo: Sinodal, 2012.

_____. *Cuidando de quem cuida: um olhar de cuidado aos que ministram a palavra de Deus*. 3. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2005.

OLIVEIRA, D.C. Sistematização metodológica da análise de conteúdo. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n.4, p. 569-76. 2008.

PADILLA, C. René. *O que é Missão Integral?* Viçosa: Ultimato, 2009.

_____. Todo o Evangelho para todos os povos desde a América Latina. In: STEUERNAGEL, Valdir (Org.). *No princípio era o verbo: todo evangelho*. Curitiba: Encontro, 1994. p.17-22.

_____. *Missão Integral: ensaios sobre o reino e a igreja*. São Paulo: FTL-B; Temática Publicações, 1992.

PAREDES, Tito. Evangelho, Cultura e Missão. In: STEUERNAGEL, Valdir. *No princípio era o verbo: todo evangelho*. Curitiba: Encontro, 1994. p. 93-104.

PAGOLA, Jose A. Jesus e os enfermos mais carentes. In: PESSINI, Leocir. *Bioética e Pastoral da Saúde*. Aparecida: Santuário, 1989, p. 31-45.

PANZINI, Raquel Gehrke et al. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 106-115, 2007.

PESSIN, Leo; MILDNER, João Inácio. O perfil do capelão e a missão capelania hospitalar. *Revista Eclesiástica Brasileira*, v. 52, n. 206, p. 414-48, 1992.

PIERLUIGI, Marchesi. *Humanização da saúde*. São Paulo: Paulus, 1999.

REIMER, Haroldo. Criação e cuidado. *Pistis e Práxis*, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 299-315, 2009.

SAFRA, Gilberto. A fragmentação do *éthos* no mundo contemporâneo. In: NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). *Espiritualidade é saúde: da cura d'almas ao cuidado integral*. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2004, p. 7-14.

SANCHES, Regina Fernandes. *Teologia da Missão Integral*. São Paulo: Editora Reflexão, 2009.

_____. *Teologia Viva: Introdução à Teologia*. São Paulo: Reflexão, 2013.

SANCHES, Sidney. *A Teologia Evangélica Contextual*. São Paulo: Editora Reflexão, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa. (Org.). *A globalização e as ciências sociais*. São Paulo: Cortez, 2005.

SCHIPANI, Daniel S. *O Caminho da Sabedoria no Aconselhamento Pastoral*. São Leopoldo: Sinodal, 2004.

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

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. Aconselhamento Pastoral. In: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. (Org.) *Teologia prática no contexto da América Latina*. São Leopoldo: Sinodal: ASTE, 1998, p. 291-319.

SILVA, Marcos Nunes; FARRIS, James Reaves. *Capelania hospitalar como práxis libertadora junto às pessoas com HIV/AIDS*. 2007. 123f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, Benedicto. (Org.). *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986.

SOUZA, Veronica de Moura et. al. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 68, n. 5, p. 791-796. 2015.

STRECK, Gisela I. W. ; LAUX, Nubia M. (Org.). *Manual de normas para trabalhos científicos*: baseado nas normas da ABNT. 2ª ed. rev. e atual. São Leopoldo: EST; ISM, 2009.

STRECK, Valburga S. *Terapia familiar e aconselhamento pastoral: uma experiência com famílias de baixos recursos*. São Leopoldo: Sinodal, 1999

TERRA, D. João E. M. Introdução ao Livro de Jó. *Revista de Cultura Bíblica*, São Paulo, v. 25, n. 103/104, p.24-29, 2002.

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

WEIL, Simone. *O enraizamento*. Bauru: EDUSC, 2001.

WONDRACEK, Karin K. H.; HOCH, Lothar C.; HEIMANN, Thomas. *Sombras da Alma: tramas e tempos da depressão* São Leopoldo: Sinodal, 2012.

ZABATIERO, Júlio P. Tavares. Os desafios do Pacto de Lausanne para a igreja de hoje. In: BARRO, Antonio Carlos; KOHL, Manfred W. (Orgs.) *Missão Integral Transformadora*. Londrina: Descoberta, 2005, p. 13-44.

ZWETSCH, Roberto E. *Missão como com-paixão: por uma teologia da missão em perspectiva latino-americana*. São Leopoldo: Sinodal; Quito: CLAI, 2008.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa:

“A missão da Igreja junto a pessoas enfermas no contexto da capelania hospitalar: uma reflexão a partir da Teologia da Missão Integral”

Nome do (a) Pesquisador (a): Rafael Souza Rodrigues

Nome do (a) Orientador (a): Roberto E. Zwetsch

1. Natureza da pesquisa: *o sra (sr.) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade discutir a realização da missão da igreja com pessoas enfermas dentro do contexto da capelania hospitalar, tendo como referencial e método a Teologia da Missão Integral, e propor ações que visam melhorar a assistência espiritual nos hospitais.*
2. Participantes da pesquisa: *dois capelães e dois pacientes de duas instituições hospitalares, com um total de oito participantes.*
3. Envolvimento na pesquisa: *ao participar deste estudo a sra (sr) permitirá que o (a) pesquisador obtenha informações importantes sobre a assistência espiritual prestada. A sra (sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.*
4. Sobre as entrevistas: *as entrevistas serão realizadas pelo pesquisador, contendo de seis a sete questões abertas, que serão registradas por escrito e poderão ser gravadas (somente o áudio), mediante autorização do participante e posteriormente transcritas. Se houver gravação de áudio, o mesmo será completamente apagado após a transcrição.*
5. Riscos e desconforto: *A participação na pesquisa não traz complicações legais para os entrevistados. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade dos participantes. Todavia, se caso algum entrevistado se sentir desconfortável com alguma pergunta, terá resguardado o seu direito de não respondê-la.*

6. *Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo servirão de base para estudo das práticas da capelania hospitalar. A identificação das pessoas envolvidas será preservada no anonimato. Somente o pesquisador e o orientador terão conhecimento dos dados.*
7. *Benefícios: A participação nesta pesquisa não trará nenhum benefício direto para os participantes. Contudo, espera-se que este estudo traga informações importantes sobre as práticas da capelania hospitalar, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa suscitar melhorias e uma maior qualificação da assistência espiritual a pessoas enfermas. O pesquisador se compromete a divulgar posteriormente os resultados obtidos.*
8. *Pagamento: a sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.*

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa e assino este em duas vias de igual teor, permanecendo uma via comigo e outra com o/a pesquisador/a.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Local e data

TELEFONES

Pesquisador: 51 8207 2704

Orientador: 51 3590 1823

Nome e telefone de um membro da Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da

Faculdades EST: Walmor Ari Kanitz -2111 1419

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (CAPELÃO)

Instituição hospitalar: _____

Data: ___/___/___

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Entrevista

1) Qual a sua confessionalidade em termos de igreja e sua formação teológica?

2) Na sua visão, como as pessoas enfermas respondem às visitas ou intervenções da capelania hospitalar?

3) Você estabelece algum tipo de relação entre doença e mal?

4) Você enxerga ou sente a presença de Deus diante do sofrimento?

Explique.

5) Qual é para você o objetivo da capelania hospitalar?

6) Na sua atividade como capelão, você transmite conforto e esperança para as pessoas enfermas? Explique.

7) Como se dá a relação entre os capelães (ou a capelania) e demais profissionais da instituição?

8) Você tem algo mais que gostaria de contar ou acrescentar?

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (PACIENTE)

Instituição hospitalar: _____

Data: ___/___/___

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Entrevista

- 1) Como você se sente em relação ao seu atual estado de saúde?
- 2) A que você atribui o seu atual estado de saúde?
- 3) Você participa de algum grupo religioso, igreja, comunidade? O que isso significa para você?
- 4) Como você se sente em relação ao atendimento prestado pela capelania hospitalar?
- 5) A seu ver, qual seria a importância da capelania hospitalar?
- 6) A partir da sua experiência de enfermidade, como você enxerga ou sente a presença de Deus em sua vida?
- 7) Você gostaria de relatar alguma experiência sobre esta sua fase da vida?

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A missão da Igreja junto a pessoas enfermas no contexto da capelania hospitalar: uma reflexão a partir da Teologia da Missão Integral

Pesquisador: RAFAEL SOUZA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43277115.4.0000.5314

Instituição Proponente: INSTITUICAO SINODAL DE ASSISTENCIA EDUCACAO E CULTURA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.026.495

Data da Relatoria: 13/04/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa propõe discutir a realização da missão da igreja com pessoas enfermas dentro do contexto da capelania hospitalar, tendo como referencial e método a Teologia da Missão Integral - TMI, a partir de uma abordagem histórica e teológica, em diálogo com a capelania.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as práticas de capelania hospitalar à partir das contribuições da TMI e da capelania;
Refletir o desenvolvimento histórico da capelania e do cuidado junto a pessoas doentes;
Identificar e relacionar os princípios metodológicos da capelania e da TMI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos éticos, morais ou econômicos.

A pesquisa também não trará nenhum benefício direto aos pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa a nível de Pós-Graduação/Doutorado, na área prática, sob orientação do Dr. Roberto E. Zwetsch.

No projeto consta (p.16) que serão entrevistados(entrevista semi-estruturada) dois pacientes e dois capelães em cada hospital (Moinhos de Vento e São Lucas, ambos de Porto Alegre/RS).

Endereço: Rua Amadeo Rossi 467

Bairro: Morro do Espelho

CEP: 93.030-220

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)2111-1400

Fax: (51)2111-1411

E-mail: lothar@est.edu.br

ESCOLA SUPERIOR DE
TEOLOGIA - EST



Continuação do Parecer: 1.026.495

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresenta a documentação exigida pelo CEP da EST:

Projeto de Pesquisa

Folha de Rosto

TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Responsabilidade

Instrumentos para coleta de dados - Roteiro de entrevista semi-estruturada

Autorização dos estabelecimentos de pesquisa

Recomendações:

O pesquisador precisa definir qual será o destino das gravações, caso ocorram. (Cf.p.16: As entrevistas poderão, mediante a autorização dos participantes, serem gravadas (somente áudio) ou registradas por escrito).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O colegiado recomenda a aprovação da realização da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações finais a critério do CEP:

O colegiado recomenda que o pesquisador avalie com as capelanias dos hospitais as perguntas. Alguns integrantes consideraram as perguntas muito diretas e, dependendo da situação do paciente, poderá criar uma situação constrangedora, dependendo do tipo de doença e tratamento que estiver fazendo.

Endereço: Rua Amadeo Rossi 467

Bairro: Morro do Espelho

CEP: 93.030-220

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)2111-1400

Fax: (51)2111-1411

E-mail: lothar@est.edu.br

ESCOLA SUPERIOR DE
TEOLOGIA - EST



Continuação do Parecer: 1.026.495

SAO LEOPOLDO, 16 de Abril de 2015

Assinado por:
HOCH, Lothar C.
(Coordenador)

Endereço: Rua Amadeo Rossi 467
Bairro: Morro do Espelho **CEP:** 93.030-220
UF: RS **Município:** SAO LEOPOLDO
Telefone: (51)2111-1400 **Fax:** (51)2111-1411 **E-mail:** lothar@est.edu.br



HOSPITAL MOINHOS DE VENTO - HMV

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A missão da Igreja junto a pessoas enfermas no contexto da capelania hospitalar: uma reflexão a partir da Teologia da Missão Integral

Pesquisador: RAFAEL SOUZA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43277115.4.3001.5330

Instituição Proponente: INSTITUICAO SINODAL DE ASSISTENCIA EDUCACAO E CULTURA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.077.987

Data da Relatoria: 20/05/2015

Apresentação do Projeto:

Este estudo será realizado por meio de pesquisa bibliográfica e pesquisa social. Inicialmente será feito um levantamento bibliográfico para refletir sobre a teologia da capelania hospitalar (serviço cristão da igreja ao mundo dos doentes, nos hospitais, nas casas, com objetivo de ajudá-los, a partir da fé, em sua batalha na recuperação da saúde ou na aceitação e humanização dos últimos momentos de vida, por meio do diálogo) e poimênica (trabalho do pastor, de um modo geral) junto a pessoas enfermas, discutindo a sua prática na história e a atual. Em seguida, será realizado o mesmo procedimento para com o tema da Teologia da Missão Integral. A pesquisa social consistirá em uma pesquisa qualitativa, que após aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Escola Superior de Teologia e das instituições coparticipantes, se realizará em duas instituições hospitalares que possuem serviços organizados de capelania hospitalar, através de entrevistas semi-estruturadas, visando coletar informações que possam ajudar a identificar a teologia que fundamenta a prática desses serviços.

Participantes da pesquisa: dois capelães e dois pacientes de duas instituições hospitalares, com um total de oito participantes.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D

Bairro: Floresta

CEP: 90.035-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3314-3537

E-mail: cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 1.077.987

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar as práticas de capelania hospitalar à partir das contribuições da Teologia da Missão Integral e da capelania, tendo em vista uma práxis do cuidado coerente com uma compreensão restauradora e integral do evangelho .

Objetivo Secundário:

- Refletir sobre o desenvolvimento histórico da capelania e do cuidado junto a pessoas doentes;
- Analisar os fundamentos bíblicos e teológicos da capelania e da TMI;
- Relacionar de maneira dialógica os princípios metodológicos da capelania e da TMI;
- Refletir sobre a prática da capelania hospitalar como parte da missão da Igreja hoje;
- Desenvolver propostas para ação missionária na capelania hospitalar, baseadas em uma evangelização restauradora e integral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não relatados pelo pesquisador. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade dos participantes. Todavia, se caso algum entrevistado se sentir desconfortável com alguma pergunta, terá resguardado o seu direito de não responde-la.

Benefícios:

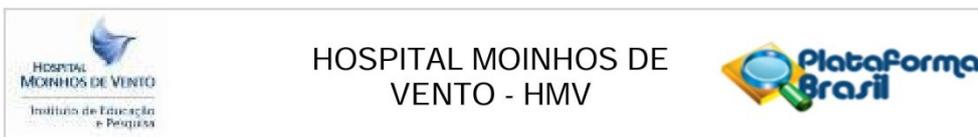
A participação nesta pesquisa não trará nenhum benefício direto para os participantes. Contudo, espera-se que este estudo traga informações importantes sobre as práticas da capelania hospitalar, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa suscitar melhorias e uma maior qualificação assistência espiritual a pessoas enfermas. O pesquisador se compromete a divulgar posteriormente os resultados obtidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo não traz risco para os participante, desde que bem conduzido, sendo a participação voluntária e, que seja guardado o sigilo e a confidencialidade das informações coletadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
Bairro: Floresta **CEP:** 90.035-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 1.077.987

Termos de acordo.

Recomendações:

Recomenda-se que o estudo seja apresentado, assim como as questões que serão aplicadas, para prévia aprovação do serviço de capelania das instituições participantes. Como o estudo tem cunho religioso é importante a comunicação do pesquisador com estes serviços, antes de convidar os participantes, para evitar que sejam convidados pacientes que eventualmente não praticam nenhuma religião.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a referir.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este projeto de pesquisa foi APROVADO na sua totalidade, seguindo as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os aspectos que foram considerados para que esta decisão fosse tomada constam no parecer. O projeto de pesquisa poderá ser iniciado e toda e qualquer alteração no projeto deverá ser comunicada ao CEP/IEP-AH MV, assim como relatórios semestrais e finais, notificação de eventos adversos e eventuais emendas ou modificações no protocolo.

PORTO ALEGRE, 25 de Maio de 2015

Assinado por:
Sérgio Luís Amantéa
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 910 - Bloco D
Bairro: Floresta **CEP:** 90.035-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. CEP – 120/15

Porto Alegre, 20 de agosto de 2015.

Prezado pesquisador,

O CEP-PUCRS informa que, apreciou e aprovou o projeto de pesquisa intitulado: **"A missão da Igreja junto a pessoas enfermas no contexto da capelania hospitalar: uma reflexão a partir da Teologia da Missão Integral"**, no qual somos Instituição Coparticipante.

Informamos também que, este parecer de aprovação deve ser anexado no sistema Plataforma Brasil, pois o mesmo não foi emitido via sistema devido problemas encontrados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.

Pesquisador: Rafael Souza Rodrigues

Instituição Proponente: Instituição SINODAL de Assistência Educação e Cultura

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6681 – 5º andar – CEP: 90619-900

Sala 505 – Fone Fax: (51) 3320-3345

E-mail: cep@puccrs.br