

**FACULDADES EST**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA**

DEOLINDO FELTZ

**ONCOLOGIA E ESPIRITUALIDADE**

Relevância e possibilidades de uma Capelania Hospitalar junto a pacientes oncológicos  
indicados a um programa de cuidados paliativos

São Leopoldo

2017

DEOLINDO FELTZ

## ONCOLOGIA E ESPIRITUALIDADE

Relevância e possibilidades de uma Capelania Hospitalar junto a pacientes oncológicos indicados a um programa de cuidados paliativos

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

Orientador: Prof. Dr. Nilton Eliseu Herbes

São Leopoldo

2017

## FICHA CATALOGRÁFICA

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F328o Feltz, Deolindo

Oncologia e espiritualidade: relevância e possibilidades de uma capelania hospitalar junto a pacientes oncológicos indicados a um programa de cuidados paliativos / Deolindo Feltz ; orientador Nilton Eliseu Herbes. – São Leopoldo : EST/PPG, 2017.

82 p. : 31 cm

Dissertação (Mestrado) – Faculdades EST. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2017.

1. Câncer – Pacientes – Cuidado e tratamento. 2. Tratamento paliativo 3. Obras da igreja junto aos doentes. 4. Capelães de hospitais. 5. Doentes – Vida religiosa. I. Herbes, Nilton Eliseu. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

## RESUMO

O paciente oncológico indicado a cuidados paliativos é um ser integral e multidimensional ao mesmo tempo. Ele é um único corpo, mas formado de várias partes. Qualquer proposta de cuidado a este paciente ficará comprometida se suas dimensões física, psicológica, social, institucional, ecológica e, especialmente, espiritual não forem consideradas e assistidas. Os três capítulos deste trabalho apontam para esta conclusão. No primeiro deles, há uma descrição sobre a integralidade e multidimensionalidade do ser humano, devidamente fundamentada. No segundo as atenções são voltadas para definições a respeito de câncer, oncologia, paciente oncológico e cuidados paliativos, tendo em vista ser esse o contexto central e de interesse desta pesquisa. Destaca-se a descrição das implicações que o câncer, desde a suspeita e diagnóstico, até a impossibilidade de cura e indicação a cuidados paliativos, causa na multidimensionalidade de um paciente. No terceiro, a capelania hospitalar é apresentada em termos conceituais e históricos, para, em seguida, ser apresentada como possibilidade de cuidado da dimensão espiritual, ou necessidades espirituais, de pacientes oncológicos indicados a cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** Integralidade, Multidimensionalidade, Oncologia, Paciente Oncológico, Cuidados Paliativos, Capelania Hospitalar, Necessidades Espirituais.

## ABSTRACT

The oncological patient indicated for palliative care is a whole and multidimensional being at the same time. He/She is a single body but made up of various parts. Any proposal of care for this patient can be compromised if the person's physical, psychological, social, institutional, ecological and, especially, spiritual dimensions are not considered and tended to. The three chapters of this work point to this conclusion. In the first chapter, there is a description of the wholeness and multidimensionality of the human being, duly grounded. In the second chapter, the attention is drawn to the definitions of cancer, oncology, oncological patient and palliative care, seeing as this is the central context and point of interest of this research. We highlight the description of the implications which cancer, from the suspicion and diagnostic to the impossibility of cure and indication to palliative care has on the multidimensionality of a patient. In the third chapter, hospital chaplaincy is presented in conceptual and historical terms to then be presented as a possibility of care of the spiritual dimension or spiritual needs of oncological patients indicated for palliative care.

**Keywords:** Wholeness, Multidimensionality, Oncology, Oncological Patient, Palliative Care, Hospital Chaplaincy, Spiritual Needs.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>1. UM CORPO – mas muitas partes.....</b>	<b>10</b>
1.1 Integralidade e Multidimensionalidade.....	11
1.2 O ser humano <i>bio</i> - Do pó da terra.....	14
1.3 O ser humano <i>psico</i> - Uma alma vivente.....	15
1.4 O ser humano <i>socio</i> – Não é bom que o homem esteja só.....	17
1.5 O ser humano <i>insti</i> – E o Senhor deu a seguinte ordem.....	18
1.6 O ser humano <i>eco</i> – E o Senhor o pôs no Jardim do Éden.....	20
1.7 O ser humano espiritual – Soprou o fôlego da vida.....	22
<b>2. UM CORPO – mas muitas partes: na perspectiva do paciente oncológico em cuidados paliativos.....</b>	<b>25</b>
2.1 Definindo Paciente Oncológico.....	25
2.1.1 Sobre o seu nome.....	25
2.1.2 Sobre o seu surgimento.....	27
2.1.3 Sobre o seu tratamento.....	28
2.2 Definindo Paciente Oncológico Paliativo.....	30
2.2.1 Sobre seus critérios.....	31
2.2.2 Sobre seu significado.....	31
2.2.3 Sobre seus princípios e sua definição.....	32
2.2.4 Sobre sua história e desenvolvimento.....	33
2.3 O paciente oncológico paliativo <i>bio-psico-socio-insti-eco-espiritual</i> .....	34
2.3.1 Marcas no barro.....	35
2.3.2 Marcas na alma do barro.....	38
2.3.3 Marcas nas relações entre almas e ajudadoras.....	40
2.3.4 Marcas nas relações institucionais.....	42
2.3.5 Marcas nas relações com a eco.....	45
2.3.6 Marcas na relação com Deus.....	46
<b>3. CAPELANIA HOSPITALAR – Uma possibilidade.....</b>	<b>48</b>
3.1 Definindo Capelania Hospitalar.....	49
3.1.1 Sobre o seu nome.....	50
3.1.2 Sobre sua história.....	51
3.2 O distanciamento entre espiritualidade e medicina no contexto hospitalar.....	54
3.3 Reaproximação entre espiritualidade e medicina no contexto hospitalar.....	56

3.4 Capelania hospitalar e cuidado espiritual de um paciente oncológico em cuidados paliativos.....	59
3.4.1 Por que cuidar de necessidades espirituais?.....	59
3.4.2 As principais necessidades espirituais de um paciente oncológico em cuidados paliativos.....	60
3.4.3 Quem participa no cuidado dessas necessidades espirituais?.....	60
3.4.3.1 Cuidados espirituais gerais.....	61
3.4.3.2 Cuidados espirituais especializados.....	62
3.4.3.3 Cuidados espirituais específicos/religiosos.....	63
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>72</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho discorre sobre paciente oncológico e oncologia, espiritualidade e necessidade espiritual, cuidados paliativos e capelania hospitalar. Mais concretamente, trata-se de uma pesquisa a respeito da relevância e das possibilidades de uma capelania hospitalar no processo de cuidado espiritual e integral de um paciente oncológico indicado aos cuidados paliativos.

Esta pesquisa, pelo Mestrado Profissional em Teologia – Dimensões do Cuidado e Práticas Sociais, das Faculdades EST, São Leopoldo/RS, foi motivada pela função de capelão hospitalar que o autor desempenha, desde fevereiro de 2011, junto ao Sínodo Mato Grosso, instância regional da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil – IECLB, e junto ao Departamento de Capelania Hospitalar do Hospital de Câncer de Mato Grosso, Cuiabá/MT, onde desempenha, como atividade principal, o acompanhamento e cuidado pastoral de pacientes indicados a este programa.

Cabe ressaltar que a formação oferecida, em solo brasileiro, para líderes religiosos que desejam desenvolver atividades em capelarias hospitalares, especialmente numa função de capelão ou capelã, é ainda muito frágil e limitada. Em sua maioria, são eventos de formação com caráter confessional, de curta duração, com um forte viés fundamentalista e proselitista.

Dentro deste cenário, esta pesquisa e tempo dedicados possibilitaram ao autor formação específica e aprofundada; possibilitaram uma significativa teorização da sua prática, desenvolvida ao longo dos últimos seis anos atuando como capelão hospitalar; permitiram uma razoável ampliação de conhecimento a respeito deste contexto que relaciona espiritualidade e saúde; e o ajudou a redescobrir uma capelania hospitalar de ordem micro e macroecumênica, onde “cuidar da alma” vem muito antes de “ganhá-la”, ou “salvá-la”.

Este trabalho é fruto de uma pesquisa bibliográfica, enriquecida, de maneira sutil, pela experiência do próprio autor. Ele está organizado em três capítulos. O primeiro deles traz, de início, uma fundamentação para integralidade e multidimensionalidade do ser humano. Ele apresenta o ser humano como sendo uma criatura única, exclusiva, integral, criada à imagem e semelhança de Deus, mas que o cuidado prestado a este ser, em sua unicidade, exclusividade, integralidade e *imago dei*, só é possível a partir do cuidado de todas as suas partes, todas as suas dimensões – física, biológica, psicológica, social, institucional, ecológica e espiritual. A

segunda parte deste primeiro capítulo traz uma descrição mais detalhada sobre cada uma destas seis dimensões que compõe a multidimensionalidade do ser humano.

O segundo capítulo, de modo especial, se ocupa em trazer algumas definições, conceitos, desenvolvimento e história da oncologia e dos cuidados paliativos. Na segunda parte do capítulo, os conceitos de integralidade e multidimensionalidade do ser humano retornam, mas em um contexto bem mais específico: “na pele” de um paciente oncológico indicado a cuidados paliativos. O que se pergunta e o que se busca responder, na verdade, são pelas marcas, pelo impacto, pelo o que representa, pelo o que significa para o paciente oncológico ser indicado a este programa, sob o ponto de vista de cada uma das suas seis dimensões.

O terceiro e último capítulo fala de espiritualidade, de modo especial sobre capelania hospitalar. Traz também, de início, algumas definições, conceitos, desenvolvimento e história deste serviço e, como destaque, menciona a relação histórica sempre existente entre espiritualidade e saúde, medicina e fé, corpo e alma, igreja e hospital, o distanciamento entre essas duas dimensões nos últimos dois séculos do milênio passado e as tentativas de uma reaproximação nas últimas décadas.

Esse contexto é o pano de fundo para o segundo e último momento deste terceiro capítulo. As atenções se voltam especificamente para a dimensão espiritual do paciente oncológico paliativo. São elencadas as principais necessidades espirituais deste paciente, bem como a importância do cuidado destas necessidades, finalizando com a relevância e as possibilidades de uma capelania hospitalar neste contexto.

Por fim, ressalta-se que esta pesquisa é resultado da organização de informações provenientes de fontes bibliográficas seguras, de autores renomados, possuidores de grande conhecimento em suas respectivas áreas. Isso a torna instrumento de formação e informação a quem interessar. O autor disponibilizará este material ao Sínodo Mato Grosso e ao Departamento de Capelania Hospitalar do Hospital de Câncer de Mato Grosso para capacitação de voluntários e lideranças religiosas.

## 1. UM CORPO – mas muitas partes

Só um corpo? Um corpo só? Um só corpo? O ser humano, criado à imagem e semelhança de Deus, não é só um corpo<sup>1</sup>. Ele não se limita àquilo que se pode tocar e ver. Muito deste corpo é invisível aos olhos e pode passar despercebido. Da mesma forma, o ser humano criado à imagem e semelhança de Deus também não é um corpo só. A sua existência e sobrevivência se torna praticamente impossível na solidão e na ausência de relações com o outro, entre outros, com o meio, e com o seu Criador. O ser humano é um só corpo, que aponta para a totalidade de um só, mas lembra das partes necessárias para que a totalidade de um corpo exista.

“Um corpo – mas muitas partes” tem como proposta ajudar na compreensão do ser humano, criado por Deus, como sendo formado de dimensões que vão além de uma dimensão física, visível e corpórea. Qualquer ser humano, além de um corpo, é detentor de uma alma, de um espírito, é membro de uma família, é cidadão, é criatura, é filho de Deus. Trata-se de um ser único e exclusivo, mas que é formado de várias partes, dimensões. Portanto, ao mesmo tempo, ele é um ser integral e multidimensional, com suas várias facetas e complexidades. Literaturas e contextos religiosos, de ensino, de pesquisa e de saúde tem se referido a este ser único e multifacetado fazendo uso do termo *bio-psico-socio-insti-eco-espiritual*.<sup>2</sup>

A parte inicial deste primeiro capítulo descreve e fundamenta bibliograficamente a integralidade e a multidimensionalidade de um ser humano, enquanto que a parte seguinte descreve e fundamenta bibliograficamente a existência de seis possíveis dimensões que compõem essa integralidade. É importante dizer que, trazer estes dois conceitos à reflexão, especialmente o da multidimensionalidade, não tem por objetivo compartimentalizar o ser humano, nem mesmo propor qualquer “apreciação” diferenciada a alguma das suas dimensões. O objetivo é possibilitar uma (re)descoberta e ultrapassar algumas delimitações.

---

<sup>1</sup> *Um só corpo* é conceito conhecido, seguidamente acionado em contextos religiosos, por ocasião de formação de lideranças, de trabalho em equipe, compreensão de comunidade, e ainda outros. Está relacionado à palavra bíblica do Apóstolo Paulo em 1ª Coríntios 12. 12-28.

<sup>2</sup> O termo é uma abreviação de possíveis seis dimensões que compõe o ser humano – biológica, psicológica, social, institucional, ecológica e espiritual - conforme alguns autores. Ao longo do texto, cada dimensão será abordada e fundamentada individualmente, especialmente a dimensão institucional e ecológica, que parecem ser as mais incomuns.

## 1.1 Integralidade e Multidimensionalidade

O primeiro indicativo para a compreensão do ser humano como *um só corpo*, porém formado de *muitas partes*, encontra-se na Bíblia Sagrada, especialmente na segunda narrativa da história da criação do ser humano, de tradição judaica e cristã, encontrada no capítulo 2, do Livro de Gênesis. Alguns versículos desta narrativa dizem o seguinte:

7. E formou o Senhor Deus o homem do pó da terra, e soprou em suas narinas o fôlego da vida; e o homem foi feito alma vivente. 8. E plantou o Senhor Deus um jardim no Éden, do lado oriental; e pôs ali o homem que tinha formado (...)15. E tomou o Senhor Deus o homem, e o pôs no jardim do Éden para o lavrar e o guardar. 16. E ordenou o Senhor Deus ao homem, dizendo: De toda a árvore do jardim comerás livremente. 17. Mas da árvore do conhecimento do bem e do mal, dela não comerás; porque no dia em que dela comeres, certamente morrerás. 18. E disse o Senhor Deus: Não é bom que o homem esteja só; far-lhe-ei uma ajudadora idônea para ele.<sup>3</sup>

Tendo em vista que as muitas partes do corpo serão mais adiante analisadas individualmente, e com maior profundidade, cabe aqui apenas uma menção superficial sobre estas diferentes partes, percebidas a partir do texto bíblico da criação. Nesse sentido, é possível observar que, na criação do ser humano, realizada por Deus a partir de terra e água, que são elementos visíveis da natureza, está a sua dimensão/parte física, biológica e química. No fôlego da vida, soprado por Deus nas narinas do recém-criado boneco de barro está, ou se define, a sua relação com este seu criador, portanto, a sua dimensão/parte espiritual. Uma vez que o boneco de barro recebe o fôlego da vida da parte de Deus, ele se torna uma alma vivente, um ser pensante, um ser consciente. E nisso está a sua dimensão/parte psíquica, ou psicológica.

Terminado o processo inicial e pessoal - corpo, espírito e alma, o ser criado por Deus é posto num contexto de relações. Em um primeiro momento, com o ambiente que o cerca. O Jardim do Éden é dado ao ser humano como presente e espaço para o livre exercício do lavrar e do cuidar. Em privilégio e responsabilidade se resume sua dimensão/parte ecológica. No versículo 17 que descreve que “não é bom que o homem esteja só” representa a inserção do ser humano criado por Deus em um segundo contexto de relações – a relação com o outro. Uma ajudadora vem ao encontro de uma necessidade relacional intrínseca a qualquer alma vivente, que corresponde a sua dimensão/parte social. No entanto, este terceiro contexto de relações demanda de comportamentos e regras/normas bem definidas entre os dois (ou mais pessoas), para que essa convivência e coexistência sejam possíveis. Eis a dimensão/parte institucional.

---

<sup>3</sup> BÍBLIA Sagrada: tradução na linguagem de hoje. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1988.

Num contexto mais específico, tem-se o cuidado à saúde. No século passado, dois grandes nomes se ocuparam com o corpo e suas muitas partes. O primeiro deles é Dame Cicely Saunders (1918-2005), enfermeira, assistente social e médica inglesa. É conhecida mundialmente por desenvolver um método especializado de cuidado integral a pacientes terminais e fundar um hospital com esta nova filosofia. Saunders, ao observar o sofrimento de seus pacientes ao longo dos anos, identificou quatro elementos que compõem o que ela denominou de “dor total” que são: dor física, dor emocional/psíquica, dor social e dor espiritual. Ao mesmo tempo em que ela reconhece essa multidimensionalidade da dor, acrescenta que o dever das pessoas que cuidam é usar todas as habilidades possíveis para aliviar a dor total. O foco é sempre o todo da pessoa.<sup>4</sup>

O segundo nome importante que se ocupou com esse tema foi um contemporâneo de Saunders, chamado Howard John Clinebell (1922-2005), americano, pastor e professor de Aconselhamento Pastoral. Segundo Clinebell, integralidade lembra o que Jesus chama de “vida em abundância”, conforme o Evangelho de João 10.10<sup>5</sup>. No entanto, essa “vida em abundância” só é possível se houver potencialização, crescimento e libertação em seis aspectos, ou dimensões, interdependentes da vida de uma pessoa. Em outras palavras, Clinebell entende que, para haver integralidade, é preciso: avivar a mente (psico), revitalizar o corpo (bio), renovar e enriquecer relacionamentos íntimos (socio), aprofundar sua relação com a natureza e a biosfera (eco), crescer em relação a instituições significativas em sua vida (insti), aprofundar e vitalizar o seu relacionamento com Deus (espiritual).<sup>6</sup>

Por último, também se referindo ao tema integralidade e multidimensionalidade do ser humano, tem-se a Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS faz essa referência em três momentos distintos. No primeiro deles, em sua definição de “saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afeções e enfermidades”.<sup>7</sup> Recentemente, uma resolução da 101ª Sessão da Assembleia Mundial de

---

<sup>4</sup> MCCOUGHLAN, Marie. *A necessidade de cuidados paliativos*. In: PESSINI, Léo & BERTACHINI, Luciana (orgs.) *Humanização e Cuidados Paliativos*. 5ª ed. Centro Universitário São Camilo, São Paulo: Edições Loyola, 2011. p. 169.

<sup>5</sup> BÍBLIA, 1988.

<sup>6</sup> CLINEBELL, J. Howard. *Aconselhamento Pastoral. Modelo Centrado em Libertação e Crescimento*. 4ª ed. São Leopoldo: Editora Sinodal, 2007. p. 28-29.

<sup>7</sup> CONSTITUIÇÃO da Organização Mundial da Saúde. In: Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Universidade de São Paulo - USP. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Table/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde>. Acesso em 11 de janeiro de 2017.

Saúde propôs uma modificação deste conceito de saúde da Organização para “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual.”<sup>8</sup>

Num segundo momento, a OMS se refere ao tema na sua definição de Cuidados Paliativos de 1990, revisada em 2002. Sob influência da nova filosofia de cuidado integral, desenvolvida por Saunders, a Organização define cuidados paliativos:

assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.<sup>9</sup>

E, num terceiro momento, a OMS constituiu um Grupo de Avaliação de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*), que desenvolveu um instrumento de pesquisa sobre qualidade de vida chamado WHOQOL – 100. Este é um conjunto de 100 perguntas sobre diferentes aspectos e dimensões do ser humano: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças/religiosidade pessoais.<sup>10</sup> O grupo de pesquisa entende que o nível de qualidade de vida de alguém, ou mesmo a sua integralidade, pode ser identificada a partir de um conjunto de respostas dadas sobre as diferentes dimensões, ou seja, em sua multidimensionalidade.

Em resumo, o texto da criação do ser humano, conforme a Bíblia Sagrada, o conceito de “dor total” de Saunders, a “vida em abundância” de Clinebell e as definições de Saúde, Cuidados Paliativos e Qualidade de Vida da OMS, falam de um ser único, inteiro, completo, mas que é formado de várias partes e dimensões, fundamentando, assim, sua integralidade e multidimensionalidade.

## 1.2 O ser humano *bio* - Do pó da terra

De acordo com a já citada narrativa da criação do ser humano, de uma mistura inicial feita de terra e água, Deus resolveu dar início à raça humana. Essa mistura inicial, esse barro, é a *bio* do ser humano, e pode ser compreendida do ponto de vista da Física, da Química e da

<sup>8</sup> FLECK, Marcelo P. de Almeida. *O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas*. Porto Alegre: Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, n.1, 2000. p. 35.

<sup>9</sup> INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Cuidados Paliativos*. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados\\_paliativos](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos). Acesso em 12 de janeiro de 2017.

<sup>10</sup> FLECK, 2000. p. 37.

própria Biologia. Segundo Tortura e Derrickson, do ponto de vista da Física (do grego *physis* – natureza), tudo o que existe, tudo que tem massa, e tudo que ocupa espaço é matéria. Toda matéria é composta de átomos, que é a menor parte possível de uma matéria. Uma vez que o corpo humano existe, ocupa espaço e tem massa, ele é matéria, que é decorrente de um “amontoado” de átomos.<sup>11</sup> Para ser mais exato, um corpo humano é um “amontoado” de 7 octilhões de átomos, que seria o equivalente a colocar 27 zeros na frente do um.

Do ponto de vista da Química, ciência que estuda a composição, reação e transformação da matéria, Tortura e Derrickson vão dizer que um conjunto de átomos com a mesma propriedade e característica formam um elemento químico. Assim, uma vez que o corpo humano é formado de átomos, e estes átomos dão origem aos elementos químicos, subentende-se que ele é também um “amontoado” de elementos químicos. Os cientistas reconhecem atualmente 112 elementos químicos diferentes. Deste total, 26 deles estão presentes no corpo humano.<sup>12</sup>

Apenas quatro elementos, chamados de elementos *principais*, constituem 96% da massa corporal: oxigênio, carbono, hidrogênio e nitrogênio. Outros oito, elementos *secundários*, contribuem com 3,8% da massa corporal: cálcio, fósforo, potássio, enxofre, cloro, sódio, magnésio e ferro. Quatorze elementos adicionais – *oligoelementos* – estão presentes em pequenas quantidades. Juntos, eles totalizam os 0,2% restantes da massa corporal.<sup>13</sup>

Por fim, enquanto que Física e Química estudam a matéria em sua existência, composição, interação e reação, a Biologia (do grego *bios* – vida e *logos* – estudo) se interessa pela vida que existe na matéria. E tudo aquilo que tem vida, por menor que seja, está atribuído à existência de uma ou mais células.<sup>14</sup> Estudos apontam que o corpo humano possui algo em torno de 100 trilhões de células, das quais 90% deste total são microrganismos que vivem no corpo humano de maneira simbiótica, cuja função é ajudar a proteger o corpo de doenças, ou mesmo ajudar no seu desenvolvimento. Apenas 10% são células especificamente humanas, subdivididas em 200 tipos diferentes. Estas vão se dividindo e se multiplicando por meio de um ciclo celular, cumprindo, assim, com sua missão de produzir os diferentes tecidos, dando origem aos diferentes órgãos, que vão compor os diferentes sistemas do corpo humano<sup>15</sup>. Em

<sup>11</sup> TORTORA, J. Gerard & DERRICKSON, Bryan. *Corpo Humano. Fundamentos de Anatomia e Fisiologia*. 10ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed Ltda, 2017. p. 23.

<sup>12</sup> TORTORA & DERRICKSON, 2017. p. 23.

<sup>13</sup> TORTORA & DERRICKSON, 2017. p. 23.

<sup>14</sup> ALBERTS, Bruce; JOHNSON, Alexander; LEWIS, Julian; RAFF, Martin; ROBERTS, Keith; WALTER, Peter. *Biologia Molecular da Célula*. 5ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed S.A, 2010. p. 01.

<sup>15</sup> WEINBERG, Robert. A. *Uma Célula Renegada: como o câncer começa*. Trad. Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Ciência Atual Rocco, 2000. p. 12.

outras palavras, o corpo humano, biológico, é um amontoado de células, tecidos, órgãos e sistemas.

Ainda sobre a *bio* do ser humano, e como fundamentação desta dimensão, em outubro de 2003 uma publicação na Revista *Science Magazine*<sup>16</sup> trouxe a informação que, assim como é relatado na narrativa da criação do ser humano na Bíblia, a vida na terra possivelmente pode ter surgido do barro. Alguns cientistas afirmaram ter conseguido reunir elementos do barro que são fundamentais no processo inicial da formação biológica. Posteriormente, em 2013, outro grupo de cientistas reafirmou essa teoria.<sup>17</sup>

### 1.3 O ser humano *psico* - Uma alma vivente

A narrativa da criação do ser humano a que se refere esta pesquisa indica que o fôlego da vida soprado por Deus no boneco de barro dá origem a uma alma vivente. A palavra “alma” provém do latim *anima* e *animus*. O *anima* é o sopro de Deus, aquele que anima e dá vida ao corpo, fonte da vida, é eterno, é separado do corpo. O *animus*, por sua vez, surge a partir do *anima* de Deus no ser criado, que vai dar início ao seu processo de movimento/pensamento/comportamento. O *animus* é o “resultado” do *anima* de Deus no ser humano. Este, sim, é próprio do ser humano, e está intimamente ligado ao ser que é animado e não é eterno.<sup>18</sup>

Para Platão, a alma é, antes de tudo, uma entidade relacionada com a ordem religiosa. É aquilo que o ser humano possui de mais divino e de mais particular. O estudioso repudia todas as teorias que acreditam ser a alma formada de algum elemento visível. Ela é, portanto, imaterial, indivisível, indestrutível, incorruptível. Ao imaterializar e eternizar a alma, ele acaba separando corpo e alma e, conseqüentemente, a integra num sistema metafísico e não

<sup>16</sup> Science Magazine é uma revista científica publicada pela *American Association for the Advancement of Science* — AAAS (Associação Americana para o Avanço da Ciência), considerada uma das revistas acadêmicas mais prestigiadas do mundo. O principal foco da revista é publicar importantes investigações científicas originais e comentários de pesquisas.

<sup>17</sup> HANCZYC M. Martin; FUJIKAWA, S. Myoro; SZOSTAK J. Willian. *Experimental models of primitive cellular compartments: encapsulation, growth, and division*. Revista Science, v. 24. n. 302, out. 2003. Disponível em: <http://www.sciencemag.org/content/302/5645/618.abstract?sid=b05eccc9-c700-4edc-b805-229704a8a918>.

<sup>18</sup> RODRIGUES, R. Miguel. *A alma (ou psique): estrutura “entre” o corpo e o espírito*. Dissertação (Mestrado em Teologia) - Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Teologia, Lisboa. 2015. p. 5.

psicológico. Em Platão, a alma é *anima*, inteiramente divina e independente do corpo humano, que assume papel apenas de veste, domicílio ou prisão.<sup>19</sup>

Aristóteles, em oposição a Platão, considera a alma como a forma do corpo. Para ele não existe a possibilidade de um corpo sem alma e nem de uma alma sem corpo. A alma funciona como o princípio da vida e do movimento, e é imanente às funções biológicas e fisiológicas do corpo, sendo, portanto, inseparáveis. Em Aristóteles, a alma é *animus*.<sup>20</sup>

Agostinho entende a alma como algo próprio de cada ser humano, lugar de interioridade e do pensamento que pensa a si próprio. Ela veio de Deus e torna-se parte da dimensão física, visível e biológica do ser humano. No entanto, ela ultrapassa essa dimensão *bio* inicial, indo para uma dimensão inteligível, observável, pensável. Mas também não fica só nesta dimensão. A alma, em Agostinho, alcança também uma dimensão *espiritual*.<sup>21</sup> Em resumo, para Agostinho, a alma é *anima*, é *animus* e é *spiritus* ao mesmo tempo.

Por muitos anos, a alma esteve relacionada a uma esfera religiosa. Apenas no início do século XX a Psicologia reivindica o direito de torná-la o seu objeto de estudos (*psique* = alma + *logia* = estudo). No entanto, a sua perspectiva é a alma como elemento puramente científico.

Após a Primeira Guerra Mundial, na busca de uma Psicologia científica e de técnicas eficazes e instrumentais, as noções metafísicas como de alma são abandonadas, devido a sua falta de precisão e de objetividade. Elas são substituídas progressivamente pela de comportamento, como a única que faria referência a um domínio exclusivo da ciência psicológica (...) Daí resulta que ela seja definida como a "ciência positiva do comportamento dos seres vivos".<sup>22</sup>

Na Psicologia, a alma (vivência da alma) é definida pela capacidade e possibilidade do boneco de barro poder, a partir do sopro divino, pensar, sentir, movimentar, reagir, raciocinar, memorizar, relacionar, processar, conscientizar, criar. Esse *animus*, vindo por meio do *anima* de Deus, que se refere ao comportamento humano e seus processos mentais, compõe a dimensão *psico* do ser humano, e vem a ser o “amontoado” que interessa à Psicologia e suas principais correntes (como Psicanálise, Behaviorismo e outros), assim como átomos, elementos químicos e células interessam à Física, Química e Biologia.

<sup>19</sup> LEAL, C. José. *Jung e Filosofia da Alma*. Boletim Interfaces da Psicologia da UFRRJ. Seção Especial Kairós, v. 3, n. 1, p. 78-79, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.ufrj.br/seminariopsi/2010/boletim2010-1/leal.pdf>. Acesso em 10 de abril de 2017.

<sup>20</sup> LEAL, 2010. p. 80.

<sup>21</sup> RODRIGUES, 2015. p. 13.

<sup>22</sup> SERBENA, A. Carlos; RAFFAELLI, Rafael. *Psicologia como disciplina científica e discurso sobre a alma: Problemas epistemológicos e ideológicos*. Psicologia em Estudo, Maringá/PR v. 8, n. 1, p. 31, jan./jun. 2003. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722003000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722003000100005). Acesso em 11 de abril de 2017.

#### 1.4 O ser humano *socio* – Não é bom que o homem esteja só

Uma alma *animus*, ou vivente, dotada de uma capacidade de pensar, sentir, lembrar, criar, e ainda muitas outras possibilidades, só se completa na relação com um outro ser capaz de realizar as mesmas coisas. A construção da identidade de um ser se dá na relação com outro ser semelhante. A sensação de pertença de um ser se dá apenas na relação com outros seres da mesma espécie. Do mesmo modo, a satisfação das necessidades físicas e de sobrevivência de um ser só se dão a partir da presença de um outro ser. Segundo Ângela Arruda, um dos princípios da alteridade é que “o ser humano tem uma relação de interação e dependência com o outro. O eu só pode existir a partir do contato com o outro. A pessoa é um, é diferenciado, mas, para ser, necessita do outro.”<sup>23</sup>

Desta forma, na perspectiva de Deus, o fim da solidão a partir da criação de uma ajudadora para a alma vivente, contém uma proposta que vai para além de uma relação apenas afetiva e de reprodução entre dois seres. Em seus planos estava, sim, o afeto, a companhia, a reprodução, mas também a construção e desenvolvimento da identidade dos dois seres criados, a sua sobrevivência, a sua interdependência, o seu cuidado mútuo, a satisfação de suas necessidades, e assim por diante. Esse é o “amontoado” que compõe a dimensão *socio* do ser humano, de interesse desta pesquisa e também da Sociologia.<sup>24</sup>

Na Sociologia e na análise das relações destacam-se quatro grandes nomes. O primeiro deles é Karl Marx (1818-1883), um revolucionário alemão, cujo pensamento sociológico era de que as relações sociais, as relações entre pessoas, decorrem dos modos de produção. O resultado dessa relação é, de um lado, capitalista, com posses e meios de produção e, do outro lado, operário, que produz para o capitalista.<sup>25</sup> O segundo é Émile Durkheim (1858-1917), francês, que entendia a sociedade como um organismo que funcionava como um corpo, onde cada órgão tem sua função e depende dos outros para sobreviver. O indivíduo é fruto do meio em que vive e tudo na sociedade está interligado. Mediante qualquer alteração em algum setor da sociedade, toda ela sentirá os efeitos.<sup>26</sup>

<sup>23</sup> ARRUDA, Ângela. *Representando a Alteridade*. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 1999. p. 381.

<sup>24</sup> PEREIRA, V. F. Marcia; VALENCIANO, C. M. Maria. *O que é sociologia?* Revista Jurídica da Libertas, Faculdades Integradas, n. 1, ano 2. Disponível em: <http://www.libertas.edu.br/revistajuridica/revistajuridica2/18.pdf>. Acesso em 23 de fevereiro de 2017.

<sup>25</sup> ALVES, R. Sergio; SILVA, V. Nelson; OLIVEIRA, S. Wenderson; SANTOS, C. Lidiane. *Pensando em Sociedade*. Atenas. Versão on-line. Disponível em: <http://www.atenas.edu.br/faculdade/arquivos/NucleoIniciacaoCiencia/RevistaCientifica/REVISTA%20CIENTIFICA%202008/9%20PENSANDO%20EM%20SOCIEDADE%20-%20S%C3%A9rgio.pdf>. Acesso em 16 de janeiro de 2017. p. 3.

<sup>26</sup> ALVES et al., on-line. p. 3.

O terceiro é Max Weber (1864-1920), intelectual alemão e jurista, cujo pensamento privilegia a parte sobre o todo, tendo em vista que a coletividade se origina do individual. Ele entende Sociologia como ação social, ou seja, “qualquer ação que um indivíduo pratica orientando-se pela ação de outros”.<sup>27</sup> O quarto e último é Zygmunt Bauman (1925-2017), sociólogo polonês, que usa os termos fluidez e liquidez como metáforas para descrever o novo momento da humanidade/sociedade. Segundo ele, em termos de relações entre pessoas, vive-se um tempo de impermanência, onde nada é sólido, ou se conserva por muito tempo. É uma modernidade líquida.<sup>28</sup>

Mesmo que Deus não tenha previsto “capitalistas e operários”, ou mesmo, “relações líquidas”, alguns elementos e situações provocaram desequilíbrio nas relações entre almas viventes e ajudadoras. Desenvolver e construir identidade a partir do outro, encontrar proteção e subsistência, satisfazer as necessidades e cuidar-se mutuamente, ser afeto e companhia, deixou de ser um processo natural e necessário, para se tornar um desafio quase que intransponível. Neste contexto, ainda que frágil, está o Serviço Social, cujo objetivo é propor ações práticas que promovam, novamente, o bem-estar-conviver<sup>29</sup>, e a Constituição Brasileira que transformou a busca por um equilíbrio das relações entre as pessoas numa Política Pública em Assistência Social.<sup>30</sup>

### 1.5 O ser humano *insti* – E o Senhor deu a seguinte ordem

Receber das mãos de Deus uma ajudadora para se identificar, se desenvolver, se relacionar e sobreviver, provocou na alma vivente uma ansiedade positiva. Por outro lado, possivelmente deve ter sido grande a sua angústia, e também da ajudadora, por não saberem exatamente como isso iria funcionar. Não havia um modelo a ser seguido. O que eu posso, e o que eu não posso? O que eu faço, e o que eu não faço? Até onde eu posso ir e até onde o outro pode vir? De quem é a responsabilidade sobre determinada situação ou comportamento?

<sup>27</sup> ALVES, et al., on-line. p. 4.

<sup>28</sup> BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade Líquida*. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2001. p. 17-22.

<sup>29</sup> FITS, Definição de Serviço Social da. *Os princípios de direitos humanos e justiça social são elementos fundamentais para o trabalho social*. Montréal/Canadá, em julho de 2000. Disponível em [http://www.cfess.org.br/fits\\_definicao.pdf](http://www.cfess.org.br/fits_definicao.pdf). Acesso em 23 de fevereiro de 2017.

<sup>30</sup> A Constituição Federal de 1988 reconhece a assistência social como uma Política Pública e, em 1993, por meio da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro, é publicado a LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social, que declara em seu Art. 1º: A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm). Acesso em 23 de fevereiro de 2017.

A dimensão *insti* (institucional) da alma vivente e da ajudadora diz respeito à participação, gozo, e responsabilidade mediante um “amontoado” de regras, normas, valores, comportamentos e práticas instituídas, que regem a vida de um casal, de uma família, de um grupo de pessoas, de uma sociedade, e possibilitam que o convívio entre os seres humanos, nestes contextos, seja algo possível.<sup>31</sup>

As instituições são guias práticos para as ações dos indivíduos em suas relações, e que sem elas a vida social seria impossível. Elas servem de fonte norteadora para o que é permitido ou não; são elas que limitam a ação do indivíduo dentro de um espectro em que a racionalidade seja valorizada; sem as instituições o ser humano viveria na natureza levado apenas por seus instintos mais básicos: fome, sede, sexo, descanso. Portanto, as instituições são criações humanas para regulação de seu convívio social.<sup>32</sup>

Entre as muitas instituições que promovem a boa relação entre almas viventes e ajudadoras, três se destacam: Família, Religião/Igreja e Estado. A Família, segundo Ramos e Nascimento, é base para todas as outras instituições; é onde tudo começa. Como fonte principal de socialização do indivíduo, é lá que se internaliza e se reproduz padrões e normas culturais adequadas para o convívio social. Na família está o manual prático de pensamentos e comportamentos permitidos.<sup>33</sup> Sem falar que é também na família que está a sensação de pertença, a subsistência, a identificação e a proteção.

A Religião/Igreja, por sua vez, de acordo com Maria Setton, professora de Sociologia da USP, é um espaço produtor de valores morais, de formação de consciência, que ajuda indivíduos entenderem a realidade, construir convívio, manterem a ordem e realizar transformação social. Ela cita Émile Durkheim, que atribui à Religião/Igreja um poder de unir um determinado grupo de pessoas em função de um sistema de crenças que os ajuda a viver.<sup>34</sup> Além de um contexto de cuidado, comunhão e sentido de vida, ela promove, por meio de seus ensinamentos, amor ao próximo, partilha, solidariedade, igualdade e estabilidade social.

Já o Estado, na qualidade de instituição maior e soberana, existe para assegurar a vida humana em sociedade. Sua atribuição é oferecer, por meio dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, segurança, lazer, saúde, educação, previdência, zelar pela igualdade e pela justiça, elaborar regras para disciplinar as relações e ainda outras ações que favoreçam o

<sup>31</sup> MOUGEOLLE, Léa. *As Instituições Sociais*. Junho de 2016. Versão on-line. Disponível em: <http://www.sociologia.com.br/as-instituicoes-sociais/>. Acesso em 23 de fevereiro de 2017.

<sup>32</sup> RAMOS, M. Danielle, NASCIMENTO, G. Virgílio. *A família como Instituição Moderna*. Fractal, Revista de Psicologia, v. 20, n. 2, p. 462, jul./dez 2008.

<sup>33</sup> RAMOS & NASCIMENTO, 2008. p. 467.

<sup>34</sup> SETTON, J. G. Maria. *As religiões como agentes da socialização*. Cadernos CERU - Universidade de São Paulo, v. 19, n. 2, p. 17-18, 2008. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/ceru/article/view/11855/13632>. Acesso em 11 de abril de 2017.

bem-estar e o bom convívio<sup>35</sup>. Sociologia, Serviço Social e Assistência Social se interessam por esta dimensão institucional do ser humano.

### 1.6 O ser humano *eco* – E o Senhor o pôs no Jardim do Éden

Alma vivente e ajudadora receberam de Deus, como uma espécie de “presente de casamento”, um belo Jardim na região do Éden para poderem morar. A contrapartida do casal em relação ao presente? Simplesmente lavrar e guardar o Jardim. E neste gesto se resume a dimensão *eco* (ecológica) do primeiro casal, e de todo e qualquer ser humano posterior.

O Jardim do Éden, a ser lavrado e guardado pelo ser humano atual, em cumprimento à sua dimensão *eco*, pode ser reconhecida em quatro conceitos:

1 - *Jardim/Natureza* - quando se fala, ou mesmo se ouve a expressão “natureza”, a associação mais comum que se faz é a de uma paisagem natural que inclui florestas, rios, montanhas e animais. Essa delimitação ocorre naturalmente porque são esses elementos que o ser humano consegue perceber através de seus próprios sentidos. No entanto, a natureza a ser lavrada e guardada, do latim *natura*, envolve tudo aquilo que é material, que vai de um átomo a uma galáxia, e que não sofreu/sofre intervenção humana.<sup>36</sup> Entende-se intervenção humana aqui não como intocabilidade, mas como algo criado por Deus.

2 - *Jardim/Meio Ambiente* – a palavra “ambiente” lembra um conjunto de condições que envolvem e sustentam os seres vivos na biosfera, abrangendo elementos do clima, do solo, da água e de organismos. A expressão “meio ambiente” se refere a soma total destas condições externas/ambiente, onde um organismo, uma condição, uma comunidade, um ser, ou um objeto, existe dentro.<sup>37</sup>

3 - *Jardim/Recursos Naturais* – um recurso significa algo a que se possa recorrer mediante uma necessidade. Nesse sentido, um recurso natural é aquilo que está presente na natureza/ambiente, que pode ser algo vivo ou não-vivo, a que o ser humano recorre para preencher/satisfazer seu desejo, ou mesmo uma necessidade.<sup>38</sup>

<sup>35</sup> CARVALHO, J. Rodrigo. *Estado: conceito, elementos, organização e poderes*. Viajus. Versão on-line. Disponível em <http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=3711>. Acesso em 14 de janeiro de 2017.

<sup>36</sup> ALBUQUERQUE. P. Bruno. *As relações entre o homem e a natureza e a crise socioambiental*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2007. p. 17.

<sup>37</sup> ART, W. Henry. *Dicionário de ecologia e ciências ambientais*. São Paulo: UNESP, 1998. p. 38-40.

<sup>38</sup> DULLEY. D. Richard. *Noção de natureza, ambiente, meio ambiente, recursos ambientais e recursos naturais*. Agricultura São Paulo, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 22, jun./dez 2004.

4 - *Jardim/Ecologia* – Ernest Haechel propôs a criação da Ecologia, em 1866, como novo ramo da Biologia. O objetivo desta ciência era estudar as relações entre as espécies animais e o seu meio ambiente. Ele utilizou a palavra grega *oikos*, (casa), e propôs o termo ecologia como “ciência da casa”, ou “estudo do lugar onde se vive”.<sup>39</sup> Atualmente, o pensamento ecológico se subdivide em quatro grandes áreas:

Ecologia Natural: estuda as interações entre os seres vivos e seu meio ambiente natural, buscando compreender a dinâmica de vida da natureza. Ecologia Social: estuda a forma pela qual a ação do homem pode interferir na natureza. Conservacionismo: nasceu da percepção de que a ação humana pode ser destrutiva ao meio ambiente natural; é uma área mais prática do pensamento ecológico, voltada para a luta em favor da preservação da biodiversidade e dos elementos naturais. Ecologismo: sua ideia central é de que uma solução para os problemas ambientais da atualidade só poderá ser alcançada com uma ampla mudança na economia, na cultura e na própria maneira dos homens se relacionarem entre si e com a natureza.<sup>40</sup>

Desde o surgimento do Jardim, da alma vivente e da ajudadora, até poucas décadas atrás, o lavar e o guardar, como relação e dimensão *eco* do ser humano frente ao Jardim, se dava de tal maneira que não se comprometia, ou se colocava em risco, a existência de um ou de outro. Num tempo pré-histórico, o ser humano nômade considerava-se parte do Jardim e dele extraia apenas o necessário para sobreviver. Nas posteriores sociedades organizadas e fixas, mesmo que tenha havido algum tipo de poluição ou extinção, não representava ameaça. Na Idade Média os impactos da ação humana sobre o jardim eram tranquilamente suportáveis. Porém, é na passagem para Idade Moderna que a relação entre Jardim e ser humano começa a ganhar outra formatação. Tecnologias, experimentação científica, produção em massa, sentir-se dono sobre, consumismo desenfreado, transformam o Jardim em objeto de uso e exploração humana sem limites.<sup>41</sup> Esse quadro vem se agravando ao longo dos últimos anos, e o resultado são alterações climáticas significativas (aquecimento global, terremotos, maremotos, tornados, furacões), escassez de recursos naturais (água potável, oxigênio), doenças (causadas pela poluição, uso de agrotóxicos, produtos químicos) e ainda outros descuidos.

Neste contexto de descuido, Leonardo Boff escreve sobre a urgência da construção de um novo *ethos*<sup>42</sup>, que permita uma nova convivência entre os humanos com os demais

<sup>39</sup> ALBUQUERQUE, 2007. p. 19.

<sup>40</sup> ALBUQUERQUE, 2007. p. 20-21.

<sup>41</sup> ALBUQUERQUE, 2007. p. 90-91.

<sup>42</sup> 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 caráter cultural e social de um povo, sendo uma síntese dos costumes de um determinado grupo ou sociedade. In: SILVA, Benedicto. (Org.). *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986. p. 433.

seres da comunidade biótica, planetária e cósmica.<sup>43</sup> Construir um novo *ethos* é reconstruir a casa comum, a Terra, para que nela todos possam caber. E esse novo jeito de lidar com a casa comum nasce de uma nova ótica.<sup>44</sup> Na nova ótica, o cuidado com o outro deixa de ser um ato isolado e irrefletido para ser uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo pelo e com o outro.<sup>45</sup>

Para Boff, o lavar e o guardar são os dois modos de ser no mundo. No modo-de-ser-trabalho (lavar) o ser humano interage com a terra, conhece suas leis e ritmos, intervém e constrói seu habitat para seu conforto. É uma mistura de interação e intervenção.<sup>46</sup> No modo-de-ser-cuidado (guardar) o ser humano não interage na natureza numa relação de sujeito e objeto, mas de sujeito para sujeito. Existe uso, mas não numa relação de domínio. Não é intervenção. É comunhão.<sup>47</sup>

### 1.7 O ser humano espiritual – Soprou o fôlego da vida

A terra, a água, o barro, o boneco, o sopro, a vida, a ajudadora, as relações, as normas/regras, o jardim, tudo é resultado das palavras, das mãos, e do fôlego de Deus. As cinco dimensões vistas até aqui, *bio-psico-socio-insti-eco*, torna possível a qualquer ser humano enxergar a participação de Deus em tudo. Mas, é somente a dimensão *espiritual*/espiritualidade, definida por relacionamento autêntico de fé entre criatura e Criador, é que transforma tudo isso em algo que vai para além de simples consideração, gratidão, compreensão e entendimento. Tem a ver com buscar e encontrar um sentido para uma vida toda.

Quando se fala da espiritualidade dois grandes dilemas se instalam. O primeiro deles tem a ver com a sua própria definição. O teólogo André Droogers vai dizer que definir espiritualidade é fácil demais, porque o assunto tem tantos aspectos, que qualquer tentativa de definir o conceito é inevitavelmente um sucesso.<sup>48</sup> Mas, logo em seguida ele conclui que

<sup>43</sup> BOFF, Leonardo. *Saber cuidar – Ética do Humano – compaixão pela terra*. 16ª ed. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 1999. p. 27.

<sup>44</sup> BOFF, 1999. p. 28.

<sup>45</sup> BOFF, 1999. p. 35.

<sup>46</sup> BOFF, 1999. p. 93.

<sup>47</sup> BOFF, 1999. p. 97.

<sup>48</sup> DROOGERS. André. *Espiritualidade: o problema da definição*. In: Estudos Teológicos. v. 23, n. 2, 1983. p. 111.

“definir espiritualidade é como comer sopa com um garfo: a gente nunca termina e fica o tempo todo com fome”.<sup>49</sup>

O teólogo e sacerdote católico Urbano Zilles também fala da dificuldade com relação a uma definição mais precisa a respeito de espiritualidade. Segundo ele, a palavra vem sendo muito usada nos últimos séculos, mas quando se pergunta pelo significado, as respostas são vagas. É uma palavra que todos podem usar sem medo de errar, já que não existe uma definição como referência.<sup>50</sup>

O segundo dilema que se instala ao se definir espiritualidade tem a ver com a dificuldade de diferenciá-la de religiosidade. Mesmo que estejam intimamente ligadas, não são a mesma coisa.

A religião pode ser definida como um sistema de crenças e práticas observados por uma comunidade, apoiado por rituais que reconhecem, idolatram, comunicam-se com, ou aproximam-se do Sagrado, do Divino, de Deus (em culturas ocidentais), ou da Verdade Absoluta da Realidade, ou do nirvana (em culturas orientais). A espiritualidade é vista como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado e/ou transcendente. Isso pode ser encontrado na religião, mas, muitas vezes, pode ser mais amplo do que isso.<sup>51</sup>

Leonardo Boff também traz uma reflexão sobre religiosidade e espiritualidade a partir de um diálogo com Dalai Lama.

A religião está relacionada com a crença no direito à salvação pregada por qualquer tradição de fé, crença esta que tem como um de seus principais aspectos a aceitação de alguma forma de realidade sobrenatural, incluindo uma ideia de paraíso ou nirvana. Associados a isso estão ensinamentos ou dogmas religiosos, rituais, orações e assim por diante. Considero que espiritualidade esteja relacionada com aquelas qualidades do espírito humano – tais como amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia – que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros.<sup>52</sup>

Tanto Koenig como Boff acreditam ser a espiritualidade algo próprio do ser humano desde a sua criação (*animus*), tendo a ver diretamente com a sua busca e sua relação com o Sagrado, enquanto que a religiosidade, como uma criação humana, tem a função de ajudar o ser humano nesta busca e nesta relação.

Apesar dos dilemas citados, três possíveis definições de espiritualidade merecem atenção. A primeira é de Droogers, que a descreve como algo inspirado pela religião, e que se constitui num processo de produção simbólica pelo qual a pessoa e o grupo religioso se

<sup>49</sup> DROOGERS, 1983. p. 112.

<sup>50</sup> ZILLES, Urbano. *Espiritualidade Cristã*. In: TEIXEIRA, F. B. Evilázio; MÜLLER, C. Marisa; SILVA, D. T. Juliana (Orgs.) *Espiritualidade e Qualidade de Vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 11.

<sup>51</sup> KOENIG, Harold. *Medicina, Religião e Saúde*. O Encontro da Ciência e da Espiritualidade. p. 11.

<sup>52</sup> BOFF, Leonardo. *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante, 2001. p. 12.

comprometem numa relação existencial com uma realidade sagrada e, como consequência disso, com outras pessoas e outros grupos de pessoas.<sup>53</sup>

A segunda definição vem do Grupo de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (Grupo WHOQOL-1998).

[A espiritualidade é um] conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa.<sup>54</sup>

A terceira definição é especificamente cristã. Segundo Paulo Butzke, a fé é algo pessoal e existencial, obra do Espírito Santo no ser humano, por meio da Palavra de Deus. Essa fé o insere numa relação de comunhão com Deus, numa igreja visível e invisível. E as formas que a pessoa/comunidade expressa essa fé (nesta relação) no cotidiano é que se chama espiritualidade. É uma expressão exterior da fé interior.<sup>55</sup>

Enfim, este primeiro capítulo procurou descrever uma fundamentação bibliográfica consistente, que oportuniza a compreensão do ser humano como sendo *um só corpo*, porém, feito de *muitas partes*. A integralidade de um ser humano só pode ser compreendida na sua multidimensionalidade. *Um só corpo* só é possível a partir de um “amontoado” de átomos, elementos químicos, células, tecidos, órgãos, sistemas (*bio*), comportamentos, pensamentos, sentimentos, processos (*psico*), relacionamentos, privilégios, responsabilidades (*socio-institico*), busca/relação com o sagrado (*espiritual*).

O capítulo a seguir retoma estes conceitos de integralidade e multidimensionalidade, mas na perspectiva de um paciente oncológico indicado a cuidados paliativos. Após alguns conceitos e definições iniciais a respeito de oncologia e cuidados paliativos, a pergunta a ser respondida é pelo impacto e pelas marcas que o câncer e a indicação deixam na *bio-psico-socio-institico-espiritual* deste ser humano.

<sup>53</sup> DROOGERS, 1983. p. 128.

<sup>54</sup> WHOQOL Group. *Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)*: USP. Revista de Saúde pública, v. 33, n. 2, 1998. p. 202.

<sup>55</sup> BUTZKE, Paulo Afonso. *Aspectos de uma espiritualidade luterana para os nossos dias*. In: Estudos Teológicos. São Leopoldo, n. 2, p. 105-106, 2003.

## **2. UM CORPO – mas muitas partes: na perspectiva do paciente oncológico em cuidados paliativos**

Ser indicado a um programa de cuidados paliativos representa um grande impacto na *bio*, na *psico*, na *socio*, na *insti*, na *eco* e na *espiritualidade* de qualquer ser humano. A ideia de uma terminalidade que se aproxima, evocada por essa indicação, atinge, significativamente o ser humano em sua integralidade/corpo e em sua multidimensionalidade/partes. Reconhecer isso, especialmente por parte de quem cuida, possibilita um cuidado diferenciado.

Este segundo capítulo tem como proposta, num primeiro momento, conceituar paciente oncológico, oncologia e cuidados paliativos e, num segundo momento, descrever sobre o impacto e as marcas que o câncer provoca, da suspeita à terminalidade, nas diferentes dimensões deste paciente.

### **2.1 Definindo Paciente Oncológico**

Segundo o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), câncer é um nome geral dado a um conjunto de doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células danificadas<sup>56</sup>. Paciente oncológico é aquele que porta algum tipo de câncer.

Atualmente, câncer é o responsável por mais de 15% do total das mortes no Brasil. A cada ano são em torno de 600 mil novos casos. Destes, 40% não sobrevivem. Tendo em vista a elevada perspectiva de vida, é possível dizer que a cada cinco brasileiros que chegarem aos 75 anos de idade, um deles será um paciente oncológico<sup>57</sup>.

#### **2.1.1 Sobre o seu nome**

No meio científico, o termo usado para se referir a algum tipo de câncer é neoplasia maligna.

A definição científica de câncer refere-se ao termo neoplasia, especificamente aos tumores malignos, como sendo uma doença caracterizada pelo crescimento descontrolado de células transformadas. Existem quase 200 tipos de câncer, que

---

<sup>56</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA. *ABC do Câncer – Abordagens Básicas para o Controle do Câncer*. Rio de Janeiro, p. 17. 2012.

<sup>57</sup> JEMAL, Ahmedin; VINEIS, Paolo; BRAY, Freddie; TORRE, Lindsey; FORMAN, David. *O Atlas do Câncer*. Trad. Hospital de Câncer de Barretos. 2ª ed. Atlanta: American Cancer Society, 2014. p. 6.

correspondem aos vários sistemas de células do corpo, os quais se diferenciam pela capacidade de invadir tecidos e órgãos, vizinhos ou distantes<sup>58</sup>.

Historicamente, o termo neoplasia surge a partir do médico e pesquisador Rudolf Virchow (1821-1902), criador de uma chamada “teoria celular”. Segundo ele, se o corpo humano é todo formado de células, as células que o formam só podem vir de outras células. E isso se dá ou pelo aumento do número delas, que ele chamou de *hiperplasia* (*hiper* = em alto grau + *plasia* = processo de formação de um tecido pela célula), ou pelo aumento de seu tamanho, que ele chamou de *hipertrofia* (*hiper* = em alto grau + *trofia* = aumento de volume). Virchow dizia que todo tecido humano em crescimento seria *hiperplasia* ou *hipertrofia*<sup>59</sup>.

No entanto, Virchow ao observar o crescimento de células patológicas pelo microscópio, percebeu um processo diferente, uma espécie de *hiperplasia extrema*, que acontecia de modo incontrolável e redefinido, como se tivesse vida própria. E ele chamou esse crescimento de *neoplasia* (*neo* = novo), um crescimento novo, uma formação nova e totalmente independente e distorcida<sup>60</sup>.

O acréscimo do termo “*maligna*” à neoplasia justifica-se pelo fato de que nem todo crescimento novo e distorcido de células vai dar origem a um tumor, ou doença maligna.

[A malignidade de uma neoplasia está na] perda do controle da proliferação e da divisão celular; imortalização celular; presença de alterações (de forma e número) de cromossomos; perda das propriedades adesivas da membrana plasmática, que permite o reconhecimento célula-célula, e inibição por contato do movimento e crescimento celular; perda da função e da capacidade de diferenciação ou especialização; capacidade para invadir os tecidos vizinhos e provocar metástases (do grego *metá* - além + *stasis*- imobilidade = levar para além da imobilidade); capacidade de induzir a formação de novos vasos sanguíneos (angiogênese).<sup>61</sup>

Uma palavra que também está ligada a câncer é *onkos*, termo grego que significa volume, carga, fardo. Entende-se o câncer como uma carga, um fardo pesado, cujo corpo precisa carregar. Desta compreensão, a ciência que estuda o câncer encontra a sua definição - Oncologia<sup>62</sup>. Enquanto que Oncologia tem a função de estudar, pesquisar, compreender, e eliminar o fardo, o paciente oncológico é aquele que carrega o fardo.

<sup>58</sup> ALMEIDA, Lúcia V.; LEITÃO Andrei; REINA, L. C. Barrett, MONTANARI, C. Alberto; DONNICI C. Luis. *Câncer e agentes antineoplásicos, ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA: uma introdução*. Química, Nova Belo Horizonte/MG, v. 28, n. 1, 2005. p. 118.

<sup>59</sup> MUKHERJEE, Siddhartha. *O Imperador de Todos os Males – Uma biografia do câncer*. Trad. Berilo Vargas.

<sup>3ª</sup> Reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. p. 32.

<sup>60</sup> MUKHERJEE, 2012. p. 32.

<sup>61</sup> BELIZÁRIO, E. José. *O próximo Desafio – Reverter o Câncer*. Departamento de Farmacologia – Universidade de São Paulo, Ciência Hoje, v. 31, n. 184, 2002. p. 52.

<sup>62</sup> MUKHERJEE, 2012. p. 68.

O termo “câncer” apareceu pela primeira vez na literatura médica como *karkinos*, palavra grega para caranguejo, na época de Hipócrates, por volta do ano 400 a.C. O tumor, com vasos sanguíneos inchados à sua volta, fez Hipócrates pensar num caranguejo enterrado na areia com as patas abertas em círculo<sup>63</sup>. Escritores posteriores acrescentaram mais alguns detalhes que justificavam o uso da comparação. A superfície endurecida e desbotada do tumor lembrava a dura carapaça do corpo do caranguejo, além da súbita pontada de dor produzida pela doença que se compara a dor produzida pelas suas garras.<sup>64</sup>

Estima-se que câncer é uma das doenças mais antigas da história da humanidade. Uma explicação para não ter sido antes citada é que as sociedades mais antigas não viviam muito tempo. Tendo em vista a estreita relação entre câncer e idade avançada, outras doenças matavam as pessoas antes dele aparecer. Mesmo assim, existem registros de células cancerígenas em múmias do Egito, datadas de 3.000 a.C.. Também foi localizado um câncer em restos de crânio humano de 1.900 a.C.. Pergaminhos egípcios, datados por volta de 1.600 a.C., descrevem oito casos de tumores de mama tratados por cauterização, câncer de estômago tratado com cevada cozida misturada com tâmaras, câncer de útero tratado com uma mistura de tâmaras frescas misturadas com cérebro de porco introduzidos na vagina<sup>65</sup>.

### 2.1.2 Sobre o seu surgimento

Uma das possibilidades aceitáveis para se explicar o surgimento de um câncer está relacionada a uma possível falha no chamado ciclo celular. O ciclo celular envolve quatro estágios chamados de *Gap 1*, *Síntese*, *Gap 2* e *Mitose*.

Na fase G1 (gap 1 = interfase), a célula aumenta de tamanho e prepara-se para copiar seu DNA. A cópia (replicação) ocorre na fase seguinte, chamada de S (síntese) e permite que a célula duplique precisamente seus cromossomos. Depois de replicados os cromossomos, inicia-se a fase G2 (gap 2), durante a qual a célula prepara-se para a fase M (mitose) – na qual a célula-mãe, aumentada, finalmente divide-se ao meio, para produzir duas células-filhas, com igual número de cromossomos. As células-filhas imediatamente entram em fase G1 e podem reiniciar o ciclo celular.<sup>66</sup>

Em dois momentos, este ciclo celular é interrompido por um “ponto de checagem”. O primeiro acontece na transição do *Gap 1* para *Síntese*, e o segundo, na transição do *Gap 2* para *Mitose*. Estes dois “pontos de checagem” são momentos onde dois grupos de genes da própria célula, chamados de proto-oncogenes (que estimulam a divisão celular) e genes

<sup>63</sup> MUKHERJEE, 2012. p. 68.

<sup>64</sup> MUKHERJEE, 2012. p. 68.

<sup>65</sup> JEMAL et al., 2014. p. 94.

<sup>66</sup> RIVOIRE, A. Waldemar; CAPP, Edison; CORTELA, E. Helena; SILVA, B. Simoni. *Bases Biomoleculares da Oncogênese Cervical*. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 47, n. 2, 2001. p. 181.

supressores de tumor (que inibem a divisão celular), realizam uma espécie de varredura na célula, para poder identificar qualquer anormalidade no processo/ciclo. Quando uma falha é identificada no aumento da célula, ou na cópia do DNA, ou na replicação da cópia do DNA nas células-filhas, o ciclo é interrompido para que a célula seja corrigida, ou mesmo, descartada.<sup>67</sup> O perfeito funcionamento dos “pontos de checagem” impede que uma célula com defeito, cancerígena, se multiplique.

No entanto, por alguma razão desconhecida, os proto-oncogenes e os genes supressores de tumor também falham na sua função de estimular, inibir, corrigir ou descartar. A teoria é que alguma mutação perturbe as informações carregadas pelos genes, que não cumprirão mais a sua função específica junto ao corpo. O resultado será o surgimento de uma célula com defeito, que dará origem a mais duas células com defeito, que darão origem a um tecido com defeito, e assim por diante. Aliados a alguns fatores de risco, tais como exposição ao sol e produtos químicos, vírus, obesidade, tabagismo, envelhecimento, hormônios, e ainda outros, estas células/tecido com defeitos vão dar origem a uma possível neoplasia maligna<sup>68</sup>.

### 2.1.3 Sobre o seu tratamento

Uma vez detectada, as três formas principais de tratamento de neoplasia maligna são quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Atualmente, por uma questão de segurança e de melhores resultados, na maioria dos casos, a aposta é numa combinação destas três modalidades terapêuticas. Poucos são os casos onde apenas uma modalidade é aplicada.<sup>69</sup>

A quimioterapia é o método usado na oncologia para combater as neoplasias malignas a partir de uma combinação de compostos químicos. Ela pode ser: *curativa*, quando a proposta é eliminar o tumor completamente; *adjuvante*, geralmente administrada após procedimento cirúrgico para “esterilizar” as áreas próximas e, assim, evitar o ressurgimento, ou metástases; *prévia*, indicada para obter redução do tumor para posterior cirurgia, ou radioterapia; *de controle*, indicada em casos onde há possibilidade de prolongamento da vida do paciente, mesmo que não haja cura; *paliativa*, quando não há possibilidade de cura, sendo o objetivo apenas a melhora da qualidade de vida do paciente<sup>70</sup>.

Uma das primeiras tentativas de se curar o câncer através de quimioterapia foi com um médico alemão chamado Paul Ehrlich, entre os anos de 1904 e 1908. O problema em suas

<sup>67</sup> BELIZÁRIO, 2002. p. 53.

<sup>68</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA, 2012. p. 21-23.

<sup>69</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA, 2012. p. 69.

<sup>70</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA, 2012. p. 69-70.

tentativas era que os produtos químicos que ele usava para eliminar as células ruins eliminavam também as boas<sup>71</sup>. Alguns anos depois, na 1ª e 2ª Guerra Mundial, foram lançados sobre alguns soldados um gás chamado “mostarda”. Cientistas analisaram sobreviventes atingidos por este gás e perceberam uma enfermidade na medula óssea. As células que produziam sangue haviam parado de funcionar. O interesse deles era descobrir o efeito desse gás na dizimação das células brancas, especialmente células brancas malignas. E, ao fazer uma experiência num paciente com linfoma, as glândulas inchadas desapareceram. Isso foi publicado em 1946<sup>72</sup>.

A *radioterapia* é um método terapêutico que faz uso de radiação para o tratamento de câncer. Existem três modalidades clínicas utilizadas: *injeção de radioisótopos* na corrente sanguínea (usado em câncer de tireoide); *braquiterapia*, onde a radiação é colocada diretamente no local onde está o tumor. É feito por agulhas, sementes ou fios. Muito usada em câncer de próstata e útero; *teleterapia*, onde a radiação é posicionada e aplicada a uma certa distância da pele do paciente, na região onde se localiza o tumor<sup>73</sup>. Uma dose certa de radiação, aliada ao tempo certo de aplicação, produzem efeitos químicos que matam as células malignas, permitem a erradicação do tumor, sem comprometer as células vizinhas, que terão a função de regenerar a área radiada.

A radioterapia pode ser *curativa*, quando visa eliminar totalmente o tumor; *remissiva*, quando prevê apenas a redução do tumor para posterior cirurgia; *profilática*, administrada pós cirurgia para esterilizar possíveis focos microscópicos do tumor; *paliativa antiálgica*, aplicada para diminuição da dor; *paliativa anti-hemorrágica*, aplicada para controlar sangramentos<sup>74</sup>.

A utilização de radiação para matar células cancerosas, ou impedi-las de se dividirem, foi desenvolvida como tratamento entre os anos de 1900 e 1950. O elemento químico rádio foi descoberto por químicos em 1902. A partir de algumas experiências, eles concluíram que esse rádio podia transportar e depositar energia nos tecidos humanos. Isso permitiu que cirurgiões aplicassem cargas de energia em tumores onde a cirurgia não era possível, num primeiro momento. O rádio era inoculado em fios de ouro e costurado nos tumores. A radiação alterava o DNA das células do tumor e provocava a sua morte<sup>75</sup>.

---

<sup>71</sup> MUKHERJEE, 2012. p. 112.

<sup>72</sup> MUKHERJEE, 2012. p. 114.

<sup>73</sup> HOSPITAL de Câncer de Barretos. *O que é radioterapia? Tratamentos*. Versão on-line. Disponível em <https://www.hcancerbarretos.com.br/radioterapia-2>. Acesso em 17 de janeiro de 2017.

<sup>74</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA, 2012. p. 71.

<sup>75</sup> MUKHERJEE, 2012. p. 101.

A *cirurgia* é o principal tratamento para o câncer. Sua finalidade é remover o tumor em sua totalidade. Ela é indicada para alguns tipos de tumor, em especial tumores iniciais, ou aqueles que não respondem a radioterapia ou quimioterapia<sup>76</sup>.

O registro mais antigo de uma cirurgia de remoção de tumores data de 1900 a 1600 a.C.. O código de Hamurabi da Babilônia define taxa fixa para a remoção cirúrgica de tumores (dez shekels) e sanções para o fracasso. No ano 50 d.C., na Itália, romanos descobriram que alguns tumores podiam ser removidos por cirurgia e cauterizados (geralmente com ferro quente). No ano 100 d.C., também na Itália, o médico grego Cláudio Galeno removeu alguns tumores cirurgicamente, mas ele acreditava que era melhor não tratar o câncer<sup>77</sup>.

No século XVII, um cirurgião escocês chamado John Hunter começava a remover tumores dos pacientes numa clínica em Londres. Mas, para ele só valia a pena retirar tumores móveis, superficiais. Especialista em cirurgias de cadáveres, realizá-las em pacientes vivos, para ele, era tenso. Afinal, não existia anestesia. Entre 1846 e 1867 duas descobertas facilitaram nesse sentido. Em 19 de outubro de 1846, foi apresentada a anestesia, por Willian Morton, e em 1867 ao operar sua própria irmã, Joseph Lister, usando ácido carbólico como antisséptico, criou a antissepsia<sup>78</sup>.

## 2.2 Definindo Paciente Oncológico Paliativo

O objetivo principal da oncologia é retirar o *onkos* dos “ombros” do paciente. Diversos recursos têm sido usados para se cumprir essa missão. No entanto, muitos são os “ombros” de onde este fardo não pode mais ser retirado. E, nesse contexto, a missão da oncologia passa a ser não mais a retirada do fardo, mas, sim, a disposição em ajudar o paciente a carregá-lo. Em resumo, paciente oncológico indicado a cuidados paliativos é aquele que está impossibilitado de retirar de sobre si o peso do *onkos*, e que precisa de cuidados especiais para poder, no tempo que ainda lhe resta, suportá-lo.

### 2.2.1 Sobre seus critérios

Fazer a indicação de um paciente oncológico a um programa de cuidados paliativos se constitui num grande desafio para o profissional da Medicina. Ao mesmo tempo em que ele

<sup>76</sup> HOSPITAL de Câncer de Barretos, versão on-line.

<sup>77</sup> JEMAL et al., 2014. p. 94.

<sup>78</sup> MUKHERJEE, 2012. p. 77-80.

precisa dizer ao outro “os seus dias estão contados”, precisa também dizer para si mesmo “eu não consegui, eu fracassei”. A situação requer postura humanizada para com o outro e sua família, e uma postura de cuidado para consigo mesmo. No entanto, além de informar e ter postura, fazer a indicação requer conhecimento técnico apurado. Não é uma questão de apenas “achar” que “pode ser” paliativo.

Apesar de frágeis, subjetivos e passíveis de questionamento, já circulam em alguns contextos hospitalares critérios/protocolos que podem ser observados pelo profissional da Medicina, como parâmetro, neste processo de indicação de paciente a cuidados paliativos.

Uma equipe médica do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar de Fortaleza/CE criou um destes protocolos de indicação, e sugerem cuidados paliativos ao paciente que: a) tem doença progressiva, incurável e avançada; b) que não respondeu ao tratamento curativo; c) que desenvolveu complicações graves decorrentes do tratamento curativo; d) que oscilou muito na evolução clínica; e) que emocionalmente sofre muito; f) que o fim da vida pode ser previsto clinicamente; g) que precisa constantemente de adaptação de medicamentos, tratamento e procedimentos; h) que tem internações prolongadas e sem melhoras; i) que escolhem livremente não realizar mais qualquer procedimento para prolongar a vida.<sup>79</sup>

### 2.2.2 Sobre seu significado

Quando se trata de cuidados paliativos, tanto a palavra “cuidado” quanto a palavra “paliativo” merecem atenção. Segundo Leonardo Boff, alguns estudiosos derivam a palavra “cuidado” de *cura*, ou *coera*, que era usada como expressão de desvelo, preocupação, inquietação em relação a algo ou alguém, num contexto de amor e amizade. Outros estudiosos derivam cuidado de *cogitare-cogitatus*, que não difere muito de *cura/coera*, e significa cogitar, pensar, mostrar atenção e interesse. Esse “sentimento” surge quando alguém, ou algo, passa a ter importância para outro alguém<sup>80</sup>. Para Boff, cuidado é “mais que um ato; é uma atitude, e abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.<sup>81</sup> Esta é, ou deveria ser, a perspectiva dos “cuidados” ao paciente oncológico paliativo.

A palavra “paliativo”, por sua vez, vem do verbo *paliar*, do latim tardio *palliare* que significa atenuar, aliviar, solucionar de forma incompleta ou temporária, ou ainda, dissimular,

<sup>79</sup>MAURIZ, Patrícia; WIRTZBIKI, M. Penélope; CAMPOS, W. Úrsula. *Protocolo Cuidados Paliativos*. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Fortaleza, 2014. p. 6.

<sup>80</sup>BOFF, 1999. p. 90-91.

<sup>81</sup>BOFF, 1999, p. 33.

encobrir, revestir de falsa aparência. Paliar, neste sentido, tem sua origem remota num pano retangular chamado *pallium*, usado em Roma por filósofos gregos para cobrir as costas, mas especialmente usado por heteras, que eram prostitutas de luxo, que viviam na companhia encoberta, temporária e disfarçada de homens sábios da época<sup>82</sup>. O uso do termo paliativo no contexto de cuidado a pacientes gravemente enfermos remonta a ideia de *pallium*. No entanto, a perspectiva não é de um “manto” que disfarça, que encobre, ou dissimula alguém, mas de um “manto” que aquece e que protege.

### 2.2.3 Sobre seus princípios e sua definição

Em 1982, a Organização Mundial da Saúde criou um grupo de trabalho para definir algumas políticas para alívio da dor e de outros cuidados para pacientes com câncer, e que fossem recomendados a todos os países. Em 1986, ela publicou alguns princípios que deveriam reger a atuação da equipe multiprofissional envolvida com cuidados paliativos. Estes princípios foram reafirmados numa revisão realizada em 2002.

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; 2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; 3. Não acelerar nem adiar a morte; 4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; 5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; 6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; 7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; 8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; 9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.<sup>83</sup>

Com relação à definição de cuidados paliativos, uma primeira versão foi elaborada pela OMS em 1990. Esta versão recebeu uma revisão no ano de 2002.

Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual<sup>84</sup>.

Marie Mccoughlan destaca três elementos centrais nos cuidados paliativos. O primeiro é dispor sempre de uma equipe formada de profissionais, familiares e amigos que consigam identificar e lidar com problemas numa perspectiva de prevenção de problemas, e não de reação a eles. O segundo elemento central é estabelecer com esta equipe que o objetivo

<sup>82</sup> SILVA, Deonísio. *De onde vem as palavras. Origens e curiosidades da Língua Portuguesa*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2014. Versão on-line.

<sup>83</sup> MATSUMOTO, Y. Dalva. *Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 26-29.

<sup>84</sup> MATSUMOTO, 2012. p. 26.

principal é qualidade de vida e não quantidade de dias de vida. O terceiro elemento é deixar claro que as habilidades da equipe devem ser usadas desde o início, e não apenas quando “não há mais nada a ser feito”.<sup>85</sup>

Mccoughlan sugere ainda que três elementos poderiam ser acrescentados à definição/princípios de cuidados paliativos da OMS: *Compaixão, Humildade e Honestidade*. A compaixão permite a equipe perceber as emoções do paciente; a humildade ajuda a equipe a reconhecer que não sabem tudo ou de tudo; a honestidade permite a equipe um sentimento de paz e de verdade.<sup>86</sup>

O teólogo Leo Pessini se lembra de algumas questões éticas que envolvem os cuidados paliativos. Ele cita o princípio da *veracidade*, que fundamenta a relação de confiança entre cuidador e cuidado; princípio da *proporcionalidade terapêutica*, que corresponde a responsabilidade de equilibrar riscos e benefícios, alívio e sofrimento, vida e morte; princípio do *duplo efeito*, que lembra a existência de um benefício e de um efeito colateral numa mesma intervenção; princípio da *prevenção*, que lembra responsabilidade profissional de prever e evitar complicações e sintomas; princípio do *não-abandono*, que aponta para o insucesso, mas lembra que mesmo quando não se pode curar, ainda é possível ser solidário e cuidar; princípio do *tratamento da dor*, que lembra o uso excessivo e indiscriminado de medicamentos para dor, constituindo-se numa forma de eutanásia ou suicídio assistido.<sup>87</sup>

#### 2.2.4 Sobre sua história e desenvolvimento

Os cuidados paliativos, conhecido também como cuidados de *hospice*, tem sua origem nos tempos antigos. Desde muito tempo, e em muitas culturas, existiam lugares onde peregrinos, viajantes, pessoas necessitadas, e especialmente enfermos, podiam ser acolhidos e cuidados.<sup>88</sup> No entanto, o relato mais antigo a respeito de um lugar com essa característica remonta ao século IV da era cristã, quando uma matrona romana, chamada Fabíola, abre as portas de sua própria casa para realizar esse acolhimento e cuidado<sup>89</sup>.

<sup>85</sup> MCCOUGHAN, 2011. p. 170.

<sup>86</sup> MCCOUGHAN, 2011. p. 171.

<sup>87</sup> PESSINI, Leo. *A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica*. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (orgs.). *Humanização e Cuidados Paliativos*. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 189-193.

<sup>88</sup> MCCOUGHAN, 2011. p. 168.

<sup>89</sup> PESSINI, 2004. p. 182.

Naquele tempo um *hospice*, *hospitium*, do latim *hospes* (hóspede) designava tanto o lugar onde se acolhia alguém, quanto a forma em que esse alguém era acolhido<sup>90</sup>. Era um lugar e uma filosofia. Grande parte dos *hospices* existentes eram administrados por religiosos. Um *hospice* fundado especificamente para moribundos, pacientes terminais, provavelmente aconteceu na França, em 1842, quando Jeanne Garnier, depois de visitar pacientes com câncer que morriam em suas casas, abriu o que ela mesma chamou de um *hospice* e um calvário<sup>91</sup>.

Os cuidados paliativos chamados “modernos” surgem a partir de Saunders. Em 1947, recentemente formada como Assistente Social, e estudando Enfermagem, ela acompanha, até a morte, um paciente oncológico chamado David Tasma. Juntos discutiam sobre o tipo de instituição que melhor poderia atender suas necessidades. Seu desejo era alívio da dor, e a presença de alguém que o tratasse como pessoa. Antes de morrer, David deixou uma quantidade de 500 libras esterlinas como doação e disse: “Eu serei uma janela na sua Casa”. Este foi, segundo Saunders, o ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar.<sup>92</sup>

Em 1967, para dar sequência ao seu próprio projeto de *hospice*, Saunders funda no sul de Londres, o St. Christopher Hospice. A instituição se tornou um modelo de assistência, ensino e pesquisa no cuidado de pacientes terminais e suas famílias. Bolsistas de vários países realizavam ali suas pesquisas, e posteriormente, levavam a ideia desta nova *filosofia de hospice* para seus países. O encontro entre Dame Cicely Saunders e Elisabeth Kübler Ross, nos anos 70, favoreceu o crescimento desse novo método de cuidado nos EUA. No Brasil o método surgiu nos anos 80, mas cresceu, significativamente, apenas a partir do ano 2000, consolidando instituições já existentes e iniciando outras.<sup>93</sup>

### **2.3 O paciente oncológico paliativo *bio-psico-socio-insti-eco-espiritual***

Ao observar o programa de cuidados paliativos a partir da sua história, sua definição e sua filosofia, é possível concluir que se trata de uma proposta muito bonita e humanizada do ponto de vista do cuidado para com “uma alma” que está deixando de ser “vivente”. Por outro

---

<sup>90</sup> CAMPOS, Terezinha Calil Padis. *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU, 1995. p. 15-16.

<sup>91</sup> PESSINI, 2004. p. 183.

<sup>92</sup> MATSUMOTO, 2012. p. 24.

<sup>93</sup> MATSUMOTO, 2012. p. 24-30.

lado, a indicação desta “alma” a um programa de cuidados paliativos não deixa de ser uma “grande tragédia” para os que estão direta, ou indiretamente envolvidos.

Uma pesquisa posterior poderia perguntar pelo impacto que uma indicação a cuidados paliativos causa, ou poderia causar, num familiar, ou mesmo num profissional deste contexto. No entanto, para esta pesquisa, importa perguntar e responder sobre o impacto desta indicação ao próprio paciente, em sua multidimensionalidade.

### 2.3.1 Marcas no barro

A dimensão *bio* do ser humano é definida pela sua formação/composição física, química e biológica. As marcas causadas pelo câncer nesta dimensão, considerando as suas quatro fases - investigação, diagnóstico, tratamento, e, quando não há possibilidade de cura, indicação ao programa de cuidados paliativos, são profundas e, inegavelmente, as mais doloridas.

A *investigação* é impulsionada por um desequilíbrio no funcionamento do corpo, ou uma dor existente. O *diagnóstico* requer uma investigação cercada de desconfortáveis exames de imagem (tomografias, ressonâncias, raio x), de sangue (diversos) e de tecido (biópsia). E o diagnóstico requer *tratamento*/modalidades terapêuticas, que não vem desacompanhado de inúmeros efeitos colaterais.

A indicação ao programa de cuidados paliativos muda o cenário agressivo de exames e tratamento, mas ainda não suspende as marcas no “barro” que continuam e se intensificam. A mais significativa delas: a dor. Segundo Cibele Pimenta, dor aguda e dor crônica são muito frequentes em pacientes oncológicos, especialmente, em cuidados paliativos. A dor aguda se refere aquela gerada por traumas, inflamações, infecções, procedimentos cirúrgicos. Já a dor crônica se refere aquela provocada por tumor avançado, metástase, ou como efeito colateral de alguma modalidade terapêutica. Essa última é contínua, acomete o paciente diariamente, é de intensidade significativa, e manifesta-se em mais de um local do corpo.<sup>94</sup>

Mirlane Cardozo diz que, além desta dor aguda e crônica, existe uma dor chamada incidental. É uma dor intensa, tem início súbito e chega ao pico em menos de cinco minutos. Normalmente, surge a partir de algum movimento voluntário do paciente, como virar-se ou

---

<sup>94</sup> PIMENTA, A, M. Cibele. *Dor oncológica: Bases para avaliação e tratamento*. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (orgs.). *Humanização e Cuidados Paliativos*. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 242.

levantar-se do leito, ou de algum movimento involuntário do paciente, como ter que defecar e urinar. Essa dor está associada a 64% a 93% dos pacientes em cuidados paliativos.<sup>95</sup>

Está claro que um dos princípios dos cuidados paliativos, senão o mais importante deles, é avaliar, tratar e controlar a dor, seja aguda, crônica ou incidental. Normalmente, para alívio destas dores, são usados os chamados opioides – morfina, tramadol, codeína; e também analgésicos – corticoides, ansiolíticos, anestésicos locais.<sup>96</sup> No entanto, o alívio da dor por meio de medicamentos também custa algumas marcas na *bio*: sedação, dependência, problemas cardíacos, problemas com imunidade, alteração hormonal, distúrbio no sono, rigidez muscular e ainda outros.<sup>97</sup>

Também é marca significativamente na *bio* do ser humano em cuidados paliativos são os problemas respiratórios. *Dispneia* - dificuldade de respirar, ou mesmo o medo de não conseguir respirar. Acontece com 21% a 90% dos pacientes oncológicos, mesmo que não seja um tumor pulmonar. *Tosse* - ocorre mais de dez vezes por dia. Atinge de 29% a 80% dos pacientes em cuidados paliativos, atrapalhando respiração e fala. *Hipersecreção* – produção em excesso de fluidos, relacionados a doença, medicações, posição no leito, que entopem as vias aéreas, provocando rouquidão e desconforto.<sup>98</sup>

Outras marcas na *bio* do ser humano em cuidados paliativos que ainda podem ser citadas: *náuseas e vômitos* - um terço dos pacientes com câncer avançado têm vômitos, e até 60% dos mesmos têm náuseas<sup>99</sup>; *obstipação* - cerca de 50% dos pacientes admitidos em *hospices* são obstipados; *diarreia* – cerca de 10% dos pacientes admitidos em *hospices* tem diarreia;<sup>100</sup> *delírium/estado de confusão mental* - diagnóstico comum na prática dos cuidados paliativos, sobretudo em pacientes idosos, podendo atingir 80% dos pacientes - costuma ser

---

<sup>95</sup> CARDOSO, G. M. Mirlane. *Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor*. Controle de Sintomas. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 113-114.

<sup>96</sup> MINSON, P. Fabiola; GARCIA, B. S. João; OLIVEIRA, O. J. José; SIQUEIRA, T. T. José; JALES, H. J. Levi. *Opioides - Farmacologia básica. Controle dos Sintomas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 123.

<sup>97</sup> MINSON et al., 2012. p. 131-136.

<sup>98</sup> CARVALHO, T. Ricardo. *Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. Controle dos Sintomas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 151-165.

<sup>99</sup> GORETTI, S. M. Maria; BETTEGA, Roberto. *Náusea e vômito. Controle de Sintomas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 168.

<sup>100</sup> HATANAKA, M. A. Veruska. *Obstipação e diarreia. Controle de Sintomas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 176.

um preditor confiável de morte em dias a semanas;<sup>101</sup> *fadiga/sensação de enfraquecimento* – a prevalência deste sintoma pode chegar a 95% dos pacientes em cuidados paliativos; *sudorese/transpiração* – a prevalência deste sintoma é de até 28% dos pacientes em *hospice*.<sup>102</sup>

Além de marcas/sintomas, algumas marcas/síndromes também se desenvolvem em contexto de cuidados paliativos: *caquexia* – é um emagrecimento excessivo, que tem prevalência de aproximadamente 80% dos casos, e aparece mais frequentemente nos estágios avançados da doença<sup>103</sup>; *obstrução intestinal maligna* - é uma oclusão intestinal, que tem prevalência entre 3 a 15% dos pacientes oncológicos;<sup>104</sup> *síndrome da veia cava superior* – é uma obstrução de fluxo sanguíneo, que ocorre em aproximadamente 73% a 97% dos casos de neoplasias malignas intratorácicas;<sup>105</sup> *síndrome de compressão medular* – é uma compressão na medula que causa paralisia, ocorrendo em 3% a 5% dos doentes com neoplasia maligna avançada;<sup>106</sup> *obstrução urinária* – é uma obstrução no trato urinário, que ocorre em 75% dos casos de neoplasias pélvicas;<sup>107</sup> *hemorragias* – é um sangramento contínuo, que ocorre entre 6% a 10% dos pacientes com câncer avançado - normalmente se constitui no evento final de vida.<sup>108</sup>

A proposta de um programa de cuidados paliativos é suspender terapias curativas agressivas e seus efeitos colaterais, reduzir o número de exames e internações desnecessárias, e contar com apenas procedimentos indispensáveis para qualidade de vida do paciente. Em outras palavras, a proposta é reduzir ao mínimo possível as marcas no “barro” do ser humano. No entanto, apesar do esforço, como visto, muitas são inevitáveis.

<sup>101</sup> AZEREDO, Daniel. Delirium. Controle de Sintomas. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 184.

<sup>102</sup> CHIBA, Toshio; CABRAL, R. B. Luciana. *Fadiga, sudorese e prurido. Controle de Sintomas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 202-204.

<sup>103</sup> PARSONS, A. Henrique. *Caquexia e anorexia. Síndromes Clínicas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 213.

<sup>104</sup> NAYLOR, Cláudia. *Obstrução intestinal maligna. Síndromes Clínicas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 224.

<sup>105</sup> MANNA, C. B. Mônica. *Síndrome da Veia Cava Superior. Síndromes Clínicas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª Edição. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 239.

<sup>106</sup> MATSUMOTO, Y. Dalva; MANNA, C. B. Mônica. *Síndrome de Compressão Medular. Síndromes Clínicas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 243.

<sup>107</sup> KRASILCIC, Sara. *Obstrução urinária em Cuidados Paliativos. Síndromes Clínicas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 246.

<sup>108</sup> KRASILCIC, 2012. p. 251.

### 2.3.2 Marcas na alma do barro

A dimensão *psico* do ser humano é definida pela sua condição de compreender, pensar, organizar, armazenar, sentir, e refletir sobre si mesmo, sobre o outro, e sobre o que está à sua volta. Nesse contexto, o câncer, da investigação à indicação, também deixa suas marcas. O sofrimento/marca causado por uma doença grave à dimensão *psico* é um elemento tão relevante que em junho de 2004, a *Canadian Strategy for Cancer Control* apoiou a proposta de incluir o sofrimento emocional como o sexto sinal vital a ser avaliado por rotina, juntamente com a frequência cardíaca, pressão arterial, respiração, temperatura e dor.<sup>109</sup>

Tudo se inicia ainda antes da investigação propriamente dita, quando o futuro paciente oncológico percebe que algo está errado em sua *bio*. Dar o passo seguinte, investigar para confirmar, porém, segundo Veit e Carvalho, é um dos passos mais difíceis de ser dado, devido ao estigma que o câncer carrega. Os vários medos relacionados à esta doença desfavorecem a procura de um profissional da saúde para confirmação de “corpo estranho”, e afasta a possibilidade de um diagnóstico precoce e, conseqüente, cura.<sup>110</sup>

Aos que decidem dar um passo adiante, investigam, e diagnosticam algo estranho na *bio*, vivenciam inicialmente, de ordem *psico*, algumas reações. A primeira delas é a negação de um primeiro diagnóstico, seguida de uma “peregrinação” por diversos profissionais, e realização de infinitos e novos exames. Maldonado diz que essa negação inicial é comum diante de uma notícia inesperada. Segundo ele, o próprio organismo cria e usa dois dispositivos para conseguir lidar com o choque, com o impacto da notícia, que é a negação e a perda de memória.<sup>111</sup>

Uma segunda reação possível é hostilidade e agressividade. A confirmação da doença provoca revolta consigo mesmo, por não ter se cuidado, com o próprio corpo, por não

<sup>109</sup> CARDOSO, Graça; LUENGO, Antônio; TRANCAS, Bruno; VIEIRA, Carlos; REIS, Dóris. *Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico*. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, p. 15. Versão on-line. Disponível em [http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9\\_ficheiros/Cardoso%20et%20al%20\\_%20p8-19.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Cardoso%20et%20al%20_%20p8-19.pdf). Acesso em 12 de março de 2017.

<sup>110</sup> VEIT, T. Maria; CARVALHO, A. Vicente. *Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer. Relato de Experiência*. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 526-530, 2010. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/526a530.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/526a530.pdf). Acesso em 10 de março de 2017.

<sup>111</sup> MALDONADO, E. Jorge. *Intervenção em Crises*. In: SANTOS, N. Hugo (ed.). *Dimensões do Cuidado e Aconselhamento Pastoral. Contribuições a partir da América Latina e Caribe*. São Leopoldo: CETELA/ASTE, 2008. p. 160-162.

ser mais confiável, com o profissional da saúde, por fazer o comunicado, com a família, por não terem percebido nada antes, com Deus, por ter permitido a doença chegar.<sup>112</sup>

Reação inicial mais grave diante da confirmação de diagnóstico é o pensamento autodestrutivo, ou suicídio. Em torno de 10% dos pacientes tem pensamentos suicidas após confirmação de diagnóstico.<sup>113</sup> Maldonado diz que, entre as respostas iniciais diante de uma crise, está esta desorganização pessoal e a ideia de autodestruição<sup>114</sup>.

Uma última reação de ordem *psico* relacionada ao momento mais inicial pós diagnóstico é ansiedade e angústia, que são sentimentos decorrentes do medo da doença, da dor, do sofrimento, do tratamento, dos efeitos colaterais, da perda de controle sobre as coisas ao seu redor, da morte/separação, da necessidade de suspender planos para a vida, bem como de não poder contar com um futuro certo. Na verdade, esses sentimentos acompanham o paciente desde o diagnóstico até o final do tratamento, ou final da vida.<sup>115</sup>

A fase posterior ao diagnóstico é o tratamento. Nesse tempo específico, as marcas na *psico* do paciente decorrem, especialmente, daquilo que o tratamento provoca na sua *bio*. Em outras palavras, o sofrimento *psico* está relacionado ao que o tratamento provoca no corpo do paciente: mutilação, amputação e ostomias/sondas, provocadas por procedimentos cirúrgicos; fraqueza, emagrecimento e palidez, provocadas por quimioterapia e radioterapia. Segundo Barbosa, Siqueira e Boelmer, a mudança na imagem corporal é relatada como uma das maiores dificuldades enfrentadas pela pessoa com câncer. Trata-se de um tempo marcado por preconceito, discriminação, indiferença, e sentimentos de pena por parte das pessoas.<sup>116</sup>

O insucesso do tratamento implica em indicação ao programa de cuidados paliativos. Mesmo que emoções fortes marquem a *psico* na fase inicial e durante o tratamento, é na indicação a cuidados paliativos que a dor psíquica ganha outras dimensões. Segundo Oliveira, Santos e Mastropietro, a dor psíquica aumenta muito quando se constata a proximidade do fim e, quando “não há mais nada que a medicina possa fazer”. Um sentimento de culpa, de insegurança, e de perda são retomados com grande intensidade. Diante do quadro clínico,

<sup>112</sup> CARDOSO et al., on-line. p. 15.

<sup>113</sup> BOTTINOL, M. B. Sara; FRÁGUAS, Renério. GATTAZ, F. Wagner. *Depressão e câncer*. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 36, 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832009000900007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000900007). Acesso em 10 de março de 2017.

<sup>114</sup> MALDONADO, 2008. p. 161.

<sup>115</sup> CARDOSO et al., on-line. p. 15.

<sup>116</sup> SIQUEIRA, M. Karina; BARBOSA, A. Maria; BOELMER, R. Magali. *O viver a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos*. Revista Latino-americana de Enfermagem. v. 15, n. 4, p. 1-8, jul./ago. 2007.

agora irreversível, o paciente reage com introspecção, instabilidade emocional, choro imotivado e grande tristeza.<sup>117</sup>

Um sentimento que perfaz as possíveis quatro fases do câncer é o medo da morte. Morrer é assustador porque o ser humano é uma criatura que tem consciência sobre sua finitude. Morrer é assustador porque é algo que o ser humano vive, experimenta e terá que passar sozinho. Morrer é assustador porque rompe as redes de relacionamento construídas. Morrer é assustador porque, na condição de paciente oncológico, a morte somente virá depois que causar dor e sofrimento. Morrer é assustador por que o outro lado ainda é desconhecido e incerto<sup>118</sup>.

Como visto, a pesquisa aponta para algumas reações de ordem *psico* comuns nos pacientes oncológicos em geral. No entanto, a forma como cada paciente reage diante de uma suspeita, diante de um diagnóstico, diante/durante o tratamento ou diante de uma indicação a cuidados paliativos, está relacionado ao seu momento atual de vida, à sua espiritualidade, as suas experiências anteriores, à sua capacidade de resiliência, às informações que recebeu/leu na internet ou na mídia, ao ambiente cultural que vive/pertence, sua personalidade, sua rede de relacionamentos, e a parte do corpo que está sendo atingida.

### 2.3.3 Marcas nas relações entre almas e ajudadoras

A dimensão *socio* do ser humano vivente é definida pela sua relação com outro ser humano. É nesse meio que se desenvolve o afeto, a interação e a interdependência entre as partes, bem como a possibilidade de se identificar e subsistir. Não há dúvidas de que também nessa dimensão o câncer registra suas marcas.

A primeira delas é no contexto familiar. Segundo Célia Carvalho, o câncer repercute desde o início, até o desfecho final, nas relações entre pacientes e seus familiares, pois se trata de uma experiência sofrida, complexa e que implica numa mudança radical na vida de todos os membros da família.<sup>119</sup> Câncer é, literalmente, uma doença familiar.

Na fase inicial da investigação, paciente e família vivem juntos a experiência de uma peregrinação clínica hospitalar. Isso resulta em uma diluição das economias familiares em

<sup>117</sup> OLIVEIRA, A. Érika; SANTOS, A. Manoel; MASTROPIETRO, P. Ana. *Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida*. Psicologia em Estudo, Maringá/PR, v. 15, n. 2, 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-3722010000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-3722010000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 12 de março de 2017.

<sup>118</sup> OLIVEIRA et al., 2010.

<sup>119</sup> CARVALHO, S. U. Célia. *A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico*. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

logísticas, consultas e exames. Além disso, experimentam juntos a angústia proveniente da incerteza sobre o diagnóstico e das mudanças necessárias, caso este se confirme. Na fase do diagnóstico, as reações iniciais, especialmente, as de ordem *psico* também são comuns a paciente e familiares<sup>120</sup>. Na fase terapêutica, a mais longa, é necessária uma “reinvenção” da família oncológica, tendo em vista que, qualquer modalidade terapêutica, requer participação efetiva e presencial da família<sup>121</sup>. É nesta fase terapêutica que a *socio* familiar sofre seus maiores impactos: mudanças de hábitos e de ambientes, inversão de papéis, conflitos internos, e as grandes perdas – de espaço, de relacionamentos, de finanças, de empregos, de projetos e de sonhos pessoais/familiares<sup>122</sup>.

Nas três primeiras fases do câncer, a família inteira se curva diante de um *onkos* e se reinventa, porque existe uma esperança de que “tudo vai dar certo”. No entanto, a indicação de um familiar ao programa de cuidados paliativos, informa que “nada deu certo”. O desafio familiar, agora, é ter que lidar com esta nova condição de um de seus membros sem uma perspectiva de “final feliz”. Enquanto que nas fases anteriores, motivados por um prognóstico positivo, os esforços familiares faziam algum sentido, a indicação provoca um sentimento de profundo desânimo. O impacto da indicação é tamanho no contexto familiar que até mesmo a definição, princípios e filosofia dos cuidados paliativos incluem a família como necessitando também ser assistida.

Na fase dos cuidados paliativos, independentemente da configuração familiar, é comum ocorrer uma escolha consciente, ou inconsciente, de um único cuidador que se responsabilizará, a partir de então, pelo membro da família doente em suas necessidades físicas (medicação, banho, alimentação), emocionais (ouvir, fazer companhia, promover distrações) e sociais (levar ao médico/hospital, acolher visitas, administrar as finanças).<sup>123</sup> Pesquisas apontam que a maioria destes cuidadores são esposas ou filhas adultas que, geralmente, assumem solitariamente a função. Sentem, por isso, uma sobrecarga gerada pela demanda do paciente, pela demanda daquilo que o cuidador fazia antes e que precisa

<sup>120</sup> FERREIRA, M. L. Noeli; DUPAS, Giselle; COSTA, B. Danielli; SANCHEZ, O. L. Keila. *Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos*. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 9, n. 2, p. 270, 2010.

<sup>121</sup> Um procedimento cirúrgico, via de regra, requer a presença de um, ou mais familiares, como acompanhantes no hospital. Sem falar na recuperação pós-cirúrgica em casa que requer também cuidados. A quimioterapia e radioterapia requer a presença da família para logística, busca de informações, presença afetiva, cuidados físicos e emocionais básicos.

<sup>122</sup> FERREIRA et al., 2010.

<sup>123</sup> IGNACIO, G. Michele; STORTI, C. Danielle; BENNUTE, R. G. Gláucia; LUCIA, C. S. Mara. *Aspectos da sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer: revisão de literatura*. Psicologia Hospitalar, São Paulo, v. 9, n. 1, 2011. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092011000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092011000100003). Acesso em 15 de março de 2017.

continuar fazendo, e pela demanda daquilo que o cuidador não fazia antes, mas que agora precisa fazer<sup>124</sup>. Sem falar de seu isolamento social e afetivo, alteração de rotinas, e perdas pessoais, tais como emprego, formação, e alguns tipos de relacionamentos.<sup>125</sup>

A segunda marca na *socio* do paciente oncológico em cuidados paliativos diz respeito a sua relação com pessoas de fora do seu convívio familiar. Em resumo, as peregrinações iniciais, as longas e recorrentes internações, as recomendações médicas, as marcas que o câncer deixou ao longo do tempo na sua *bio* e na sua *psico*, somadas a uma opção pessoal de ficar em casa, de não receber visitas, de não frequentar atividades ou ambientes coletivos, impediram, de certa forma, possibilidades de convívio social, que promoveram, automaticamente, uma espécie de isolamento ou exclusão social.<sup>126</sup>

Este isolamento e exclusão social são reforçados por uma falta de informação das pessoas a respeito do câncer, de seus sintomas, de seu tratamento, de seus efeitos colaterais que, somados a imagens fortes provenientes de sondas, ostomias, amputações, mutilações, emagrecimento, astenias, provocam medo de contato e de contágio, e, conseqüentemente, sentimentos de indiferença, discriminação e preconceito<sup>127</sup>.

### 2.3.4 Marcas nas relações institucionais

A dimensão *insti* do ser humano é definida pela sua relação com instituições que garantem, por meio de regras, normas, valores, comportamentos, serviços e ações, a sua possibilidade de vida em sociedade. Como referido anteriormente, entre as principais instituições estão Família, Religião/Igreja e Estado. A relação entre paciente e Família foi contemplado, de certa forma, no tópico anterior. A relação entre paciente e Religião/Igreja será abordado em tópico e capítulo posterior. A proposta aqui, então, é apontar que na relação entre paciente e Estado, quando se trata de câncer, também existem marcas bem importantes.

---

<sup>124</sup> Demanda do paciente: internações, medicações, higiene pessoal, administração de finanças, necessidades emocionais, etc. Demanda daquilo que antes fazia: afazeres profissionais ou domésticos, zelar pelos demais membros da família, educação de filhos/irmãos, compras, etc. Demanda daquilo que não fazia: pagar contas, prover recursos, dirigir, e assim por diante.

<sup>125</sup> FLORIANE, A. Ciro. *Cuidador familiar: sobrecarga e proteção*. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 50, n. 4, p. 341-345, 2004. Disponível em [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_50/v04/pdf/secao5.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/secao5.pdf). Acesso em 15 de março de 2017.

<sup>126</sup> SIQUEIRA et al., 2007. P. 1-8.

<sup>127</sup> SIQUEIRA et al., 2007.

Segundo a Constituição Federal de 1988, além de liberdade, igualdade, segurança, proteção, educação, alimentação, transporte, moradia, lazer, previdência social<sup>128</sup>, é direito garantido do cidadão, e dever do Estado, a saúde.

Art.196: A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.<sup>129</sup>

Para organizar e promover saúde nesta perspectiva universal, igualitária, integral, descentralizada, e com a participação da comunidade, que prevê a Constituição, o Estado criou, por meio da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, um Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>130</sup> Dentro do SUS, especialmente o paciente oncológico, recebeu garantias constitucionais a partir da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada, e estabelece prazo para seu início.

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei. Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.<sup>131</sup>

No entanto, o que se percebe é que o SUS “constitucional” está muito distante do SUS “real”. Segundo Eugênio Mendes, existe no Brasil um descompasso entre as demandas da área da saúde e a condição do SUS de acompanhar essa demanda.

O Brasil vive uma transição demográfica acelerada. A população de pessoas de mais de 65 anos dobrará nos próximos vinte anos e isso significará, no futuro, mais doenças crônicas (...). A transição nutricional é, também, muito rápida. Hoje, metade de nossa população total e um terço de nossa população de crianças de cinco a dez anos de idade tem sobrepeso ou obesidade. (...) O Brasil tem uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças com a convivência, no mesmo tempo, de uma agenda de doenças infecciosas e causas maternas e perinatais, do crescimento

<sup>128</sup> Estes direitos constitucionais foram transformados em possibilidades reais ao paciente oncológico, como saque do FGTS, do PIS/PASEP, compra de veículos adaptados ou especiais, empregos para deficientes e outros. Cf. A.C.CAMARGO Cancer Center. *Cartilha dos direitos do paciente com câncer*. Versão on-line. Disponível em <http://www.accamargo.org.br/files/cartilhas/cartilha.pdf>. Acesso em 21 de março de 2017.

<sup>129</sup> BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm).

<sup>130</sup> MENDES, C. Ernani; VASCONCELLOS, C. F. Luiz. *Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS*. In: Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 885, jul./set. 2015.

<sup>131</sup> BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm).

das causas externas e pela dominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de riscos.<sup>132</sup>

Mendes também cita que existe uma significativa fragmentação física do ser humano e do seu cuidado. Um mesmo paciente requer várias consultas médicas, com profissionais de diferentes especialidades, numa fase ainda investigativa do câncer. Cada um destes profissionais solicitará vários e diferentes exames para ter a devida segurança de fornecer um diagnóstico. Em seguida, serão prescritas as infinitas possibilidades e combinações de terapêuticas como prognóstico. Não existe sistema de saúde que suporte esta dinâmica, sem comprometer a universalidade, qualidade e eficiência.<sup>133</sup>

Por último, Mendes se refere ainda ao financiamento do SUS. Segundo ele, o valor gasto pelo Estado em saúde é muito baixo e, portanto, incapaz de garantir o que prevê a Constituição. Enquanto que países gastam em média de 3 a 4 mil dólares anuais em saúde por habitante, o Brasil gasta apenas 490 dólares.<sup>134</sup> Contrários a opinião de Mendes estão aqueles que acreditam que o problema do SUS não é sua arrecadação/financiamento, mas sua má gestão, marcada por fraudes e corrupção.

Fernando Matos declara que o atendimento “constitucional” do SUS fica comprometido devido a sua tabela de pagamentos desatualizada e sem correção há mais de dez anos, e os repasses defasados das contratualizações hospitalares. Isso implica em degradação de hospitais existentes, não abertura de novos hospitais que atendam SUS, equipes de profissionais reduzidas, alta rotatividade de profissionais, permanência de profissionais com menor habilidade técnica, suspensão/redução de leitos, redução de exames, redução de procedimentos, falta de medicamentos, falta de materiais necessários, e falta de equipamentos.<sup>135</sup> Este é o quadro real de um Sistema de Saúde acessado por 80% da população brasileira.

Dos quase 600 mil novos casos de câncer anual no Brasil, pelos menos 480 mil irão recorrer ao SUS. O que eles terão pela frente, de início, tendo em vista o distanciamento entre SUS constitucional e SUS real, são longas esperas: espera para agendar e realizar uma primeira consulta médica de investigação; espera para conseguir autorização do SUS para

---

<sup>132</sup> MENDES, V. Eugênio. *25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios*. Saúde Pública - Estudos Avançados, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200003&script=sci_arttext). Acesso em 20 de março de 2017.

<sup>133</sup> MENDES, 2013.

<sup>134</sup> MENDES, 2013.

<sup>135</sup> MATOS, W. Fernando. *Por que faltam médicos no interior*. Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. Versão on-line. Disponível em <https://www.cremers.org.br/index.php?indice=58&idartigo=49>. Acesso em 20 de março de 2017.

realização dos exames de investigação solicitados (uma tomografia demora em torno de 6 meses para autorização); espera para realizar um procedimento cirúrgico (inclui autorização do SUS e agendamento do cirurgião oncológico); espera para receber autorização do SUS para quimioterapia ou radioterapia (inclui autorização e encaixe na clínica). A espera é bem mais longa do que os 60 dias previsto pela lei 12.732.

Somado a outros fatores, o tempo de espera pode ser, em muitos casos, o principal responsável pela indicação de um paciente oncológico a cuidados paliativos. Nesse novo contexto, a espera por atendimentos diversos dá lugar a necessidade de uma prática relativamente nova no Brasil, carente de profissionais capacitados, de programas definidos, e de condutas padronizadas. Não há ainda regulamentação, definição e inserção dos cuidados paliativos em políticas assistenciais do SUS. As portarias que regulamentam as diretrizes para os Cuidados Paliativos no SUS aguardam a sua assinatura desde 13 de junho de 2008.<sup>136</sup> Em outras palavras, do ponto de vista da relação paciente oncológico e Estado, “não é bom que o homem fique SUS”.

### 2.3.5 Marcas nas relações com a *eco*

A dimensão *eco* do ser humano é marcada pela sua relação com o Jardim do Éden. O lavar e o guardar definem de maneira prática essa relação. Sendo assim, não é difícil concluir que um *onkos* compromete significativamente essa dimensão do ser humano. As quatro fases do câncer tiram o paciente do seu “habitat natural” e o condiciona a uma situação, especialmente do ponto de vista físico e emocional, que não o permite mais vivenciar sua *eco* na mesma perspectiva que antes.

Os sintomas iniciais provocados pelo câncer, somados a uma logística necessária no início do processo de investigação e diagnóstico, representam uma alteração das relações entre paciente e Jardim do Éden. As modalidades terapêuticas agravam e suspendem definitivamente esta relação. Os procedimentos cirúrgicos requerem o mínimo de esforço físico possível, enquanto que a quimioterapia e radioterapia requerem a presença diária, ou semanal, do paciente nas unidades de tratamento.

Além disso, a vulnerabilidade decorrente da terapêutica impede o paciente de ter contato físico com outras pessoas, contato físico com ambientes suspeitos de contaminação,

---

<sup>136</sup> MACIEL, G. S. Maria. *Organização de serviços de Cuidados Paliativos*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 109.

contato físico com animais de estimação ou criação, exposição ao sol ou chuva e ainda outras restrições. E, quando se trata de paciente indicado a cuidados paliativos, além desta limitação física e vulnerabilidade, acrescenta como fator comprometedor da relação entre paciente e Jardim do Éden, uma arquitetura hospitalar que não considera a dimensão *eco* do ser humano em seus projetos de construção.

Cabe aqui destacar que, na dimensão *eco*, a suspensão do “lavar”, provocado pelo *onkos*, deixa uma marca bem mais significativa no paciente do que a suspensão do “guardar”. O trabalho é uma das maneiras pela qual o ser humano se expressa, se identifica e se realiza como alguém neste mundo. O câncer tira essa possibilidade e faz o ser humano sentir-se intimidado, deprimido e marginalizado. Além disso, a impossibilidade de trabalhar representa dificuldades financeiras para a família, especialmente se o paciente for o provedor.<sup>137</sup> Numa sociedade capitalista, a impossibilidade de trabalhar, de se manter, de dar conta das suas próprias necessidades, de dar conta das necessidades financeiras de sua família, de realizar seus sonhos, faz com que o ser humano se sinta descartável, dependente, sem autonomia, e que não atende às exigências produtivas de uma sociedade de consumo.<sup>138</sup>

### 2.3.6 Marcas na relação com Deus

A dimensão *espiritual* do ser humano é definida pela sua relação com aquele que soprou em suas narinas. Tendo em vista que o capítulo seguinte irá discorrer, de maneira mais aprofundada a respeito desta dimensão espiritual do paciente oncológico em cuidados paliativos, bem como apontar para algumas possibilidades de cuidado dessa dimensão, este tópico vai se resumir a três pequenas observações introdutórias.

Primeira. No imaginário de um número relativamente grande de pessoas, existe uma relação muito estreita entre um diagnóstico confirmado de câncer e terminalidade. A pergunta “quantos dias de vida eu ainda tenho”, mesmo que tenha alguma representação de ordem *bio-psico-socio-insti-eco*, é uma pergunta religiosa, de ordem espiritual.

Segunda. Apesar da crise inicial instalada entre criatura e criador, decorrente de uma suposta falha na criação; apesar do papel de apenas negociador, atribuído a Deus num momento da barganha; apesar das impressões negativas de Deus como aquele que quer, através da doença, derrubar o orgulho humano, castigar, provar, tentar, julgar, escrever o

<sup>137</sup> SIQUEIRA et al., 2007.

<sup>138</sup> NUCCI, A. G. Nely. *Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo*. Tese (Doutorado em Psicologia). Ribeirão Preto, 2003. p. 116.

destino, ser indiferente e se divertir às custas do sofrimento humano<sup>139</sup>; a relação com o Deus que sopra é como uma espécie de resiliência diante de todo sofrimento causado pelo câncer. “Confio em Deus e nos Médicos” é frase comum de familiares e pacientes oncológicos.

Terceira. Nos cuidados paliativos, a relação entre criatura e criador se intensifica, uma vez que a certeza e proximidade da morte promove necessidades e perguntas que poderão ser supridas ou respondidas somente a partir desta relação.

O câncer é um crescimento novo e desordenado, maligno, garras de um caranguejo, distorcido e incontrolado, sofre e realiza mutações, um fardo, mutila, traz sofrimento, lembra e provoca morte. Deixa marcas profundas na *bio*, na *psico*, na *socio*, na *insti*, na *eco* e na *espiritualidade* de qualquer ser humano que o carrega em seu corpo. Não é à toa que Siddhartha Mukherjee o considera como o Imperador de Todos os Males<sup>140</sup>. Por onde ele passa, só traz medo, dor e sofrimento.

A realidade do câncer e o seu impacto sobre todas as dimensões do ser humano requer um cuidado diferenciado, humanizado e, acima de tudo, multiprofissional. Esse cuidado deve contemplar todas as fases do câncer, mas, de maneira especial, quando há indicação a cuidados paliativos. O capítulo seguinte quer apontar para a Capelania Hospitalar como um dos agentes desse cuidado integral, humanizado e diferenciado.

---

<sup>139</sup> KOEPFNER. A. Daniel. *Cuidado pastoral num centro de tratamento intensivo adulto: referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais*. Tese de Doutorado - Faculdades EST, São Leopoldo, 2012. p. 42-50.

<sup>140</sup> O título de seu livro é usado como referência nesta pesquisa.

### 3. CAPELANIA HOSPITALAR – Uma possibilidade

O ser humano, na condição de paciente oncológico indicado a cuidados paliativos, precisa ser assistido na multidimensionalidade da sua integralidade, para que, no tempo que lhe resta, tenha “vida em abundância”. Este complexo processo de cuidado requer uma equipe multiprofissional para que haja complementação de saberes e partilha de responsabilidades. Esta equipe pode ser formada por enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual.<sup>141</sup>

A filosofia dos cuidados paliativos modernos chegou ao Brasil nos anos 80, mas é nas duas primeiras décadas deste século XXI que ciências e profissionais, incluídos e envolvidos neste contexto, vem investindo em pesquisas, estudos e inserções *in loco*. O resultado natural deste processo é o surgimento multidisciplinar de teorias e práticas altamente relevantes para um cuidado digno e humanizado de pacientes oncológicos indicados ao programa.

Neste mesmo sentido caminha a teologia e seus “profissionais”, definidos ao longo deste capítulo como Capelania Hospitalar. Como membro sugerido, e integrante de um programa de cuidados paliativos, apesar de cercada por cientificidade, e contar com certa fragilidade e inexperiência, se comparado a outros países, a Capelania também tem buscado responder suas perguntas por meio de pesquisa, estudo e inserções. Tem como seu aliado o atual interesse mundial pela relação entre saúde e espiritualidade, e uma significativa produção bibliográfica como consequência. Segundo Gentil, Guia e Sanna, nunca o interesse por espiritualidade e saúde esteve tão presente, como nos últimos anos.<sup>142</sup>

Assim, a pergunta a ser respondida neste terceiro e último capítulo é pela relevância e contribuição que uma Capelania Hospitalar pode trazer para o cuidado espiritual e integral de um paciente oncológico indicado a cuidados paliativos. Num primeiro momento, o capítulo apresenta a Capelania Hospitalar em termos conceituais e históricos, destacando a relação

---

<sup>141</sup> CARDOSO, H. Daniela; MUNIZ, M. Rosani; SCHWARTZ, Eda; ARRIEIRA, C. O. Isabel. *Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 22, n. 4, out./dez. 2013. Disponível em [https://www.researchgate.net/profile/Isabel\\_Arrieira/publication/262628822\\_Hospice\\_care\\_in\\_a\\_hospital\\_setting\\_The\\_experience\\_of\\_a\\_multidisciplinary\\_team/links/53e9fbf50cf28f342f416be3.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Isabel_Arrieira/publication/262628822_Hospice_care_in_a_hospital_setting_The_experience_of_a_multidisciplinary_team/links/53e9fbf50cf28f342f416be3.pdf). Acesso em 24 de abril de 2017.

<sup>142</sup> GENTIL, C. Rosana; GUIA, P. Beatriz; SANNA, C. Maria. *Organização de serviços de capelania hospitalar: um estudo bibliométrico*. Escola Anna Nery (impr.), v. 15, n. 1, p. 163, jan./mar. 2011.

sempre existente entre espiritualidade e saúde, discorre brevemente sobre o distanciamento entre estas duas dimensões, ocorrido ao longo dos séculos, e menciona algumas vezes favoráveis a uma reaproximação entre elas. Num segundo momento, o capítulo descreve algumas das principais necessidades espirituais identificadas em um paciente oncológico indicado a cuidados paliativos, e aponta para as possibilidades de uma Capelania Hospitalar frente a estas necessidades.

### 3.1 Definindo Capelania Hospitalar

A Capelania Hospitalar pode ser definida como um conjunto de ações de cunho religioso desenvolvidas num ambiente hospitalar. A perspectiva é que a assistência espiritual prestada por meio dessas ações venha a se constituir num instrumento de ajuda ao paciente, familiar ou mesmo funcionário, para o enfrentamento da doença e de seu processo.

[A Capelania Hospitalar é um] ministério de apoio, aconselhamento, fortalecimento e consolação, desenvolvido junto a pacientes, familiares, profissionais da saúde e demais funcionários da instituição. Cabe a capelania levar conforto em horas de angústia, incerteza, aflição e desespero, e compartilhar o amor de Deus por meio de ações concretas: presença, silêncio, gestos, palavras, orações, textos bíblicos, músicas, celebrações litúrgicas e administração dos sacramentos (...) faz se presente também em momentos alegres e celebrativos.<sup>143</sup>

No Brasil, a Capelania Hospitalar se desenvolve, principalmente, através de inserções pontuais, ou isoladas, de membros ou grupos de comunidades religiosas diversas, acompanhados, ou não, de seu líder espiritual, no ambiente hospitalar. São ações “de fora para dentro”. Elas são motivadas pela doutrina da igreja, ou mesmo pela fé individual de quem as realiza. É uma prática identificada mais facilmente em contexto evangélico protestante. Estes membros e grupos religiosos encontram amparo para o acesso aos hospitais num dispositivo legal encontrado na Lei 9.982 de 2000, que regulamenta a prestação de assistência religiosa em hospitais.

Art. 1º - Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares, no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais. Art. 2º - Os religiosos chamados a prestar assistência nas entidades definidas no art.1º deverão: em suas atividades, acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição hospitalar ou penal, a fim de não pôr em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar ou prisional”.<sup>144</sup>

<sup>143</sup> RÜCKERT, L. Maria. *Capelania Hospitalar e Ética do Cuidado*. Viçosa/MG: Editora Ultimato, 2016. p. 85.

<sup>144</sup> BRASIL. Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF. Disponível em: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br). Acesso em 24 de abril de 2017.

Existem, em bem menor proporção, contextos hospitalares brasileiros onde a Capelania Hospitalar é um departamento criado e organizado pelo próprio hospital. Se referem a ações religiosas definidas e desenvolvidas “de dentro para dentro”, conforme interesse, proposta e necessidade dos internos e da instituição. Nestes casos, geralmente existe a presença de um Capelão Hospitalar, que se trata de um sacerdote, um ministro religioso, com formação qualificada e superior em Teologia, e especialização em Capelania Hospitalar, Clínica Pastoral, ou Psicologia Pastoral.<sup>145</sup>

Ao contrário das Capelanias Hospitalares criadas “de fora para dentro”, as criadas e organizadas “de dentro para dentro” experimentam um crescimento muito tímido nos hospitais brasileiros. A subjetividade do seu “objeto” de ocupação, a humanização como objeto ainda de um discurso, a cientificidade do ambiente hospitalar, a falta de formação específica e consequente falta de capelães qualificados para assumir uma Capelania Hospitalar, desfavorecem o seu surgimento e crescimento. Por outro lado, os hospitais que contam com esse serviço organizado são mais bem-conceituados junto à clientela por terem uma visão do cuidado integral ao paciente, seus familiares e profissionais da saúde.<sup>146</sup>

### 3.1.1 Sobre o seu nome

O surgimento do termo capelania vem do latim *cappella*, que era o nome dado a um oratório onde estava guardada, e era venerada, parte de uma capa (manto) de um militar húngaro, chamado São Martinho de Tours. Conta a lenda que, no inverno de 338, este militar teria partido sua capa ao meio e dado metade dela a um mendigo que passava frio na rua. E, durante a noite, o próprio Jesus o havia visitado em sonho para agradecer pelo gesto de amor e cuidado realizado. O pedaço da capa que ficou com o militar foi conservado. Em torno de 300 anos depois, no século VII, ele foi guardado num oratório, que recebeu o nome de *cappella*.<sup>147</sup> De *cappella* se origina também o nome *cappellanus* (capelão), sacerdote religioso responsável pelo oratório.<sup>148</sup>

Gentil, Guia e Sanna trazem a informação de que mil anos depois, no século XVII, o rei da França, em tempos de guerra, ainda costumava mandar esta mesma *cappella* (ainda

---

<sup>145</sup> SILVA, C. Alexsandro. *A Capelania Hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico*. Dissertação de Mestrado - Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2010. p. 30.

<sup>146</sup> GENTIL et al., 2011. p. 163.

<sup>147</sup> CARDOSO, S. Luís. *Apontamentos sobre pastoral e capelania em escolas metodistas*. Revista de Educação Cogeime, ano 11, n. 21, p. 113-122, dez. de 2002. Disponível em <https://www.redemetodista.edu.br/revistas/revistascogeime/index.php/COGEIME/article/viewFile/591/535>. Acesso em 24 de abril de 2017. p. 114.

<sup>148</sup> CARDOSO, 2002. p. 115.

conservada) para os acampamentos militares. E, em tempos de paz ela retornava para perto do rei. O capelão, neste contexto, além de cuidar da *cappella*, era também o conselheiro dos militares.<sup>149</sup>

Ao longo dos séculos, agora independentemente da presença da relíquia/capa, várias capelas particulares foram sendo construídas. No feudalismo, especialmente, senhores feudais as construíam para que em suas propriedades fossem rezadas missas de ordem mais particular, ou privativa. E, para cuidar e oferecer esse serviço eram contratados também sacerdotes/capelães.<sup>150</sup>

Um fato muito curioso a ser destacado é que, coincidentemente, tanto a origem do termo capelania, de *cappella*, quanto o termo paliativo, de *pallium*, citado no capítulo anterior, estão relacionadas a uma capa, a um manto, e a sua serventia, que é aquecer, cobrir, proteger. Nesse sentido, é possível pensar Capelania e Cuidados Paliativos, *cappella* e *pallium*, no ambiente hospitalar, como sendo um manto, uma capa que aquece, que cobre e que protege.

### 3.1.2 Sobre sua história

Desde tempos remotos, o exercício da medicina, as práticas religiosas, e o espaço físico para realização de ambos, se fundiam. Templos religiosos eram locais de adoração a divindades, mas também eram hospitais e escolas de medicina. Quem cuidava destes espaços, bem como dos enfermos, eram sacerdotes médicos, ou médicos sacerdotes. Em outras palavras, sempre esteve muito claro que o lugar da medicina era um lugar religioso, e a sua prática era um culto a Deus (aos deuses).<sup>151</sup>

Raízes dessa proximidade entre espiritualidade, enfermidade, medicina e espaço físico comum pode ser identificada em civilizações muito antigas. No Egito (4.000 a.C.) quem praticava a medicina recebia o título de sacerdote, uma figura religiosa. As escolas de medicina e o seu exercício se davam nos templos religiosos. Os Templos de Saturno eram as ‘Faculdade de Medicina’ e ‘Hospitais’ egípcios. A proposta terapêutica aos enfermos era sempre um preparado de vegetais e minerais para o cuidado do corpo físico. No entanto, era o “*encantamento*” o fator mais relevante.<sup>152</sup>

---

<sup>149</sup> GENTIL, et al., 2011. p. 163.

<sup>150</sup> GENTIL, et al., 2011. p. 163.

<sup>151</sup> SILVA, 2010. p. 18.

<sup>152</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde – Divisão de Organização Hospitalar. História e Evolução dos Hospitais. Rio de Janeiro, 1944. Reedição 1965. p. 10-11.

Na Índia (1.500 a.C.) a prática da medicina era considerada uma obra divina que se dava por meio de uma pessoa/médico/sacerdote. Os indianos eram bem desenvolvidos no que refere a realização de cirurgias. Dispunham de vários instrumentos cirúrgicos e realizavam remoção de tumores, amputação, cirurgia de catarata, cirurgia de hérnia e ainda outros procedimentos. No entanto, o sucesso de um procedimento cirúrgico era sempre atribuído à divindade e entendido como um milagre. Na Índia foi o Budismo, uma religião, quem mais influenciou na construção de espaços físicos para realização dos “milagres” médicos.<sup>153</sup>

O mundo grego (1.200 a.C), espiritualidade e medicina são marcados pela história de Esculápio (em latim *Asclepéia*). Considerado o deus da medicina, a lenda conta que sua habilidade na arte de curar era tanta que sua morte foi necessária (provocada por um raio de Zeus) para que os seres humanos não se tornassem imortais. Em sua memória surgem os *Asclepéia*, templos usados para o exercício da medicina e atendimento de enfermos.<sup>154</sup> Estas construções foram feitas perto de florestas, em colinas, contando com fontes de água pura, para favorecer o cuidado e recuperação das pessoas doentes. Cada templo possuía um altar. Os cuidados médicos eram exercidos por religiosos/sacerdotes, e as suas práticas eram marcadas por misticismo e superstição. Ao enfermo cabia, antes de entrar no templo, passar por uma dieta obrigatória, purificar-se, e sacrificar um animal à divindade. Dentro do templo, ele ouvia os feitos de Esculápio, deitava-se sobre o pelo do animal sacrificado, e esperava a visita pessoal do sacerdote para sugerir (ao ouvido) o tratamento médico. Se ele vivesse era um milagre. Se ele morresse era indigno de viver. Num destes templos, o sacerdote era ninguém menos que Hipócrates, o pai da medicina.<sup>155</sup>

Na era cristã, espiritualidade e medicina ainda se mantinham muito próximas. A fidelidade a Jesus Cristo e a seus ensinamentos fizeram da assistência aos enfermos uma vocação sagrada. Segundo Silva, em tempos de epidemia, para se colocarem a salvo, os pagãos abandonavam pessoas infectadas ainda vivas pelas estradas. Os cristãos, ao contrário, cuidavam bem destas pessoas, mostrando lealdade e amor, sem pensar em si próprios. Sem medo do perigo, serviam ao próximo como se estivessem servindo ao próprio Cristo. Uma vez que a ilegalidade e perseguição os impedia de construir espaços físicos para cuidar de pessoas,

---

<sup>153</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de 1965. p. 11-12.

<sup>154</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de 1965. p. 14.

<sup>155</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de 1965. p. 17-18.

a assistência era feita de maneira individualizada e em casa. Muitas pessoas perderam a vida acolhendo outras, mas morreram acreditando terem feito a coisa certa.<sup>156</sup>

A discutida conversão do Imperador Constantino ao cristianismo no século IV, e consequente tolerância/liberdade religiosa dos cristãos no Império Romano, favoreceu para a relação espiritualidade e medicina, especialmente no tocante a construção de espaços físicos/instituições de cuidado.<sup>157</sup> Estes espaços acolhiam pessoas pobres, mulheres desamparadas, idosos, doentes crônicos. Como em tempos remotos, a administração destes espaços, bem como as ações de cuidado ali desenvolvidas estavam a cargo de religiosos, especialmente monges.<sup>158</sup>

A proposta do espaço físico hospitalar criado no início da era cristã, bem como a de seus responsáveis (séc. IV), era *acolher*, em cumprimento ao mandamento divino, *cuidar fisicamente*, mesmo que com recursos medicinais limitados, *separar*, para evitar algum tipo de contágio, e *disciplinar religiosamente*, para que o interno alcance a salvação da alma.<sup>159</sup> Esta proposta permaneceu por muitos séculos. Ainda no final do século XVIII, muitas pessoas pobres e indigentes procuravam os hospitais para se recuperar fisicamente, mas, principalmente, para morrer com um mínimo de conforto e dignidade, tendo em vista o aspecto e a motivação religiosa ainda existentes.<sup>160 161</sup>

Em dezoito séculos de cristianismo, muito semelhante à compreensão teúrgica do mundo antigo (que significa não somente "Obra Divina", mas também "Obra de Deus" ou "produzindo a obra dos deuses"), medicina e cuidado era uma tarefa divina, uma obra de Deus, realizada por pessoas religiosas, motivadas, especialmente, pelo amor a Deus e ao próximo.

<sup>156</sup> SILVA, 2010. p. 16.

<sup>157</sup> Alguns historiadores cristãos narram que Constantino, na noite que precedeu a batalha de Ponte Mílvio, o deus cristão revelou um sonho que ele seria vitorioso em sua campanha contra Maxêncio, usurpador de Roma e da Itália, se ele se proclamasse cristão. No dia imediato, 28 de outubro de 312, antes da batalha decisiva, às margens do Tibre, em que o oponente foi morto, Constantino mandou pintar uma cruz no escudo dos soldados. Logo após a vitória, foi anunciada sua religião pessoal. Alguns outros historiadores tradicionais apontam que a conversão de Constantino teve interesse político. Teria sido ele interesseiro e calculista. In: JURKEVICS, V. Irene. *Quando nosso mundo se tornou cristão*. Revista de Humanidades, Departamento de História da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 11, n. 18, p. 312-394, ago./dez. 2010. Disponível em <https://periodicos.ufrn.br/mneme>. Acesso em 26 de abril de 2017.

<sup>158</sup> Os primeiros grandes hospitais europeus, surgidos a partir do séc. XIII, eram constituídos sempre em forma de cruz. Todas as enfermarias convergiam para o altar, instalado no centro do edifício. In: SILVA, G. Divino. *Capelania Hospitalar e a Terapia da Enfermidade: uma visão pastoral*. Dissertação de Mestrado. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2010. p. 42.

<sup>159</sup> FOUCAULT, Michael. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal. 1979. p. 101.

<sup>160</sup> MARTIN, M. Leonard. *A ética e a humanização hospitalar*. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (orgs.). *Humanização e Cuidados Paliativos*. 5ª ed. Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p. 33.

<sup>161</sup> A associação de doenças a algum tipo de possessão demoníaca nesta época justifica a necessidade, presença, e participação de um personagem religioso no processo de cura.

Os hospitais foram templos e santuários, onde a espiritualidade nunca foi acréscimo, mas a própria razão de existirem. Tudo era “terreno” religioso.

### 3.2 O distanciamento entre espiritualidade e medicina no contexto hospitalar

A relação entre espiritualidade e medicina, presente desde tempos remotos, passando por dezoito séculos de cristianismo, também experimentou situações que promoveriam, mais adiante, um afastamento entre elas, especialmente em contexto hospitalar. Eis apenas algumas destas situações.

No início da era cristã, muitas pessoas se converteram ao cristianismo não por amor a Jesus e seus ensinamentos, mas por interesses/necessidades pessoais junto ao Império Romano. Nesta conversão “desinteressada” por um lado, e “interessada”, pelo outro, o serviço não era a Deus, mas a si mesmo e ao Império. Possivelmente, entre estas pessoas estavam aqueles que exerciam o ofício da medicina e aqueles que estavam à frente dos espaços hospitalares religiosos construídos na época.

Com a criação de algumas Faculdades de Medicina no século XI e XII, a figura do sacerdote religioso médico foi desaparecendo. A arte médica vai se tornando uma prática do mundo secular. O Papa Inocêncio III (1139) chegou a proibir os sacerdotes de exercitar a medicina.<sup>162</sup>

No período da Renascença, segundo alguns historiadores e economistas, surge o capitalismo. A burguesia nasce como nova classe econômica, e seu objetivo é lucro, riqueza, expansão de negócios e controle dos meios de produção. Esse objetivo só é possível de se cumprir/alcançar a partir de uma força humana física à disposição. É a força física humana que movimenta o sistema capitalista da época. É natural que, neste contexto, o Estado venha a se preocupar com a saúde das pessoas. Afinal, “corpos quebrados” representam prejuízo econômico. A tarefa da medicina, bem como dos hospitais passa a ser, então, não mais a caridade religiosa, relegada à uma assistência de caráter assistencial civil, mas a recuperação de corpos físicos para que continuem produzindo.<sup>163</sup>

---

<sup>162</sup> SILVA, 2010. p. 19.

<sup>163</sup> HERBES, E. Nilton; RODRIGUES, S. Rafael. *Perdão no Horizonte da Vida: Acompanhamento Espiritual Hospitalar a Pacientes Diante da Morte*. In: WONDRAČEK, H. K. Karin; BRÍGIDO, A. S. Maria; HERBES, E. Nilton; HEIMANN, Tomas (Orgs.). *Perdão: Onde Saúde e Espiritualidade se encontram*. Faculdades EST. São Leopoldo: Editora Sinodal, 2016. p. 160.

No renascimento (século XIV) 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.<sup>164</sup>

Na segunda metade do século XIX (...) os produtivos e não os mendigos e vagabundos se constituem clientela preferencial das preocupações sanitárias. E é também nesta época que certamente o trabalho na doença também, pressionado pela força da industrialização, vai abandonando suas características artesanais, de “ofício” e absorve as novas tecnologias, dentro de um movimento amplo, desencadeado a partir do século XVIII, com as invenções da química, da metalurgia, da física e outras. A medicina e suas técnicas vão sistematicamente preenchendo espaços e determinando novas formas de relação e divisão do trabalho no interior dos hospitais.<sup>165</sup>

Neste mesmo contexto hospitalar, marcado por um sistema capitalista, com uma perspectiva secular de produção financeira e de recuperação de força física/humana, surgem, no final do século XVIII, os relatórios do filantropo John Howard e do médico Jacques René Tenon.<sup>166</sup> Ambos foram designados pela Academia de Ciências da França a desenvolverem relatórios a respeito da situação dos hospitais na Europa. A proposta era caracterizar os ambientes, os trabalhos e os fluxos, e identificar a forma a qual as pessoas internadas estavam sendo atendidas/tratadas. Chegou-se à conclusão, por meio destes relatórios, que havia muita negligência com relação ao tratamento e as curas almejadas não alcançavam um número satisfatório. Esse resultado impulsionou para uma “reforma” nestas instituições,<sup>167</sup> que representaram melhoramentos técnicos para recuperação de “corpos” e substituição de boa parte dos cuidadores caridosos.

Enfim, as interferências que a relação entre medicina e espiritualidade experimentou ao longo dos séculos resultou numa espiritualização da espiritualidade e uma secularização da medicina. Em outras palavras, espiritualidade/igreja/templo e medicina/hospital foram forçadas a definir seu objeto de ocupação independentes uma da outra. Sob influência de uma dicotomia cartesiana, nos últimos 200 anos, de um mesmo ser humano, a Igreja ficou com a alma e o templo, enquanto que a Medicina ficou com o corpo e o hospital.

<sup>164</sup> SILVA, Marcos Nunes; FARRIS, James Reaves. *Capelania hospitalar como práxis libertadora junto às pessoas com HIV/AIDS*. 2007. Dissertação de Mestrado - Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2007. p. 23.

<sup>165</sup> PITTA, Ana. *Hospital: dor e morte como ofício*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1991. p. 44.

<sup>166</sup> A pergunta aqui é se o pano de fundo destes relatórios era uma preocupação com o ser humano enfermo e necessitado, ou a necessidade de identificar problemas para melhorar estas “oficinas” humanas.

<sup>167</sup> HOEPFNER, Daniel. *Fundamentos bíblico-teológicos da Capelania Hospitalar: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa*. Dissertação de Mestrado - Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2008. p. 77-78.

### 3.3 Reaproximação entre espiritualidade e medicina no contexto hospitalar

Dado o distanciamento ocorrido entre medicina e espiritualidade ao longo dos dois últimos séculos, algumas vezes surgiram com a proposta de colocá-las novamente sob um mesmo “templo” ou teto. A primeira voz foi a de um pastor congregacional chamado Washington Gladden, morador de Columbus (EUA), que defendia a ideia de que deveria haver cooperação entre o clero e a classe médica.<sup>168</sup>

O pano de fundo para a proposta de Gladden foi a Psicologia (século XIX e XX) ter assumido para si o cuidado da alma a partir de uma perspectiva científica. A orientação, o consolo, os encaminhamentos e explicações oferecidas, até então, pela Igreja em favor da alma, podiam ser encontradas também, agora, na Psicologia. Uma vez que a formação científica faltava aos religiosos, considerados inaptos para o aconselhamento, a solução seria uma aproximação e diálogo entre as duas.<sup>169</sup>

Outra voz levantada em favor de uma reaproximação foi a de Anton Bosen. A partir do próprio e significativo sofrimento existencial, Bosen chega à conclusão que a Igreja estava negligenciando o campo da saúde mental. Influenciado pelas ideias de Freud e Jung, e com apoio financeiro de neurologista e cardiologista Richard Cabot, ele iniciou um trabalho junto a doentes mentais no Hospital Estadual de Worcester. Em menos de um ano, ele leva quatro estudantes de teologia para este hospital para, a partir do sofrimento humano, se defrontarem com suas próprias existências. A proposta era que alunos de teologia pudessem pensar sua formação e reflexão teológica não a partir de livros/teoria, mas especialmente a partir de pessoas em crise e em sofrimento psíquico.<sup>170</sup> Desta ideia inicial de Bosen surge o Treinamento em Clínica Pastoral.<sup>171</sup>

Voz importante para aproximação das partes foi também a da Psicologia Pastoral. Surgida nos anos 60, a partir de diálogo entre médicos e pastores, seu objetivo era aplicar conhecimentos e recursos da Psicologia à Teologia/prática pastoral. Segundo Hoch, uma

<sup>168</sup> FERREIRA, Damy e ZITI, Lizwaldo Mário. *Capelania Hospitalar Cristã – Manual didático e prático para capelães*. Bárbara d’Oeste: Editora Socep, 2002. p. 56.

<sup>169</sup> HOEPFNER, 2008. p. 87-88.

<sup>170</sup> HOEPFNER, 2008. p. 89-90.

<sup>171</sup> A proposta de Bosen foi uma oportunidade inicial para a teologia desenvolver suas perguntas e respostas num contexto hospitalar psiquiátrico. Atualmente, os treinamentos em clínica pastoral acontecem em instituições psiquiátricas, hospitais gerais, centros educacionais, prisionais e outros. Tais cursos ainda encontram pouca ou quase nenhuma ressonância no Brasil, enquanto que na América do Norte e na Europa são treinamentos largamente conhecidos e reconhecidos. In: HOEPFNER, 2008. p. 91.

prática pastoral, para ser eficaz no cuidado a pessoas, necessita dialogar e fazer uso de um campo de saber que estuda os fenômenos psíquicos do ser humano.<sup>172</sup>

As vozes de Saunders e seu conceito de “Dor total”, de Clinebell e sua compreensão de “vida em abundância” a partir da potencialização e cuidado das seis dimensões que compõe o ser humano, de Elisabeth Kübler Ross e sua compreensão de cuidado junto a pacientes em fase terminal, também foram favoráveis ao reencontro da espiritualidade com a medicina na segunda metade do século XX.

Entretanto, a voz mais importante na busca por uma reaproximação é a de enfermos, familiares e profissionais da saúde. Segundo Koenig, 90% dos pacientes hospitalizados dizem que as crenças religiosas e suas práticas são importantes formas pelas quais eles podem enfrentar e melhor aceitar suas doenças físicas, e mais de 40% indicam que a religião é o fator mais importante.<sup>173</sup> Numa pesquisa feita junto a familiares de pacientes hospitalizados, 42,2% julgaram que a religião/espiritualidade estava sendo muito importante para lidar com o estresse, 44,4% relataram que identificam em si mesmo um crescimento espiritual, e 44,4% acreditam ter crescido muito junto a Deus e à instituição religiosa.<sup>174</sup>

Quanto aos profissionais da saúde/*medicina*, sua voz provocou, nos últimos anos, um movimento mundial favorável a pesquisas a respeito da relação entre espiritualidade e saúde, bem como a inclusão da disciplina “espiritualidade” nas grades curriculares de algumas Faculdades de Medicina. Nos EUA, 90% das escolas de Medicina adotaram essa prática. A *Association of American Colleges* afirma que,

estudantes devem ser advertidos que espiritualidade e crenças culturais e suas práticas, são elementos importantes para a saúde e o bem-estar de muitos pacientes. Eles deverão ser advertidos que é necessário incorporar esta espiritualidade, e crenças culturais e suas práticas, dentro dos cuidados dos pacientes numa variedade de contextos clínicos. Eles reconhecerão que sua própria espiritualidade, crenças e práticas, possivelmente afetarão os caminhos de relacionamento e cuidados com os pacientes.<sup>175</sup>

<sup>172</sup> HOCH, Lothar C. *Psicologia a serviço da Libertação: possibilidades e limites da psicologia na pastoral de aconselhamento*. Estudos Teológicos, São Leopoldo, ano 25, n. 3, p. 258, 1985.

<sup>173</sup> KOENIG, Harold. *Espiritualidade no cuidado com o paciente*. São Paulo: Editora Fé Jornalística, 2005. p. 90.

<sup>174</sup> SCHLEDER, P. Leticia; PAREJO, Lucineia; PUGGINA, C. Ana; SILVA, Maria. *Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva*. Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, n. 1, p. 71-78, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/12.pdf>. Acesso em 05 de maio de 2017.

<sup>175</sup> CEHFI - Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Ministério da Saúde. *Por que pesquisar a espiritualidade na saúde?* Disponível em [http://www2.unifesp.br/centros/cehfi/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=37:por-que-pesquisar-a-espiritualidade-na-saude&catid=16:sobre-espiritualidade-e-saude&Itemid=3](http://www2.unifesp.br/centros/cehfi/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37:por-que-pesquisar-a-espiritualidade-na-saude&catid=16:sobre-espiritualidade-e-saude&Itemid=3). Acesso em 05 de maio de 2017.

No Brasil, um estudo averiguou que apenas 10,4% das Escolas de Medicina possuem cursos que tem a disciplina “espiritualidade” em suas grades curriculares, e mesmo assim, como disciplina eletiva.<sup>176</sup>

Com relação aos profissionais da saúde/enfermagem, sua voz em busca de reaproximação entre espiritualidade e medicina já vem de mais tempo. O nascimento da Enfermagem Científica data de pouco mais de 200 anos. Florence Nightingale, sua fundadora, fazia questão de oferecer, pessoalmente, especial atenção aos doentes em fase terminal ou mais gravemente feridos, lendo-lhes trechos da bíblia, ou trazendo-lhes conforto em suas palavras e visitas à noite. Era chamada carinhosamente de “Dama da Lâmpada”.<sup>177</sup> No Brasil, a primeira publicação científica a respeito de espiritualidade na Revista Brasileira de Enfermagem foi em 1947. Até o final o século XX foram 57 artigos publicados, cujos temas eram:

espiritualidade como parte do caráter e da moral do indivíduo que escolhe fazer enfermagem; espiritualidade como filosofia de trabalho do enfermeiro; espiritualidade como parte do currículo e formação do enfermeiro; espiritualidade na assistência ao paciente, como necessidade humana básica; significado da espiritualidade para quem é cuidado (paciente/cliente); significado da espiritualidade para aquele que cuida; espiritualidade e humanização; espiritualidade e morte e morrer; e espiritualidade sob a luz da Ética e da Bioética.<sup>178</sup>

Em termos de formação, as exigências da nova LDB (Leis de Diretrizes Básicas - Lei nº 9.394/96) e a das Diretrizes Curriculares Nacionais são flexíveis no sentido de as Escolas de Enfermagem poderem livremente oferecer e oportunizar formação de profissionais críticos, reflexivos, atentos aos aspectos religiosos e espirituais, de maneira a contribuir para a integralidade do cuidado.<sup>179</sup>

Por fim, é importante destacar que uma Capelania Hospitalar não tem por objetivo “tomar de volta” os hospitais, muitos menos substituir profissionais capacitados por religiosos leigos. Sua missão no hospital é também aproximar medicina e espiritualidade, mas principalmente, se aproximar de pessoas silenciadas pelo som de bips, e encobertas por aparelhos, afazeres e aparatos. Capelania Hospitalar é a voz, a presença e o abraço de Deus para aquele que está *in firmis*, seja ele paciente, familiar ou profissional.

<sup>176</sup> CEHFI, versão on-line.

<sup>177</sup> CRISTINA, Ana; PEREIRA, L. Luciane. *Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica*. Revista O mundo da saúde, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 225-237, 2007. Disponível em [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/53/10\\_Espiritual\\_enfermagem.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/10_Espiritual_enfermagem.pdf). Acesso em 05 de maio de 2017.

<sup>178</sup> CRISTINA & PEREIRA, 2007. p. 227-234.

<sup>179</sup> CORTEZ, A. Elaine. *Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade no cuidado*. Doutorado (Tese em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009. p. 57-58.

### **3.4 Capelania hospitalar e cuidado espiritual de um paciente oncológico em cuidados paliativos**

A Capelania Hospitalar, seja ela de “fora para dentro” ou de “dentro para dentro”, cuja missão é aproximar e se aproximar de pessoas, tem papel importante junto a pacientes hospitalizados, familiares, profissionais da saúde, e ainda outros funcionários. Sua proposta é ser ponto de apoio e de cuidado para todo o público interno de uma instituição hospitalar. No entanto, a parte final deste capítulo e desta pesquisa se destina a apontar apenas para suas possibilidades junto ao cuidado das necessidades espirituais de um paciente oncológico indicado a um programa de cuidados paliativos. Entrementes, cabe antes justificar a importância desse cuidado.

#### **3.4.1 Por que cuidar de necessidades espirituais?**

A indicação de um paciente oncológico a um programa de cuidados paliativos implica na concretização de algumas perdas que vem sendo experimentadas e sentidas desde a investigação do câncer - finanças, relações, projetos, trabalhos, sonhos, autonomia. No entanto, nessa fase de travessia, destaca-se a perda da vida. A morte, mesmo sendo aquilo que existe de mais próprio do ser humano e de todo ser vivo, continua sendo enigmática, provoca dúvidas e variados sentimentos, especialmente de ordem espiritual.

Heimann aponta que, diante da morte, é possível que pacientes terminais manifestem sentimentos positivos, tais como expectativa, alívio, alegria, esperança, fé, amor, acolhimento, serenidade, confiança, entrega, desapego, desprendimento, reencontro, segurança e certeza da companhia divina.<sup>180</sup> Mas, em geral, segundo Martins, essa fase é marcada pelo medo. E, em meio ao medo da dor, da dependência, do sofrimento, da solidão, da separação das pessoas, do abandono dos profissionais que cuidam, está o medo do depois, o medo do desconhecido, o medo daquilo que é incerto.<sup>181</sup>

Nesse sentido, cuidar dos sentimentos (necessidades) positivos e negativos de pacientes terminais, especialmente os de ordem espiritual, segundo estudos, melhora sua qualidade de vida, reduz suas dores, aumenta a sua autoestima, prolonga os dias de vida,

<sup>180</sup> HEIMANN, Thomas. *Face a face com Deus: A espiritualidade diante da morte e do morrer*. In: HOCH, C. Lothar. HEIMANN, Thomas. *Aconselhamento Pastoral e Espiritualidade*. São Leopoldo: Editora Sinodal, 2008. p. 48.

<sup>181</sup> MARTINS, R. F. Vilma. *Caracterização e abordagem das necessidades espirituais do doente em final de vida: visão integrada dos profissionais de cuidados paliativos*. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos). Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 2011. p. 51 -52.

reduz o risco de depressão, de pensamento suicida e de desejo de morte imediata. Ao mesmo tempo, oportuniza elaboração e ressignificação de aspectos importantes da vida e da morte.<sup>182</sup> Uma boa assistência ao paciente terminal passa pelo atendimento espiritual, que é chave para um atendimento humanizado.

### **3.4.2 As principais necessidades espirituais de um paciente oncológico em cuidados paliativos**

Citado anteriormente, Droogers diz que definir espiritualidade é como “comer sopa com o garfo”. Algo muito semelhante ocorre quando se tenta discernir, abstrair, ou apontar para aquilo que é de ordem apenas espiritual em meio aos muitos sentimentos que a indicação a cuidados paliativos e a iminência da morte provocam. De certa forma, é como “comer sopa com hashi”.

Mesmo considerando esta dificuldade, o psiquiatra americano Willian Breitbart e a psicoterapeuta espanhola Alba Payás Puigarnau reuniram algumas necessidades espirituais que surgem em meio à travessia, e que, segundo eles, precisam ser acolhidas pela equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos, de modo especial, por “profissionais” de Capelania Hospitalar. Eles dividiram essas necessidades em três domínios: Interpessoal, Intrapsíquico e Transpessoal.

Em tópicos, as necessidades de domínio *Interpessoal* são: necessidade de estar ligado a familiares e cuidadores; necessidade de perdoar e ser perdoado; necessidade de manter até o final da vida certo nível de autonomia e controle; necessidade de ser amado apesar da aparência; necessidade de continuidade (ser lembrado). As necessidades de domínio *Intrapsíquico* são: necessidade de se sentir ainda capaz diante da doença que incapacita; necessidade de poder expressar medos diante do sofrimento e da morte; necessidade de encontrar um sentido; necessidade de se perdoar. As necessidades de domínio *Transpessoal* são: necessidade de livrar-se da culpa diante do sagrado; necessidade de continuidade para além desta vida; necessidades religiosas específicas.<sup>183 184</sup>

---

<sup>182</sup> MARTINS, 2008. p. 35-36.

<sup>183</sup> BREITBART, Willian. *Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos*. Revista o Mundo da Saúde, São Paulo, v. 27, n. 1, 2003. p. 41-57.

<sup>184</sup> PUIGARNAU, P. Alba. *La espiritualidad en al final de la vida*. In: Labor Hospitalaria: Humanizacion, pastoral y ética de la salud. Barcelona: Hermanos de San Ruan de Dios, 2003. p. 7-14.

### 3.4.3 Quem participa no cuidado dessas necessidades espirituais?

Breitbart e Puigarnau entendem que o cuidado dessas necessidades espirituais, que serão posteriormente retomadas, não é de responsabilidade exclusiva de religiosos de uma Capelania Hospitalar. Elas podem, e devem ser identificadas, bem como acolhidas também por outros profissionais da equipe de Cuidados Paliativos.<sup>185 186</sup> Mesmo porque essas necessidades, mesmo que consideradas espirituais, transitam pelas várias dimensões do ser humano. Antônio Barbosa, paliativista português, compartilha dessa compreensão, e entende que os cuidados das necessidades espirituais podem ser prestados em três níveis: gerais, especializados e especificamente religiosos.<sup>187</sup>

#### 3.4.3.1 Cuidados espirituais gerais

Nos domínios Intrapessoal, Intrapésíquico e Transpessoal existem necessidades espirituais de pacientes terminais que podem ser reconhecidas e acolhidas diariamente, por qualquer membro de uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos. Possibilitar contato e presença de pessoas, facilitar questões que envolvem perdão, permitir controle e autonomia, fazer com que paciente se sinta amado apesar da aparência, recuperar histórias e descobrir legados, e ainda outras necessidades, passa pela compaixão, pela honestidade, pela humildade, pelo encorajamento, pela escuta ativa, pelo toque, pela oração, pelo tempo e pela presença da equipe multiprofissional, e não apenas do capelão, ou dos voluntários religiosos de uma Capelania Hospitalar. Por isso “cuidados espirituais gerais”.

No entanto, existem muitas dificuldades para o acolhimento e cuidado de necessidades espirituais por parte dos diferentes membros da equipe. Segundo pesquisa realizada nos EUA, 94% dos pacientes admitidos em um hospital acreditam que a saúde espiritual é tão importante quanto a saúde física. 93% gostariam que seus médicos abordassem assuntos de ordem espiritual, especialmente se a doença fosse grave. 77% acreditam que tratar da dimensão espiritual deveria vir junto com o tratamento médico. 33% gostaria que os médicos falassem sobre suas próprias convicções religiosas. No entanto, 80% dos médicos nunca tocaram no assunto espiritualidade com seus pacientes.<sup>188</sup> Em pesquisa feita no Brasil, 77% de pacientes internados entrevistados disseram que gostariam que seus

---

<sup>185</sup> BREITBART, 2003. p. 41-57.

<sup>186</sup> PUIGARNAU, 2003. p. 7-14.

<sup>187</sup> MARTINS, 2008. p. 72-95.

<sup>188</sup> MARTINS, 2008. p. 71.

valores espirituais fossem considerados pelos seus médicos, e 48% gostariam, inclusive, que rezassem com eles. A maioria dos médicos nunca sequer tocou no assunto.<sup>189</sup>

Em pesquisas feitas com os diferentes membros de equipes de cuidados paliativos, várias dificuldades em lidar com necessidades espirituais dos pacientes foram citadas. Entre elas: falta de formação e informação a respeito da relação entre espiritualidade e saúde; falta de tempo dos profissionais para atender essas necessidades, decorrente de uma significativa demanda hospitalar e de uma pressão institucional para que funcionários permaneçam o mínimo de tempo possível junto ao paciente; falta de interesse e de clareza a respeito do tema espiritualidade; discordância religiosa; lidar com espiritualidade do outro significa ter que olhar para própria espiritualidade – isso nem sempre é claro ou simples; falta de um espaço mais privativo para tratar destes temas mais subjetivos; a família não faz questão de que esse tema seja tratado; dificuldade em acolher e cuidar dessas necessidades de maneira continuada; dificuldade em reconhecer as diferenças existentes entre as confissões religiosas.<sup>190</sup>

Nesse contexto de cuidado das necessidades espirituais gerais, uma Capelania Hospitalar participa naturalmente do processo, assim como os demais profissionais da equipe. O seu diferencial está na sua condição de poder oferecer espaços de diálogo, informação e capacitação aos demais profissionais da equipe, a respeito desta dimensão espiritual, seja do paciente, ou do próprio cuidador.

### **3.4.3.2 Cuidados espirituais especializados**

Nos domínios Intrapessoal, Intrapsíquico e Transpessoal, existem as necessidades espirituais de pacientes terminais que requerem a participação de profissionais especializados para acolher e cuidar. Kübler-Ross afirma que a morte é um processo de transição, sendo seu objetivo aliviar o sofrimento do paciente e de seus familiares. Os cuidados nesse tempo deverão ser diferenciados e cautelosos para que esse processo seja elaborado e não abortado.<sup>191</sup> Frankl também fala da importância da psicoterapia, como um cuidado especializado, no cuidado das necessidades espirituais, sem que esta substitua a religião das pessoas.<sup>192</sup>

---

<sup>189</sup> MARTINS, 2008. p. 71

<sup>190</sup> MARTINS, 2008. p. 75-81.

<sup>191</sup> KOVÁCS, 2007. p. 254.

<sup>192</sup> KOVÁCS, 2007. p. 253.

A busca de um sentido para a vida e para a morte, a partilha de medos de sofrimento e morte, o livrar-se de culpa diante de si mesmo, de pessoas, e de Deus, a necessidade de se sentir ainda capaz mediante sua própria vida, bem como ainda outras necessidades espirituais, podem até ser identificadas por qualquer profissional da equipe de cuidados paliativos, mas elas requerem a participação e cuidado de um profissional especializado. Aqui se destacam o profissional da Psicologia, ou psicoterapeuta, bem como o capelão hospitalar, partindo do pressuposto que este tenha formação em Clínica/Psicologia Pastoral.

Dois questões importantes comprometem o acolhimento e cuidado espiritual especializado. A primeira diz respeito ao tema espiritualidade que não transita tão facilmente na psicologia, ou na psicoterapia. Mesmo importantes frente às necessidades espirituais, elas esbarram em alguns limites que a “cientificidade da alma” impõe. A segunda refere-se à falta de formação em Clínica e Psicologia Pastoral em solo brasileiro. Cuidado pastoral eficaz requer um saber diferenciado.

### **3.4.3.3 Cuidados espirituais específicos/religiosos**

Barbosa, quando se refere a cuidados espirituais especificamente religiosos, tem em mente aquilo que pode ser oferecido ao paciente terminal hospitalizado, por religiosos, como sendo uma extensão daquilo que se realiza normalmente no seio da comunidade, ou àquilo que está previsto pela igreja para essas situações específicas. Por exemplo, sacramentos, ritos, orações, confissões, e ainda outros, que não cabem aos demais membros da equipe de cuidados paliativos. Mas, é possível apontar possibilidades de uma Capelania Hospitalar mediante todas as necessidades espirituais citadas por Breitbart e Puirganau, sejam elas gerais, especializadas, ou religiosas, nos domínios Intrapessoal, Intrapsíquico e Transpessoal.

*a) Necessidade de estar ligado a familiares e cuidadores.* A pessoa que está diante da morte sente o tempo todo a ameaça da ruptura, da separação de seu familiares, pessoas queridas e cuidadores. É uma necessidade básica não querer estar sozinho nesse momento, bem como se sentir querido e amado até o momento final. Nos Estados Unidos, uma pesquisa mostrou que a duração do contato entre profissionais da saúde e pacientes diminui significativamente quando ele é indicado a cuidados paliativos. Os atendimentos são rápidos e a permanência no quarto é mínima. A partir desse momento, cabe aos familiares e religiosos

fazer o acompanhamento. Uma divisão está clara no hospital: a cura está nas mãos de profissionais da saúde e a morte nas mãos da família e religiosos.<sup>193</sup>

Esse “afastamento” dos profissionais, decorrente de uma série de limites e barreiras, citadas em tópico anterior, possibilita e requer a presença de cuidados diários de uma equipe de Capelania Hospitalar. Além disso, a Capelania Hospitalar pode ser o elo entre paciente/familiar hospitalizado e comunidade religiosa a qual pertence. Membros da comunidade, bem como seus líderes poderão ser acionados pela Capelania para participarem do processo de cuidado.

Os contextos hospitalares que não disponibilizam ou oferecem um serviço de Capelania Hospitalar, e ainda dificultam uma assistência espiritual voluntária oferecida de “fora para dentro” em suas dependências, somado às dificuldades pessoais de profissionais da saúde em lidarem com a transição e os medos implicados, promove, muitas vezes, como alternativa mediante sentimento e sofrimento, a sedação.

b) *Necessidade de perdoar e ser perdoado.* Saunders dizia que todo ser humano deveria ter a oportunidade de dizer “Desculpo-te”, “Desculpa-me”, “Obrigado”, “Amo-te” e “Adeus”.<sup>194</sup> Situações desconfortáveis “colecionadas” ao longo de toda a vida, consigo mesmo, com o outro, e com Deus, aparecem com toda a força no leito de morte. O paciente precisará de muito esforço para mexer e falar de sentimentos, pedir perdão e perdoar, reconciliar e seguir em paz.

Herbes e Rodrigues entendem que perdoar a si mesmo é um passo difícil de ser dado, mas muito importante no final da vida. Muitas pessoas nessa fase queixam-se de suas vidas, ou ainda não a aceitam com ela é, ou foi. Por outro lado, é preciso reconhecer que sempre haverá situações negativas na vida de todo ser humano, e é preciso se reconciliar com sua própria história.<sup>195</sup>

O perdão de si está intimamente ligado ao perdão de Deus. O ser humano só pode se perdoar quando acreditar, do fundo do seu coração, que Deus o perdoou, que ele o aceitou sem restrições. A crença no perdão divino deve desviar o olhar da culpa e dirigi-lo à

---

<sup>193</sup> SCHNEIDER, H. Christoph. *A Morte como Limite do Curar*. Estudos Teológicos, São Leopoldo, v. 35, n. 1, 1995. p. 84.

<sup>194</sup> MARTINS, 2008. p. 23.

<sup>195</sup> HERBES & RODRIGUES, 2016. p. 166.

misericórdia de Deus.<sup>196</sup> Se confessarmos os nossos pecados ele é fiel e justo para perdoar os nossos pecados e nos purificar de toda injustiça. (1 João:1.9)<sup>197</sup>.

O perdão entre as pessoas ampara-se no que diz Lutero, em o *Sermão sobre de Preparação para a morte*: “por causa de Deus, devemos perdoar amavelmente todas as pessoas, por mais que nos tenham ofendido. Por outro lado, unicamente por causa de Deus, devemos também desejar o perdão de todas as pessoas, muitas das quais, sem dúvida, ofendemos”. Segundo Lutero, esses pecados devem ser confessados e seguidos dos sacramentos, especialmente a Santa Ceia, que garantem a presença dos olhos de Cristo, dos anjos, dos santos e de todos os cristãos que, juntos, formam um só corpo.<sup>198</sup>

A primeira tarefa da Capelania Hospitalar nesse contexto é promover espaço para a confissão de pecados, que pode ser explícita, quanto o paciente solicita diretamente um religioso (padre, pastor, líder) para poder dividir o fardo e ser perdoado, ou implícita, ocorrendo a confissão em meio a um diálogo que contém mais elementos.

O papel do assistente espiritual hospitalar é proporcionar um ambiente que permita ao paciente expressar, por meio de uma escuta sensível e desprovida de pré-conceitos e julgamentos, suas demandas relacionadas ao perdão e outros temas que possam surgir, auxiliando-o, sobretudo, no processo de se livrar de todo e qualquer sentimento de culpa.<sup>199</sup>

A tarefa seguinte da Capelania Hospitalar é oferecer palavras bíblicas de perdão, palavras de oração, sacramentos (Batismo, Santa Ceia e Unção dos Enfermos), como meios de legitimar a confissão, bem como autenticar o perdão e absolvição. E ainda, quando o processo de perdão requer a presença do ofendido ou aquele que ofendeu, ela tem a responsabilidade de mobilizar as pessoas envolvidas, trazê-las ao ambiente hospitalar, e intermediar o processo.<sup>200</sup>

*c) Necessidade de manter até o final certo nível de autonomia e controle, necessidade de se sentir ainda capaz diante da doença que incapacita.* Está muito claro que todo paciente, por uma questão de dignidade, quer ser tratado como pessoa, não como estatística ou patologia, e faz questão de participar de todas as decisões envolvendo o cuidado com a sua vida. O que se tem observado mediante essa necessidade é uma tendência hospitalar de desconsiderá-la. Apesar de alguns ensaios de humanização, é possível perceber que a prática da medicina e a instituição hospitalar ainda fazem uma interpretação muito

<sup>196</sup> HERBES & RODRIGUES, 2016. p. 167.

<sup>197</sup> BÍBLIA, 1988.

<sup>198</sup> HERBES & RODRIGUES, 2016. p. 168.

<sup>199</sup> HERBES & RODRIGUES, 2016. p. 171.

<sup>200</sup> HERBES & RODRIGUES, 2016. p. 170.

científica de 1 Coríntios 15.26<sup>201</sup>: “*O último inimigo que será destruído é a morte*”. Schneider diz que a modernidade quer eliminar a morte, afastá-la da vida pública e coletiva, e que os hospitais serão os locais onde a morte será neutralizada por profissionais da saúde a qualquer custo, sendo a sua ocorrência um terrível acidente.<sup>202</sup>

Essa luta contra a morte abre portas para a obstinação terapêutica, que ignora quaisquer necessidades de autonomia, de capacidade e de controle sobre si mesmo por parte do paciente.<sup>203</sup> Na verdade, a morte não deveria ser inimiga do curar, mas um limite necessário para o paciente, para o familiar, para a equipe de profissionais que cuidam. A morte deve ser integrada no discurso hospitalar e não excomungada.<sup>204</sup>

Nesse contexto, uma Capelania Hospitalar tem duas possibilidades: a primeira é se fazer presente em comissões de ética e bioética existentes nas instituições hospitalares, ajudando fazer valer os princípios dos cuidados paliativos, “afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte”, baseado no princípio da dignidade humana que é sustentada pela sua *imago dei*.<sup>205</sup>

A segunda possibilidade está no fato de que todas as religiões e seus representantes têm plenas condições de contribuir com a temática morte numa perspectiva positiva, porque ela está sempre no horizonte das religiões, ocupando ali tempo e espaço. A religião que afirma que todo ser humano é finito e questiona atitudes contrárias à essa compreensão, são necessárias dentro de um hospital para “atrapalhar os técnicos e administradores e fazê-los sentir constantemente a mágoa narcísica da morte”.<sup>206</sup>

d) *Necessidade de ser amado apesar da aparência*. Herbes e Rodrigues lembram que uma sociedade que valoriza demais a aparência física das pessoas provoca, automaticamente, um grande temor no paciente. Ele teme ser rejeitado e desprezado pelas pessoas devido sua

---

<sup>201</sup> BÍBLIA, 1988.

<sup>202</sup> SCHNEIDER, 1995. p. 86.

<sup>203</sup> Obstinação terapêutica, ou distanásia, é o uso de todos os recursos disponíveis para prolongamento da vida, muitas vezes em detrimento de sua qualidade. Distanásia é palavra de origem grega que significa prolongamento exagerado do processo de morte de um paciente, podendo ser também empregado como sinônimo de tratamento fútil. Cf. ESSLINGER, Ingrid. *O paciente, a equipe de Saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade*. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (orgs.). *Humanização e Cuidados Paliativos*. 5ª ed. Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Editora Loyola. 2004. p. 149-163.

<sup>204</sup> SCHNEIDER, 1995. p. 86.

<sup>205</sup> HOEPNER, 2008. p. 22-25.

<sup>206</sup> SCHNEIDER, 1995. p. 86.

nova condição física.<sup>207</sup> O leito de um hospital, bem como a terapêutica proposta, compromete a aparência física de um paciente oncológico hospitalizado e em cuidados paliativos. Palidez, magreza, mutilações, amputações, fistulas, sondas, e ainda outras alterações, provocam o afastamento natural das pessoas.

Diante desta necessidade, uma Capelania Hospitalar precisa deixar muito claro para o paciente, para os seus familiares, para os profissionais da saúde e demais funcionários, que todo ser humano tem seu valor e sua importância a partir da sua filiação divina e de sua *imago dei*, e que o cuidado sempre será realizado, independentemente de sua condição física, social, psíquica, institucional, ecológica ou espiritual. A Capelania Hospitalar pode partilhar sua compreensão de que alterações físicas significativas fazem parte desta fase de transição, e lembrar que no passado nem mesmo epidemias que provocavam contaminação e morte impediam que as pessoas cuidassem umas das outras. Quanto ao próprio paciente, em se tratando de paciente cristão, ele pode ser lembrado que este corpo de humilhação será transformado, para ser igual ao corpo da Sua glória (Filipenses 3.21)<sup>208</sup>.

e) *Necessidade de encontrar um sentido*. Todo ser humano busca o sentido maior das coisas e da vida. E, ele se preocupa com três questões, que também são centrais na experiência religiosa e espiritual mediante a morte: De onde eu vim? Porque estou aqui? Para onde eu vou? O ser humano, diante da morte, revisa seu passado, presente e futuro e busca encontrar um sentido para sua vida.

Frankl, a partir da sua própria experiência num campo de concentração, afirma que todas as pessoas precisam e podem encontrar um sentido para a vida, mesmo em situação de profundo sofrimento. É possível descobrir que fez algo significativo durante toda a sua vida, dando, assim, sentido a ela.<sup>209</sup> Ele diz que a vida tem, sim, um sentido e que esse não é perdido na fase final da vida. Segundo ele, a questão não é dar sentido, e sim encontrá-lo. Ele não deve ser inventado, mas descoberto.<sup>210</sup>

---

<sup>207</sup> HERBES & RODRIGUES, 2016. p. 163.

<sup>208</sup> BÍBLIA, 1988.

<sup>209</sup> KOVÁCS, J. Maria Júlia. *Espiritualidade e psicologia – Cuidados compartilhados*. Revista O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 251, abr./jun. 2007 Disponível em [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/53/12\\_Espiritualidade.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/12_Espiritualidade.pdf). Acesso em 17 de maio de 2017.

<sup>210</sup> BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo Pessini. *A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos*. Revista Bioéticos - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 315-323, 2010. Disponível em [file:///C:/Users/Pastor/Downloads/A\\_importancia\\_da\\_dimensao\\_espiritual\\_na\\_pratica\\_do%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Pastor/Downloads/A_importancia_da_dimensao_espiritual_na_pratica_do%20(3).pdf). Acesso em 19 de maio de 2017.

Por vezes, se ouve pessoas, especialmente em tentativas de consolo a enlutados, trazer a expressão: “ele cumpriu sua missão”. Por outro lado, mesmo que haja uma reação positiva por parte dos enlutados frente a esta afirmação, ela abre a possibilidade de uma pergunta crucial: mas qual foi a sua missão? De certa forma, o sentido de vida de alguém está na resposta a esta pergunta. E como diz Frankl, essa resposta não pode ser inventada, mas descoberta. De preferência, ainda em vida.

Augusto Cury, em seu romance “O futuro da Humanidade” conta a estória de um estudante de medicina, Marco Polo, que questiona seu professor de Anatomia, a respeito dos corpos que eles iriam dissecar.

Professor! Qual o nome das pessoas que vamos dissecar? E o professor, incomodado com a pergunta responde: Esses corpos não têm nome, não tem história, não tem nada. Então Marco Polo indaga: Como não têm nome? Eles não choraram, não sonharam, não amaram, não tiveram amigos, não construíram uma história? E o professor, com imensa frieza diz: Esses cadáveres não têm história. Se você quiser tentar identificá-los, procure informações na secretaria do departamento. E se, por acaso, encontrar uma história interessante de um desses indigentes, por favor, tragamos para que possamos ouvi-la. Marco Polo tomou tais palavras como um desafio e fez exatamente isso”.<sup>211</sup>

Ou seja, todo ser humano tem uma história para contar. E é nessa história que se descobre a missão cumprida que dá sentido à vida. Uma Capelania Hospitalar é nada mais e nada menos que “Marco Polo”. Ela se propõe a identificar num “cadáver iminente” aquilo que ocorreu ao longo de sua vida, e o ajuda a descobrir a razão (missão) pela qual ele passou neste mundo. Grandes feitos ou não, é nessa descoberta que está a o seu sentido de vida.

Estreitamente ligado à busca pelo sentido da vida está a necessidade de continuidade por parte do paciente. Essa necessidade está retratada numa fala do ator Ansel Elgort, interpretando Augustus Waters, no filme “A Culpa é das Estrelas”, um romance dirigido por Josh Boone, lançado no Brasil em 2014. Ele, paciente oncológico em cuidados paliativos, ao ser perguntado num grupo de apoio sobre o seu maior medo, ele responde: “tenho medo de não ser lembrado”. Enquanto que a missão cumprida representa sentido de vida, perpetuar (relembrar) essa missão na memória das pessoas corresponde a sua necessidade espiritual de continuidade. Aqui Capelania Hospitalar também é Marco Polo.

f) *Necessidade de poder expressar medos diante do sofrimento e da morte.* Segundo Kovács, o medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer é

---

<sup>211</sup> CURY, Augusto. *Futuro da Humanidade. A saga de um pensador*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2005. p. 9.

universal, e atinge todos os seres humanos, independentemente da idade, sexo, nível socioeconômico ou credo religioso. Nenhum ser humano está livre do medo da morte.<sup>212</sup>

Uma Capelania Hospitalar acolhe esses medos na perspectiva da promessa do amor de Ser Superior sempre presente na tribulação. Da mesma maneira que o tema sofrimento e morte tem tempo e espaço nas diferentes religiões, a presença deste Ser em meio à aflição também tem.

g) *Necessidade de continuidade para além desta vida.* Segundo Jünger, morrer é humano. Todo ser humano morre. Porém, quando se trata da própria morte, a regra não se aplica. Ninguém crê em sua própria morte. A morte, como evento que põe termo à própria existência, é algo que é infinitamente estranho. Tudo pode ser tirado, até mesmo a vida; somente a morte não pode ser tirada. Ao mesmo tempo, ela é desconhecida. Nem mesmo um paciente oncológico em cuidados paliativos tem condições de falar sobre a morte. Enquanto as pessoas estão aqui, a morte não está; quando ela está, as pessoas não estão.<sup>213</sup>

A morte e sua iminência é um evento gerador de medo e perguntas, especialmente a respeito do depois, daquilo que é desconhecido e incerto. Por outro lado, a segurança de algo para o depois, e conseqüente redução e medo e ansiedade da morte, é significativamente maior em pessoas que tem alguma convicção religiosa, seja ela qual for. Em outras palavras, pessoas com bem-estar espiritual sofrem menos com os elementos espirituais negativos que envolvem a transição.

Uma Capelania Hospitalar se difere de outras ciências de uma equipe multidisciplinar e cuidados paliativos, justamente por carregar consigo e ter condições de responder, ou corresponder, na perspectiva da fé, seja ela qual for, a esta necessidade de continuidade para além desta vida.

f) *Necessidades religiosas específicas.* Hoch diz que desde muito tempo o ser humano se serve de linguagem simbólica para expressar, por meio de sinais e gestos corporais, a comunhão religiosa com o Invisível. O ser humano necessita externar sua crença espiritual e seu estado espiritual interno, e faz isso por meio de sinais. É o perceptível do imperceptível.<sup>214</sup>

---

<sup>212</sup> KOVÁCS, J. Maria. *Morte e desenvolvimento humano*. 5ª ed. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2008. p. 15.

<sup>213</sup> JÜNGEL, Eberhard. *Morte*. 3ª ed. São Leopoldo: Editora Sinodal. Faculdades EST, 2010. p. 13-15.

<sup>214</sup> HOCH, C. Lothar. *A função terapêutica dos ritos crepusculares. Aconselhamento pastoral junto aos que andam no vale da sombra da morte*. Estudos Teológicos - Faculdades EST, São Leopoldo, v. 38, n. 1, p. 64, 1998.

É possível que as necessidades religiosas específicas requeridas pelo paciente e pelo familiar em contexto hospitalar sejam para corresponder essa necessidade de externar a comunhão com o Invisível, bem como para poder participar, de certa forma, pessoalmente no processo de transição. Nesse sentido, as celebrações, as orações, os sacramentos, unções, confissões, leituras, e demais ações pontuais realizadas em favor do paciente, em contexto hospitalar, nada mais são do que uma forma de externar uma relação existente, bem como participar pessoalmente no processo. Cabe à Capelania Hospitalar exatamente a função de possibilitar essas experiências por meio do capelão ou voluntários, ou por meio da comunidade religiosa do paciente e seus líderes.

Enfim, uma Capelania Hospitalar tem grande importância na vida e na morte de um paciente oncológico indicado a um programa de cuidados paliativos. As necessidades mais importantes deste paciente nesta fase de travessia, especialmente as de ordem mais subjetiva, podem encontrar na Capelania Hospitalar os seus melhores encaminhamentos, e as suas mais significativas respostas. Não há qualquer possibilidade de uma instituição hospitalar, que ofereça o serviço de Cuidados Paliativos devidamente humanizados, abrir mão da presença e do cuidado da Teologia e dos seus “profissionais”.

## CONCLUSÃO

Essa pesquisa permitiu ao autor chegar a algumas considerações importantes a respeito de Oncologia e Espiritualidade, Paciente Oncológico Paliativo e Capelania Hospitalar. Seguem algumas das mais relevantes e que precisam ser consideradas nesta relação.

1 - Os conceitos de integralidade e multidimensionalidade ainda não encontram ressonância em muitos contextos de cuidado ao ser humano. Mesmo sob o fundamento bíblico e de grandes nomes e instituições, o “corpo e as suas partes”, o corpo e as suas dimensões *bio-psico-socio-insti-eco-espiritual* ainda é discurso de apenas algumas pessoas, pesquisas, instituições e livros. Por enquanto, a *bio* é do hospital, a *psico* é das clínicas, a *socio* é da família e amigos, a *insti* é do Estado, a *eco* é do “IBAMA”, e a *espiritual* é da igreja. O que se percebe é um ser humano multidimensional, mas fracionado e compartimentalizado.

2 - Uma proposta de cuidado integral e digno a ser prestado a pessoas enfermas, especialmente, deve reconhecer sua multidimensionalidade e incluir assistência simultânea em todas as dimensões possíveis. A integralidade de um cuidado só se dá no cuidado da multidimensionalidade. A perspectiva é sempre multiprofissional. Cada “seguimento” precisa ter clareza sobre sua “parte do corpo”, mas precisa estar em sintonia com as demais áreas/dimensões/partes para não haver desequilíbrio, separação, desvalorização, ou supervalorização de uma em detrimento da outra. O leito é único, mas tem simbolicamente ao seu redor seis cadeiras.

3 - As necessidades espirituais de um paciente oncológico em cuidados paliativos são também de ordem e implicação física, psíquica, social, institucional e ecológica. Todas as dimensões estão interligadas quando se trata de necessidades espirituais. Por isso, a importância de toda equipe de cuidados paliativos terem clareza a respeito de integralidade,

de multidimensionalidade e, principalmente, de espiritualidade. Não é possível que cada qual pegue a “sua parte” e vá para o seu consultório/clínica/laboratório/sala.

4 - O programa de cuidados paliativos em solo brasileiro é recente, e ainda está em formação. Significa que o cuidado de um paciente oncológico indicado a este programa, em termos de integralidade e multidimensionalidade, tem que lidar com alguns desafios e preencher algumas lacunas:

- A medicina ainda quer “vencer a morte” a qualquer custo. Ela não é processo natural, mas símbolo de um grande fracasso. Indicar um paciente oncológico a cuidados paliativos significa “passar, ou compartilhar o bastão”, mas implica em ter que admitir para si e para os outros que o sucesso esperado não veio. Abrem-se as portas para a obstinação terapêutica.

- Muitos profissionais que lidam hoje com paciente oncológico paliativo não têm formação específica para atuar neste contexto, nem mesmo foram devidamente preparados para lidar com os desafios implicados (sofrimento, medo, morte, dor).

- É proposto às universidades brasileiras que formam profissionais da área da saúde, especialmente Medicina e Enfermagem, incluir em suas grades curriculares disciplinas que contemplem compreensão e estudo das dimensões subjetivas do ser humano, de modo especial, as dimensões psíquica e espiritual.

- O Sistema Único de Saúde, atribuição do Estado, salvo algumas medidas provisórias, ainda não tem um programa específico de cuidados oncológicos paliativos. Ou seja, 80% dos pacientes “terminais” tem a mesma perspectiva de cuidado institucional de um paciente transitório, vítima de uma fratura no pé, por exemplo. Exames necessários custam a serem autorizados. Medicamentos de alto custo somente através da Defensoria, e assim por diante.

- Em tempos de Reforma da Previdência, obter o auxílio doença, que é por direito, ou mesmo aposentadoria definitiva, não se dá senão por vias jurídicas. Isenções de impostos e taxas diversas requerem um tempo de seis meses para ajustar. Não precisa mais.

- O acompanhamento e cuidado da dimensão *psico* do paciente oncológico paliativo é de grande importância, tendo em vista as “marcas na alma” que o câncer, da suspeita à indicação, lhe traz. No entanto, a obstinação terapêutica, ou ainda outra necessidade de conforto, nem sempre do paciente, indicam sedação. Esse “suicídio assistido” impossibilita o cuidado *psico*, relegando à Psicologia a tarefa de acalmar o paciente e familiar em surto e dar suporte a enlutados.

- “Não é bom que o ser humano fique só” é o grande desafio do contexto hospitalar. Não são muitos os familiares que topam o desafio de abrir mão do cuidado de si para cuidar do outro. Muitos pacientes oncológicos em cuidados paliativos se despedem da vida ao som de aparelhos e no silêncio de quem cochila na cadeira ao lado. Aos familiares e amigos que se importam, mas não podem permanecer, restam duas horas diárias de visita.

- Em boa parte dos contextos hospitalares, especialmente de atendimento SUS, não existe espaço físico específico para o cuidado de pacientes em tratamento paliativo. Normalmente, misturam-se pacientes de todos os estadiamentos. Alguns começando, outros terminando. O cuidado é, via de regra, padronizado, naturalmente menos humano para os que estão em transição.

- As portas dos hospitais têm sido abertas novamente para a Igreja ao longo dos últimos anos. Mas, não tem “guarda” na porta para dizer como deve ser e como vai funcionar. Tendo em vista que 99% dos serviços religiosos realizados em hospitais são “de fora para dentro”, a cada dia da semana, num tempo de uma ou duas horas, religiosos de todas as confissões, articulados ou não entre si, com uma formação mínima ou nenhuma, fazem a “obra” junto aos pacientes. E nesse curto tempo vale tudo: disciplina, evangelismo, proselitismo, negociações, leituras, exorcismos, orações fervorosas, preces, folhetos, receitas de garrafadas, passe, sacramentos, promessas de curas, e assim por diante. Pouco importa se o paciente do leito é transitório, é ortopédico, é cardíaco, ou paliativo. De “mamando a caducando”, o negócio é “ganhar almas para Jesus”. Como uma famosa sopa de hospital, o que se percebe é uma sopa religiosa, rala e insossa, de gosto indefinido, que o paciente acaba tendo que engolir. Esta obstinação religiosa justifica-se pela falta de formação especializada em capelania hospitalar oferecida no Brasil.

5 – Esta dissertação se limitou a pesquisar a integralidade e multidimensionalidade do ser humano na perspectiva de um paciente oncológico indicado a cuidados paliativos. Uma pesquisa posterior poderia considerar como objeto de análise a família, ou mesmo os funcionários que cuidam deste paciente, sob esse olhar da integralidade e da multidimensionalidade.

6 - Desde muito tempo, sempre houve uma relação muito próxima e muito positiva entre Medicina e Espiritualidade. As duas estiveram por muitos séculos sob o mesmo teto. Infelizmente, o tempo, pessoas e situações interferiram, e comprometeram essa relação ao longo dos últimos anos. No entanto, o cenário atual indica uma grande possibilidade de

reaproximação. São grandes as chances de estarem sob um mesmo teto oncologia e espiritualidade, paciente oncológico paliativo e capelania hospitalar. A própria capelania hospitalar tem papel importante nesse processo. É possível que o cuidado em saúde, em todas as dimensões, volte a ser uma prática divina realizada por pessoas religiosas e religiosa realizada por pessoas divinas.

## REFERÊNCIAS

A.C.CAMARGO Cancer Center. *Cartilha dos direitos do paciente com câncer*. Versão on-line. Disponível em <http://www.accumargo.org.br/files/cartilhas/cartilha.pdf>. Acesso em 21 de março de 2017.

ALBERTS, Bruce; JOHNSON, Alexander; LEWIS, Julian; RAFF, Martin; ROBERTS, Keith; WALTER, Peter. *Biologia Molecular da Célula*. 5ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed S.A, 2010.

ALBUQUERQUE. P. Bruno. *As relações entre o homem e a natureza e a crise socioambiental*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2007.

ALMEIDA, Lúcia V.; LEITÃO Andrei; REINA, L. C. Barrett, MONTANARI, C. Alberto; DONNICI C. Luis. *Câncer e agentes antineoplásicos, ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA: uma introdução*. Química, Nova Belo Horizonte/MG, v. 28, n. 1, p.118-129, 2005.

ALVES, R. Sergio; SILVA, V. Nelson; OLIVEIRA, S. Wenderson; SANTOS, C. Lidiane. *Pensando em Sociedade*. Atenas. Versão on-line. Disponível em: <http://www.atenas.edu.br/faculdade/arquivos/NucleoIniciacaoCiencia/RevistaCientifica/REVISTA%20CIENTIFICA%202008/9%20PENSANDO%20EM%20SOCIEDADE%20-%20S%C3%A9rgio.pdf>. Acesso em 16 de janeiro de 2017.

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

ART, W. Henry. *Dicionário de ecologia e ciências ambientais*. São Paulo: UNESP, 1998.

AZEREDO, Daniel. Delirium. Controle de Sintomas. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 184-190.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade Líquida*. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2001.

BELIZÁRIO, E. José. *O próximo Desafio – Reverter o Câncer*. Departamento de Farmacologia – Universidade de São Paulo, Ciência Hoje, v. 31, n. 184, p. 51-57, 2002.

BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo Pessini. *A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos*. Revista Bioéticos - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 315-323, 2010. Disponível em

[file:///C:/Users/Pastor/Downloads/A\\_importancia\\_da\\_dimensao\\_espiritual\\_na\\_pratica\\_do%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Pastor/Downloads/A_importancia_da_dimensao_espiritual_na_pratica_do%20(3).pdf). Acesso em 19 de maio de 2017.

BÍBLIA Sagrada: tradução na linguagem de hoje. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1988.

BOFF, Leonardo. *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar – Ética do Humano – compaixão pela terra*. 16ª ed. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 1999.

BOTTINOL, M. B. Sara; FRÁGUAS, Renério. GATTAZ, F. Wagner. *Depressão e câncer*. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 36, 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832009000900007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000900007). Acesso em 10 de março de 2017.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/12732.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12732.htm).

BRASIL. Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF. Disponível em: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br). Acesso em 24 de abril de 2017.

BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm).

BREITBART, Willian. *Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos*. Revista o Mundo da Saúde, São Paulo, v. 27, n. 1, 2003. p. 41-57.

BUTZKE, Paulo Afonso. *Aspectos de uma espiritualidade luterana para os nossos dias*. In: Estudos Teológicos. São Leopoldo, n. 2, p. 104-120, 2003.

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

CARDOSO, G. M. Mirlane. *Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor*. Controle de Sintomas. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 113-122, 2012.

CARDOSO, Graça; LUENGO, Antônio; TRANCAS, Bruno; VIEIRA, Carlos; REIS, Dóris. *Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico*. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. Versão on-line. Disponível em [http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9\\_ficheiros/Cardoso%20et%20al%20-%20p8-19.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Cardoso%20et%20al%20-%20p8-19.pdf). Acesso em 12 de março de 2017.

CARDOSO, H. Daniela; MUNIZ, M. Rosani; SCHWARTZ, Eda; ARRIEIRA, C. O. Isabel. *Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 22, n. 4, out./dez. 2013. Disponível em [https://www.researchgate.net/profile/Isabel\\_Arrieira/publication/262628822\\_Hospice\\_care\\_in\\_a\\_hospital\\_setting\\_The\\_experience\\_of\\_a\\_multidisciplinary\\_team/links/53e9fbf50cf28f342f416be3.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Isabel_Arrieira/publication/262628822_Hospice_care_in_a_hospital_setting_The_experience_of_a_multidisciplinary_team/links/53e9fbf50cf28f342f416be3.pdf). Acesso em 24 de abril de 2017.

CARDOSO, S. Luís. *Apontamentos sobre pastoral e capelania em escolas metodistas*. Revista de Educação Cogeime, ano 11, n. 21, p. 113-122, dez. de 2002. Disponível em <https://www.redemetodista.edu.br/revistas/revistascogeime/index.php/COGEIME/article/view/File/591/535>. Acesso em 24 de abril de 2017.

CARVALHO, J. Rodrigo. *Estado: conceito, elementos, organização e poderes*. Viajus. Versão on-line. Disponível em <http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=3711>. Acesso em 14 de janeiro de 2017.

CARVALHO, S. U. Célia. *A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico*. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

CARVALHO, T. Ricardo. *Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. Controle dos Sintomas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 151-165, 2012..

CEHFI - Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Ministério da Saúde. *Por que pesquisar a espiritualidade na saúde?* Disponível em [http://www2.unifesp.br/centros/cehfi/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=37:por-que-pesquisar-a-espiritualidade-na-saude&catid=16:sobre-espiritualidade-e-saude&Itemid=3](http://www2.unifesp.br/centros/cehfi/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37:por-que-pesquisar-a-espiritualidade-na-saude&catid=16:sobre-espiritualidade-e-saude&Itemid=3). Acesso em 05 de maio de 2017

CHIBA, Toshio; CABRAL, R. B. Luciana. *Fadiga, sudorese e prurido. Controle de Sintomas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 202-209, 2012.

CLINEBELL, J. Howard. *Aconselhamento Pastoral. Modelo Centrado em Libertação e Crescimento*. 4ª ed. São Leopoldo: Editora Sinodal, 2007.

CONSTITUIÇÃO da Organização Mundial da Saúde. In: Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Universidade de São Paulo - USP. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Table/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde>. Acesso em 11 de janeiro de 2017.

CORTEZ, A. Elaine. *Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade no cuidado*. Doutorado (Tese em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

CRISTINA, Ana; PEREIRA, L. Luciane. *Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica*. Revista O mundo da saúde, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 225-237, 2007. Disponível em [http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/53/10\\_Espiritual\\_enfermagem.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/53/10_Espiritual_enfermagem.pdf). Acesso em 05 de maio de 2017.

- CURY, Augusto. *Futuro da Humanidade. A saga de um pensador*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2005.
- DROOGERS. André. *Espiritualidade: o problema da definição*. In: Estudos Teológicos. v. 23, n. 2, p 111 – 128, 1983.
- DULLEY. D. Richard. *Noção de natureza, ambiente, meio ambiente, recursos ambientais e recursos naturais*. Agricultura São Paulo, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 15-26, jun./dez 2004.
- ESSLINGER, Ingrid. *O paciente, a equipe de Saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade*. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (orgs.). *Humanização e Cuidados Paliativos*. 5ª ed. Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Editora Loyola. p. 149-163, 2004.
- FERREIRA, Damy e ZITI, Lizwaldo Mário. *Capelania Hospitalar Cristã – Manual didático e prático para capelães*. Bárbara d'Oeste: Editora Socep, 2002.
- FERREIRA, M. L. Noeli; DUPAS, Giselle; COSTA. B. Danielli; SANCHEZ, O. L. Keila. *Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos*. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 9, n. 2, p. 269-277, 2010.
- FITS, Definição de Serviço Social da. *Os princípios de direitos humanos e justiça social são elementos fundamentais para o trabalho social*. Montréal/Canadá, em julho de 2000. Disponível em [http://www.cfess.org.br/fits\\_definicao.pdf](http://www.cfess.org.br/fits_definicao.pdf). Acesso em 23 de fevereiro de 2017.
- FLECK, Marcelo P. de Almeida. *O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas*. Porto Alegre: Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, n.1, p. 33-38, 2000.
- FLORIANE, A. Ciro. *Cuidador familiar: sobrecarga e proteção*. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 50, n. 4, p. 341-345, 2004. Disponível em [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_50/v04/pdf/secao5.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/secao5.pdf). Acesso em 15 de março de 2017.
- FOUCAULT. Michael. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal. 1979.
- GENTIL, C. Rosana; GUIA, P. Beatriz; SANNA, C. Maria. *Organização de serviços de capelania hospitalar: um estudo bibliométrico*. Escola Anna Nery (impr.), v. 15, n. 1, p. 162 - 170, jan./mar. 2011.
- GORETTI, S. M. Maria; BETTEGA. Roberto. *Náusea e vômito. Controle de Sintomas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 168 – 175, 2012.
- HANCZYC M. Martin; FUJIKAWA, S. Myoro; SZOSTAK J. Willian. *Experimental models of primitive cellular compartments: encapsulation, growth, and division*. *Revista Science*, v. 24. n. 302, out. 2003. Disponível em: <http://www.sciencemag.org/content/302/5645/618.abstract?sid=b05eccc9-c700-4edc-b805-229704a8a918>.
- HATANAKA, M. A. Veruska. *Obstipação e diarreia. Controle de Sintomas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 176-183, 2012.

HEIMANN, Thomas. *Face a face com Deus: A espiritualidade diante da morte e do morrer*. In: HOCH, C. Lothar. HEIMANN, Thomas. *Aconselhamento Pastoral e Espiritualidade*. São Leopoldo: Editora Sinodal, 2008.

HERBES, E. Nilton; RODRIGUES, S. Rafael. *Perdão no Horizonte da Vida: Acompanhamento Espiritual Hospitalar a Pacientes Diante da Morte*. In: WONDRACEK, H. K. Karin; BRÍGIDO, A. S. Maria; HERBES, E. Nilton; HEIMANN, Tomas (Orgs.). *Perdão: Onde Saúde e Espiritualidade se encontram*. Faculdades EST. São Leopoldo: Editora Sinodal, p. 159-172, 2016.

HOCH, C. Lothar. *A função terapêutica dos ritos crepusculares. Aconselhamento pastoral junto aos que andam no vale da sombra da morte*. Estudos Teológicos - Faculdades EST, São Leopoldo, v. 38, n. 1, p.63-73, 1998.

HOCH, Lothar C. *Psicologia a serviço da Libertação: possibilidades e limites da psicologia na pastoral de aconselhamento*. Estudos Teológicos, São Leopoldo, ano 25, n. 3, p. 249-269, 1985.

HOEPFNER, Daniel. *Fundamentos bíblico-teológicos da Capelania Hospitalar: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa*. Dissertação de Mestrado - Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2008.

HOSPITAL de Câncer de Barretos. *O que é radioterapia? Tratamentos*. Versão on-line. Disponível em <https://www.hcancerbarretos.com.br/radioterapia-2>. Acesso em 17 de janeiro de 2017.

IGNACIO, G. Michele; STORTI, C. Danielle; BENNUTE, R. G. Gláucia; LUCIA, C. S. Mara. *Aspectos da sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer: revisão de literatura*. Psicologia Hospitalar, São Paulo, v. 9, n. 1, 2011. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092011000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092011000100003). Acesso em 15 de março de 2017.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Cuidados Paliativos*. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados\\_paliativos](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos). Acesso em 12 de janeiro de 2017.

JEMAL, Ahmedin; VINEIS, Paolo; BRAY, Freddie; TORRE, Lindsey; FORMAN, David. *O Atlas do Câncer*. Trad. Hospital de Câncer de Barretos. 2ª ed. Atlanta: American Cancer Society, 2014.

JÜNGEL, Eberhard. *Morte*. 3ª ed. São Leopoldo: Editora Sinodal. Faculdades EST, 2010.

JURKEVICS, V. Irene. *Quando nosso mundo se tornou cristão*. Revista de Humanidades, Departamento de História da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 11, n. 18, p. 312-394, ago./dez. 2010. Disponível em <https://periodicos.ufrn.br/mneme>. Acesso em 26 de abril de 2017.

KOENIG, Harold. *Espiritualidade no cuidado com o paciente*. São Paulo: Editora Fé Jornalística, 2005.

KOENIG, Harold. *Medicina, Religião e Saúde. O Encontro da Ciência e da Espiritualidade*. Tradução de Iuri Abreu. Editora L&PM. Porto Alegre, 2015.

KOEPFNER, A. Daniel. *Cuidado pastoral num centro de tratamento intensivo adulto: referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais*. Tese de Doutorado - Faculdades EST, São Leopoldo, 2012.

KOVÁCS, J. Maria Júlia. *Espiritualidade e psicologia – Cuidados compartilhados*. Revista O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 246-254, abr./jun. 2007 Disponível em [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/53/12\\_Espiritualidade.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/12_Espiritualidade.pdf). Acesso em 17 de maio de 2017.

KOVÁCS, J. Maria. *Morte e desenvolvimento humano*. 5ª ed. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2008.

KRASILCIC, Sara. *Obstrução urinária em Cuidados Paliativos. Síndromes Clínicas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 246-250, 2012.

LEAL, C. José. *Jung e Filosofia da Alma*. Boletim Interfaces da Psicologia da UFRRJ. Seção Especial Kairós, v. 3, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.ufrj.br/seminariopsi/2010/boletim2010-1/leal.pdf>. Acesso em 10 de abril de 2017.

MACIEL, G. S. Maria. *Organização de serviços de Cuidados Paliativos*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 94-110, 2012.

MALDONADO, E. Jorge. *Intervenção em Crises*. In: SANTOS, N. Hugo (ed.). Dimensões do Cuidado e Aconselhamento Pastoral. Contribuições a partir da América Latina e Caribe. São Leopoldo: CETELA/ASTE, 155-181, 2008.

MANNA, C. B. Mônica. *Síndrome da Veia Cava Superior. Síndromes Clínicas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª Edição. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 239-242, 2012.

MARTIN, M. Leonard. *A ética e a humanização hospitalar*. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (orgs.). Humanização e Cuidados Paliativos. 5ª ed. Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Edições Loyola, p. 31-49, 2004.

MARTINS, R. F. Vilma. *Caracterização e abordagem das necessidades espirituais do doente em final de vida: visão integrada dos profissionais de cuidados paliativos*. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos). Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 2011.

MATOS, W. Fernando. *Por que faltam médicos no interior*. Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. Versão on-line. Disponível em <https://www.cremers.org.br/index.php?indice=58&idartigo=49>. Acesso em 20 de março de 2017.

MATSUMOTO, Y. Dalva. *Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 23-30, 2012.

MATSUMOTO, Y. Dalva; MANNA, C. B. Mônica. *Síndrome de Compressão Medular. Síndromes Clínicas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 243-245, 2012.

MAURIZ, Patrícia; WIRTZBIKI, M. Penélope; CAMPOS, W. Úrsula. *Protocolo Cuidados Paliativos*. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, Fortaleza, 2014.

MCCOUGHLAN, Marie. *A necessidade de cuidados paliativos*. In: PESSINI, Léo & BERTACHINI, Luciana (orgs.). Humanização e Cuidados Paliativos. 5ª ed. Centro Universitário São Camilo, São Paulo: Edições Loyola, p. 167-179, 2011.

MENDES, C. Ernani; VASCONCELLOS, C. F. Luiz. *Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS*. In: Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, jul./set. 2015.

MENDES, V. Eugênio. *25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios*. Saúde Pública - Estudos Avançados, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200003&script=sci_arttext). Acesso em 20 de março de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA. *ABC do Câncer – Abordagens Básicas para o Controle do Câncer*. Rio de Janeiro, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde – Divisão de Organização Hospitalar. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro, 1944. Reedição 1965.

MINSON, P. Fabiola; GARCIA, B. S. João; OLIVEIRA, O. J. José; SIQUEIRA, T. T. José; JALES, H. J. Levi. *Opioides - Farmacologia básica. Controle dos Sintomas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 123-142, 2012.

MOUGEOLLE, Léa. *As Instituições Sociais*. Junho de 2016. Versão on-line. Disponível em: <http://www.sociologia.com.br/as-instituicoes-sociais/>. Acesso em 23 de fevereiro de 2017.

MUKHERJEE, Siddhartha. *O Imperador de Todos os Males – Uma biografia do câncer*. Trad. Berilo Vargas. 3ª Reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

NAYLOR. Cláudia. *Obstrução intestinal maligna. Síndromes Clínicas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 224-238, 2012.

NUCCI, A. G. Nely. *Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo*. Tese (Doutorado em Psicologia). Ribeirão Preto, 2003.

OLIVEIRA, A. Érika; SANTOS, A. Manoel; MASTROPIETRO, P. Ana. *Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida*. Psicologia em Estudo, Maringá/PR, v. 15, n. 2, 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-3722010000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-3722010000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 12 de março de 2017.

PARSONS, A. Henrique. *Caquexia e anorexia. Síndromes Clínicas*. In: CARVALHO, T. Ricardo; PARSONS, A. Henrique (orgs). Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, p. 213-223, 2012.

PEREIRA, V. F. Marcia; VALENCIANO, C. M. Maria. *O que é sociologia?* Revista Jurídica da Libertas, Faculdades Integradas, n. 1, ano 2. Disponível em: <http://www.libertas.edu.br/revistajuridica/revistajuridica2/18.pdf>. Acesso em 23 de fevereiro de 2017.

PESSINI, Leo. *A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica*. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (orgs.). Humanização e Cuidados Paliativos. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola, p. 181-208, 2004.

PIMENTA, A, M. Cibele. *Dor oncológica: Bases para avaliação e tratamento*. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (orgs.). Humanização e Cuidados Paliativos. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola, p. 241-262, 2004.

PITTA, Ana. *Hospital: dor e morte como ofício*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

PUIGARNAU, P. Alba. *La espiritualidad en al final de la vida*. In: Labor Hospitalaria: Humanizacion, pastoral y ética de la salud. Barcelona: Hermanos de San Ruan de Dios, p. 7-14, 2003.

RAMOS, M. Danielle, NASCIMENTO, G. Virgílio. *A família como Instituição Moderna*. Fractal, Revista de Psicologia, v. 20, n. 2, p. 461-472, jul./dez 2008.

RIVOIRE, A. Waldemar; CAPP, Edison; CORTELA, E. Helena; SILVA, B. Simoni. *Bases Biomoleculares da Oncogênese Cervical*. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 47, n. 2, p. 181, 2001.

RODRIGUES, R. Miguel. *A alma (ou psique): estrutura “entre” o corpo e o espírito*. Dissertação (Mestrado em Teologia) - Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Teologia, Lisboa. 2015.

RÜCKERT, L. Maria. *Capelania Hospitalar e Ética do Cuidado*. Viçosa/MG: Editora Ultimato, 2016.

SCHLEDER, P. Leticia; PAREJO, Lucineia; PUGGINA, C. Ana; SILVA, Maria. *Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva*. Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, n. 1, p. 71-78, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/12.pdf>. Acesso em 05 de maio de 2017.

SCHNEIDER, H. Christoph. *A Morte como Limite do Curar*. Estudos Teológicos, São Leopoldo, v. 35, n. 1, p. 84-91, 1995.

SERBENA, A. Carlos; RAFFAELLI, Rafael. *Psicologia como disciplina científica e discurso sobre a alma: Problemas epistemológicos e ideológicos*. Psicologia em Estudo, Maringá/PR v. 8, n. 1, p. 31-37, jan./jun. 2003. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722003000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722003000100005). Acesso em 11 de abril de 2017.

SETTON, J. G. Maria. *As religiões como agentes da socialização*. Cadernos CERU - Universidade de São Paulo, v. 19, n. 2, p. 15-25, 2008. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/ceru/article/view/11855/13632>. Acesso em 11 de abril de 2017.

SILVA, Benedicto. (Org.). *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986.

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

SILVA, Deonísio. *De onde vem as palavras. Origens e curiosidades da Língua Portuguesa*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2014. Versão on-line.

SILVA, G. Divino. *Capelania Hospitalar e a Terapia da Enfermidade: uma visão pastoral*. Dissertação de Mestrado. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2010.

SILVA, Marcos Nunes; FARRIS, James Reaves. *Capelania hospitalar como práxis libertadora junto às pessoas com HIV/AIDS*. 2007. Dissertação de Mestrado - Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2007.

SIQUEIRA, M. Karina; BARBOSA, A. Maria; BOELMER, R. Magali. *O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos*. Revista Latino-americana de Enfermagem. v. 15, n. 4, p. 1-8, jul./ago. 2007.

TORTORA, J. Gerard & DERRICKSON, Bryan. *Corpo Humano. Fundamentos de Anatomia e Fisiologia*. 10ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed Ltda, 2017.

VEIT, T. Maria; CARVALHO, A. Vicente. *Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer. Relato de Experiência*. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 526-530, 2010. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/526a530.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/526a530.pdf). Acesso em 10 de março de 2017.

WEINBERG, Robert. A. *Uma Célula Renegada: como o câncer começa*. Trad. Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Ciência Atual Rocco, 2000.

WHOQOL Group. *Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): USP*. Revista de Saúde pública, v. 33, n. 2, 1998.

ZILLES, Urbano. *Espiritualidade Cristã*. In: TEIXEIRA, F. B. Evilázio; MÜLLER, C. Marisa; SILVA, D. T. Juliana (Orgs.). *Espiritualidade e Qualidade de Vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 10-22, 2004.

