

FACULDADES EST
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM TEOLOGIA
VANDERLEI BOLDT

A CAPELANIA HOSPITALAR E O ACOMPANHAMENTO A PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS: O DESAFIO DA HUMANIZAÇÃO DOS
SERVIÇOS EM SAÚDE

São Leopoldo

2019

VANDERLEI BOLDT

A CAPELANIA HOSPITALAR E O ACOMPANHAMENTO A PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS: O DESAFIO DA HUMANIZAÇÃO DOS
SERVIÇOS EM SAÚDE

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para a obtenção do grau de
Mestra em Teologia
Faculdades EST
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Teologia
Área de Concentração: Teologia e
Sociedade
Linha de Atuação: Dimensões do Cuidado
e Práticas Sociais

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Gaede Neto

São Leopoldo

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B687c Boldt, Vanderlei

A capelania hospitalar e o acompanhamento a pessoas em situação de cuidados paliativos: o desafio da humanização dos serviços em saúde / Vanderlei Boldt, orientador Rodolfo Gaede Neto . – São Leopoldo : EST/PPG, 2019.

83 p. : il. ; 31 cm

Dissertação (Mestrado) – Faculdades EST. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2019.

1. Capelães de hospitais. 2. Cuidado pastoral. 3. Morte - Aspectos psicológicos. 4. Morte – Aspectos religiosos. 5. Cuidados paliativos. I. Gaede Neto, Rodolfo. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

VANDERLEI BOLDT

**A CAPELANIA HOSPITALAR E O ACOMPANHAMENTO A PESSOAS EM
SITUAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS: O DESAFIO DA HUMANIZAÇÃO DOS
SERVIÇOS EM SAÚDE**

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

Data de Aprovação: 19 de agosto de 2019.

Rodolfo Gaede Neto

Prof. Dr. Rodolfo Gaede Neto (Presidente)

Nilton Eliseu Herbes

Prof. Dr. Nilton Eliseu Herbes (EST)

Márcia Eliane Leindecker da Paixão

p/ Prof.ª Dr.ª Márcia Eliane Leindecker da Paixão (UFSM)

Dedico este trabalho a Deus, o criador e mantenedor da vida, que me deu inspiração e sensibilidade para realizar esta pesquisa. E a todas as pessoas que, no leito de enfermidade, buscam e encontram na fé em Deus um esteio e superação para suas angústias.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, primeiramente a Deus, por ter possibilitado os caminhos e todo o suporte para que eu pudesse alcançar os objetivos desta pesquisa.

Ao meu pai Cristiano, *in memoriam*, e minha mãe Nilza que foram os meus primeiros mestres na arte da vida, e me ensinaram as bases da ética cristã; sobretudo, que o alcance das vitórias e conquistas se dá por meio do esforço e dedicação.

À Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense – AEBES, (Entidade de Utilidade Pública não Estatal) pelo apoio e liberação para as aulas presenciais na Faculdades EST.

À Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil – IECLB, em parceria com a Instituição Alemã *Mission EineWelt*, pelo apoio por meio da bolsa de estudos.

À Faculdades EST, o corpo docente, a direção, funcionários e funcionárias que zelaram para que tudo estivesse devidamente preparado e organizado para as atividades de estudo e pesquisa no campus.

Ao meu orientado, Prof. Dr. Rodolfo Gaede Neto, pela sabedoria, dedicação e empenho para alcançarmos a produção e qualificação deste TCC.

Ao amigo William Berger, doutor em serviço social, que me deu dicas e orientações para a elaboração do meu Projeto de Pesquisa.

Ao Jhon Jeferson Costa, que é uma dádiva de Deus em minha vida, pela motivação e suporte ao longo dessa jornada de conciliar trabalho com a dedicação à pesquisa.

Aos meus professores, professoras, colegas de trabalho e todas as pessoas, que no percurso da minha jornada de vida, contribuíram para a minha formação.

Meu muito obrigado!

“Muitas vezes, o verdadeiro milagre não consiste tanto no fato de acontecer uma cura sensacional, mas no fato da pessoa aflita receber força para carregar a sua cruz com dignidade e esperança”.

Lothar Carlos Hoch

RESUMO

Esta pesquisa apresenta como tema central o cuidado humanizado com pacientes hospitalizados e diagnosticados com uma doença sem possibilidade de cura, e tem por objetivo geral investigar, por meio de revisão de literatura, como a espiritualidade junto a pessoas com uma doença ameaçadora à vida, e mediante a iminência da morte, pode contribuir no preparo e enfrentamento dessa realidade e agregar uma maior qualidade para seus últimos dias de vida. A metodologia aplicada para esta pesquisa consiste em uma revisão bibliográfica qualitativa referente a esse tema. Os três capítulos do presente trabalho contemplam os seguintes enfoques: o primeiro tratará de aspectos que envolvem o processo de adoecimento e do morrer, que pode compreender uma experiência dolorosa no âmbito físico, psicológico, social e espiritual. O segundo capítulo tematizará a capelania hospitalar constituída e integrada aos serviços globais dos hospitais como uma especialidade junto a uma equipe multidisciplinar no cuidado humanizado a pacientes. O terceiro capítulo abordará questões práticas do exercício do cuidado por meio da assistência espiritual e o uso de elementos como a oração, a Bíblia e os benefícios do perdão, tanto na perspectiva da ciência quanto na perspectiva da fé cristã. A pesquisa teve como principal referencial o seguinte quadro teórico: Daniel Marcolin - *Morte e Morrer: condutas éticas em defesa da dignidade humana*; Wagner Hummig e Albert Friesen - *Os tentáculos da dor crônica*; Léo Pessini - *Bioética: Um grito por dignidade de viver*; Ana G. C. Melo e Ricardo Caponero - *Cuidados Paliativos – abordagem contínua e integral*; Albert Friesen - *Cuidado na enfermagem*; Alexandre A. Martins - *É importante a espiritualidade no mundo da saúde?*; Traugott Roser - *Aconselhamento diante da morte e suas implicações para a competência pastoral*; Jean-Yves Leloup - *Cuidar do ser: Fílon e os Terapeutas de Alexandria*.

Palavras-chave: Capelania Hospitalar. Espiritualidade. Cuidado Humanizado. Finitude de Vida.

ABSTRACT

This research has as its central theme the humanized care of hospitalized patients diagnosed with an incurable disease, and its general objective is to investigate, through literature review, how spirituality with people with a life-threatening disease, and through the imminence of death, can contribute to the preparation and confrontation of this reality and add a higher quality to their last days of life. The methodology applied for this research consists of a qualitative bibliographic review referring to this theme. The three chapters of this paper address the following approaches: the first will deal with aspects that involve the process of illness and dying, which may comprise a painful experience in the physical, psychological, social and spiritual realms. The second chapter will discuss the hospital chaplaincy constituted and integrated with the global hospital services as a specialty with a multidisciplinary team in humanized patient care. The third chapter will address practical issues of caring through spiritual assistance and the use of elements such as prayer, the Bible, and the benefits of forgiveness, both from the perspective of science and from the perspective of the Christian faith. The research had as its main reference the following theoretical framework: Daniel Marcolin - *Morte e Morrer: condutas éticas em defesa da dignidade humana*; Wagner Hummig and Albert Friesen - *Os tentáculos da dor crônica*; Leo Pessini - *Bioética: Um grito por dignidade de vive*; Ana G. C. Melo and Ricardo Caponero - *Cuidados Paliativos – abordagem contínua e integrat*; Albert Friesen - *Cuidado na enfermagem*; Alexandre A. Martins - *É importante a espiritualidade no mundo da saúde?*; Traugott Roser - *Aconselhamento diante da morte e suas implicações para a competência pastoral*; Jean-Yves Leloup - *Cuidar do ser: Fílon e os Terapeutas de Alexandria*.

Keywords: Hospital Chaplaincy. Spirituality. Humanized Care. Finiteness of Life.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	A MORTE E O MORRER: UM FATO	17
2.1	Morte: realidade incontestável	17
2.2	A pessoa enferma em estágio terminal	19
2.2.1	<i>Dor Física</i>	19
2.2.2	<i>Dor Psicológica ou Mental</i>	20
2.2.3	<i>Dor Social</i>	21
2.2.4	<i>Dor Espiritual</i>	22
2.3	Ortotanásia: o direito à morte com dignidade	24
2.4	A filosofia dos Cuidados Paliativos	26
2.4.1	<i>A Espiritualidade em cuidados paliativos</i>	28
3	A CAPELANIA HOSPITALAR INTEGRADA À PRÁTICA DO CUIDADO HUMANIZADO EM SAÚDE	31
3.1	A origem da palavra capelania	31
3.2	O contexto da capelania hospitalar	33
3.3	A capelania hospitalar contemporânea	36
3.4	A espiritualidade como recurso para a humanização	36
3.5	A antropologia quadridimensional dos Terapeutas do Deserto	41
3.6	Agostinho e a sua crítica à visão fragmentada do ser humano	43
4	QUESTÕES PRÁTICAS PARA UMA VISITA ESPIRITUAL A PESSOAS HOSPITALIZADAS	49
4.1	A capelania como parte da missão e diaconia da Igreja junto às pessoas hospitalizadas	49
4.2	Os benefícios e efeitos da oração	55
4.2.1	<i>Critérios para orar com a pessoa enferma</i>	58
4.3	O uso da Bíblia numa visita a uma pessoa enferma	60
4.4	Os benefícios do perdão na perspectiva da ciência	61
4.5	Os benefícios do perdão na perspectiva da espiritualidade cristã	62
4.6	A escuta atenciosa e a corporeidade como elemento primordial na visitação	64
5	CONCLUSÃO	69
	REFERÊNCIAS	71

1 INTRODUÇÃO

Em sua trajetória de vida, o ser humano se confronta com uma certeza: de que um dia irá morrer. Um dos fatos na vida em que a pessoa mais se depara com essa realidade ocorre mediante a uma doença, sobretudo aquela que a ciência não tem possibilidade de curar. Nesse momento se trava uma luta contra a finitude da vida.

Ainda que a medicina moderna, com todo o seu avançado aporte tecnológico, aliada a outros componentes e saberes humanos, tem se empenhado em prol da cura de doenças com o propósito de proporcionar uma maior longevidade para as pessoas, o questionamento recai sobre o uso excessivo das tecnologias que tornam o ser humano um objeto da ciência, expropriando-o de sua dignidade humana, seus valores, sua manifestação de vontade e a qualidade de vida.

Como teólogo e exercendo o ministério diaconal na área da capelania hospitalar em um hospital público, constantemente lido com o desafio de acompanhar e visitar pacientes com as mais diversas situações e anseios, confrontados com a realidade da enfermidade e a sua finitude de vida. A cada visita exercito o ouvir das histórias de vida, o acolhimento dos medos e das angústias que se manifestam diante da pergunta se haverá cura; presencio manifestações de fé e a busca por ajuda no âmbito espiritual; há um profundo encontro com a fragilidade humana, mas também com o seu potencial de superação, de resiliência e transcendência. Diante dessa realidade, como capelão, percebo a necessidade de buscar maior conhecimento e preparo para ajudar de forma mais assertiva possível as pessoas que lidam, muitas vezes solitárias e incompreendidas, com a sua enfermidade e a iminência da morte.

É sobre este foco que o presente trabalho de pesquisa será desenvolvido. Especificamente focaremos, como elemento delimitador, o cuidado humanizado junto a pessoas diagnosticadas com uma doença sem perspectiva de cura. Conceituaremos a espiritualidade como um suporte para o restabelecimento do equilíbrio físico, emocional e psíquico das pessoas com uma doença incurável.

Ao receber um diagnóstico clínico sem possibilidade de cura, a pessoa enferma se depara com sentimentos de angústia e incertezas mediante ao que vai acontecer, pois entre o diagnóstico de uma doença incurável até o morrer ainda há vida a ser vivida. Em meio a esta realidade, a pergunta central consiste em verificar

em que medida a espiritualidade pode contribuir na superação e no enfrentamento do medo e da angústia na iminência da morte, e assim amenizar os impactos causadores de sofrimentos, até o seu último suspiro.

No bojo da pesquisa nos depararemos com os desafios que requerem dos e das profissionais da saúde uma prática mais efetiva no tocante ao cuidado humanizado junto às pessoas no estágio final de vida, em decorrência de uma doença sem possibilidade de cura. No tocante ao acompanhamento espiritual, constata-se que no Brasil temos poucas instituições hospitalares que integram em sua prática de humanização o serviço de capelania. Verifica-se que boa parte de profissionais que atuam na área da saúde, desconhecem os benefícios da espiritualidade junto aos pacientes.

Por esse e outros aspectos a serem levantados na pesquisa, torna-se relevante investigar e aprofundá-lo na perspectiva das disciplinas humanas e sociais, dentre elas a Teologia, e verificar a sua relação com a espiritualidade do indivíduo em sua integralidade, como ser social, até as últimas horas de sua vida. Portanto, tratar-se-á de uma pesquisa bibliográfica desenvolvida com base em revisão de literatura científica publicada sobre a temática.

O primeiro capítulo tratará dos aspectos que envolvem o processo de adoecimento e do morrer, que compreende uma experiência dolorosa no âmbito físico, psíquico, social e espiritual. Veremos sobre a ortotanásia, que difere da eutanásia e distanásia, sendo uma prática do exercício da medicina que admite a morte como parte constitutiva e natural da vida, possibilitando o morrer com dignidade, respeitando os limites da vida até os seus últimos momentos. Trataremos também a filosofia dos cuidados paliativos que se constitui como uma abordagem mais humanizada no cuidado às pessoas enfermas, sobretudo as que são diagnosticadas com uma doença grave e evolutiva, em que os aspectos da espiritualidade são constituintes no plano de cuidados.

O segundo capítulo trará aspectos sobre a capelania hospitalar, as origens e seu contexto na contemporaneidade. Abordaremos a espiritualidade na perspectiva da ciência e no âmbito da fé cristã. Para compreendermos os aspectos da espiritualidade constitutiva e intrínseca ao ser humano, buscaremos na experiência dos Terapeutas do Deserto uma antropologia baseada na quadridimensionalidade do ser humano. Veremos também a crítica de Agostinho, teólogo e filósofo cristão, sobre a fragmentação do ser humano em partes distintas pela ciência. Ele nos

apresenta, por meio da sua mística do coração, um novo conceito: cuidar do ser humano em sua totalidade.

O terceiro capítulo tratará de questões práticas no exercício do cuidado por meio da assistência espiritual. Veremos que a igreja, por meio da visitação, exerce o seu chamado e se faz presente na vida das pessoas hospitalizadas levando até a elas o fomento da fé, o conforto espiritual e o alento nos momentos cruciais da vida. Veremos também os benefícios da oração, o uso adequado da Bíblia e o indulto do perdão, tanto na perspectiva da ciência, quanto no exercício da fé cristã.

Registra-se que a presente dissertação é baseada nas mais recentes atualizações das normas técnicas para apresentação e formatação de trabalhos acadêmicos da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

2 A MORTE E O MORRER: UM FATO

No decorrer deste capítulo veremos os aspectos que envolvem a iminência da morte. Ainda que a morte seja um fato pelo qual todo ser humano, cedo ou tarde, irá passar, isto não significa que tenhamos que lidar com essa realidade de forma fria. Muitos dos nossos medos diante da morte se dão por causa dos estigmas que envolvem a morte. Muito sofrimento diante da morte pode ser evitado se esse processo for melhor elaborado e devidamente conduzido. No decorrer da pesquisa, iremos abordar os principais processos que envolvem esta etapa final da vida e quais as formas que podem ajudar a amenizar maiores sofrimentos.

2.1 Morte: realidade incontestável

A imortalidade tem sido uma grande busca do ser humano em meio a uma sociedade em que a morte é considerada um grande dilema. Para Eleny Vassão de Paula Cavalcante, a morte é parte integrante da vida, tão previsível quanto o nascer.¹ Daniel Marcolin ressalta que, para a maioria das pessoas, falar da morte e do morrer ainda é um tabu. Trata-se de um reflexo de uma sociedade despreparada em aceitar algo tão inerente ao ser humano que é a finitude da vida. O fato de se perpetuar o mito que a morte é um processo que, indistintamente, envolve dor e sofrimento, contribui para essa repulsa em relação à morte.² “Quando se abate sobre a pessoa humana, a doença abala e transforma toda existência, chegando mesmo a perturbar o relacionamento com Deus. A sensação é de abandono e impotência”.³

Ainda que se tente ignorá-la, a morte não deixará de ser uma realidade com a qual convivemos, sendo um fato em comum entre todas as espécies que vivem.⁴ Para Jean-Yves Leloup, a vida e a morte não são separáveis. Entre todas as espécies e formas de vida, o ser humano é o único que tem consciência de sua

¹ CAVALCANTE, Eleny Vassão de Paula. **Aconselhamento a Pacientes Terminais**. São Paulo: Casa Editora Presbiteriana, [19--]. p. 19.

² MARCOLIN, Daniel. Morte e Morrer: condutas éticas em defesa da dignidade humana. *In*: SIVIERO, Itomar; ROSIN, Nilva (Org.). **Envelhecimento Humano, Espiritualidade e Cuidado**. v. 3 – Dimensões fundamentais da saúde e da arte de cuidar. Passo Fundo: IFIBI, 2014. p. 83.

³ BALDESSIN, Anísio. **Como visitar um doente**. Orientações práticas para padres, pastores e agentes de pastoral da saúde. São Paulo: Loyola, 2002. p. 09.

⁴ CAVALCANTE, [19--], p. 11.

finitude. Portanto, “toda a sua dignidade e grandeza como ser humano consiste em refletir sobre o sentido de sua vida, sendo este sentimento encontrado na morte”.⁵

Conforme Marcolin, ao longo dos tempos, houve uma modificação quanto ao espaço do morrer. Em tempos idos, a pessoa que passava por um processo de grave enfermidade, esta permanecia em sua casa, aos cuidados de sua família e rodeada por pessoas queridas, até a sua morte.⁶ A pessoa era velada pela família, em sua própria casa. Hoje, este momento da morte foi transferido para os hospitais. Contudo, os e as profissionais que atuam em instituições de saúde também não estão preparados e preparadas para lidar com a morte. Em geral, as pessoas associam o hospital a um ambiente onde se trata e se cura a doença, e não sendo também um espaço em que se lida com a finitude da vida. Assim, “a morte não tem mais lugar próprio para acontecer”.⁷ Ela hoje ocorre, geralmente, em leitos solitários e frios nas Unidades de Terapias Intensivas (UTIs), em meio a ruídos de máquinas e pessoas desconhecidas. O que reforça a concepção de que o evento da morte seja um momento assustador, estranho e perturbador.⁸

Para Cavalcante, o medo da morte tem a ver com o fato de cada pessoa ter que passar por ela sozinha, o que atribui ao processo de morrer uma experiência estranha, desconhecida e solitária. O que difere a morte em relação a outras crises ou experiências traumáticas é o seu caráter pessoal e intransferível. Portanto, a morte é uma batalha solitária. “O medo da extinção, do aniquilamento, da supressão, ou do ‘deixar de ser’ é o medo básico da morte”.⁹ É fato que a morte chegará, um dia, para todas as pessoas, independentemente se a aceitamos ou não.

Podemos retardá-la, mas não podemos escapar a ela. A morte golpeia indiscriminadamente – ela não se importa com o ‘status’ ou a posição daqueles a quem escolhe: todos devem morrer, ricos e pobres, famosos ou desconhecidos. Até as boas ações não livram da morte seus praticantes; os bons morrem tão freqüentemente quanto os maus. Aqueles que pensam que podem controlar sua própria existência são os mais irritados, pois descobrem que também estão sujeitos às forças da morte e nada podem fazer para evitá-la.¹⁰

⁵ LELOUP, Jean-Yves. **Além da luz e da sombra**: sobre o viver, o morrer e o ser. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 13.

⁶ MARCOLIN, 2014, p. 85.

⁷ CAVALCANTE, [19--], p. 15 -16.

⁸ MARCOLIN, 2014, p. 85.

⁹ CAVALCANTE, [19--], p. 17-18.

¹⁰ CAVALCANTE, [19--], p. 19.

2.2 A pessoa enferma em estágio terminal

O termo paciente terminal passou a ser utilizado como uma classificação técnica no âmbito da medicina a partir dos avanços das ciências do século XX, período em que o câncer, AIDS e outras doenças degenerativas deixam de ter a característica de doenças agudas levando a uma morte mais rápida, e se tornam crônicas. “O paciente é dito terminal quando não há mais possibilidade em se resgatar as condições de saúde e a possibilidade da morte se torna próxima, inevitável e previsível”.¹¹ Porém, atualmente está em discussão a substituição do termo paciente terminal pelo termo paciente fora de possibilidade de cura. Isso porque a expressão paciente terminal carrega o estereótipo de se tratar de uma pessoa enferma pela qual não há mais nada para fazer. No entanto, a boa conduta médica e o cuidado humanizado requerem muito além dos cuidados relacionados aos aspectos clínicos. As dimensões emocionais, psíquicas, sociais, culturais e familiares se tornam imprescindíveis. Este período se apresenta carregado de aflições e angústias que fragilizam ainda mais o paciente em meio à sua doença em progressão. Sobretudo às preocupações e angústias quanto ao futuro, o que não se restringe apenas a ela mesma, mas também aos seus entes queridos, em como esses viverão com a sua ausência. Nestas condições, o paciente em iminência de morte necessita de algo que lhe dê suporte para lidar com os aspectos limitadores gerados por esta experiência.¹²

A atenção que deve ser dada a um indivíduo que está ‘experimentando’ a morte e o morrer envolve não somente a dor física, mas a dor total: um complexo de elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais que afetam o indivíduo nesse processo (Saunders, 1991). Cabe aos profissionais que prestam atendimentos nas diversas áreas ao paciente saber reconhecê-las e atuar de forma conjunta para prestar um melhor cuidado com bons resultados terapêuticos.¹³

2.2.1 Dor Física

A dor física engloba todos os sintomas que geram desconforto e o mal-estar a uma pessoa, afetando assim a sua qualidade de vida. Os sintomas como falta de ar, fraqueza, a perda de apetite, náuseas e insônia, entre outros, podem ter, muitas

¹¹ MARCOLIN, 2014, p. 84.

¹² MARCOLIN, 2014, p. 85.

¹³ MARCOLIN, 2014, p. 85-86.

vezes, procedência de outros sofrimentos. A exemplo da angústia, que se manifesta como uma dor física e que pode desencadear a dor psíquica e espiritual, agravando o estado de sofrimento da pessoa enferma.¹⁴

Conforme Léo Pessini, a dor e o sofrimento não são sinônimos, isto é, a pessoa pode manifestar uma dor física, mas não necessariamente estar em sofrimento. Sendo que o sofrimento está relacionado com os valores da pessoa, abrangendo as dimensões sociais, emocionais, psicológicas e espirituais. A dor se associa a um estímulo de resposta do sistema nervoso central. Portanto, “nossa vulnerabilidade humana, marcada pela dor e pelo sofrimento, exige uma resposta que se chama cuidado”.¹⁵

Wagner Hummig e Albert Friesen apontam que a maioria das pessoas atribui a dor apenas em seu aspecto físico. Quando na realidade a dor física é uma interface da chamada dor total, isto é, ainda que a fonte da dor seja física, esta dor desencadeia dores de outra natureza no ser humano. “Portanto, é importante conhecer as outras interfaces da dor”.¹⁶

2.2.2 Dor Psicológica ou Mental

A dor psicológica pode ter variações conforme as circunstâncias vivenciadas pela pessoa enferma. Em geral, é uma dor que se manifesta na forma de ansiedade, depressão, medo, irritabilidade e desatenção. Entretanto, há dores que podem se manifestar de forma mais velada, como sentimento de culpa, o luto antecipado, isolamento, perda da autonomia e dependência. “Muitas vezes, a dor psicológica pode estar somatizada por sintomas físicos, sendo muitas vezes subdiagnosticadas e mal tratadas.”¹⁷

Para Hummig e Friesen qualquer que seja a dor, esta inevitavelmente evoca, imediatamente, a ansiedade que, por sua vez, leva a questionamentos:

Qual é a origem da dor? O que ocasiona a dor? Qual é a gravidade? O que se deve fazer para diminuir a dor? Será que esta dor indica algo terrível? Haverá cura para a dor, cura para os tecidos lesados e para a própria

¹⁴ MARCOLIN, 2014, p. 86.

¹⁵ PESSINI, Léo. **Bioética**: um grito por dignidade de viver. 4. ed. São Paulo: Paulinas, Centro Universitário São Camilo, 2009. p. 206.

¹⁶ HUMMIG, Wagner; FRIESEN, Albert. **Os tentáculos da dor crônica**. Rio de Janeiro: Autografia, 2018. p. 28-29.

¹⁷ MARCOLIN, 2014, p. 86.

angústia a respeito da dor? O sofrimento que a dor desencadeia pode levar à morte?¹⁸

Estas perguntas são desencadeadas por meio de ações mentais que caracteriza observação e a racionalização em torno do sofrimento. Portanto, está relacionado ao impulso da vida – autodefesa e autoproteção. “Em última análise, a pessoa que sofre de dor, ainda que não o expresse audivelmente ou conscientemente, tem medo de morrer”.¹⁹

A dor ocasiona uma transformação no ser humano. Enquanto a tendência da sua natureza seja a busca do prazer, a dor se torna uma imposição de um mal-estar. Portanto, para Hummig e Friesen, o fator psicológico pesa mais do que os fatores físicos da dor. Sobretudo quando não sabemos do que estamos padecendo, pois o não saber do que se trata causa sentimento de não ter nenhum controle sobre a situação. Mesmo a pessoa saber do mal que padece, e embora não possa vir a ter nenhum controle sobre a sua enfermidade, ainda assim o sofrimento é amenizado pelo fato de que poderá antever o que se sucederá e assim se preparar para encarar a realidade, por pior que ela seja. “Quando não sabemos do que padecemos, sofreremos mais pelo que não sabemos do que pelo que padecemos”.²⁰

Portanto, mediante a iminência da morte pode surgir um turbilhão de sentimentos, com uma variação de formas e tipos, com a qual cada pessoa poderá se deparar diante a morte. Sendo a morte inevitável, frente aos temores, há a busca do “morrer com serenidade, com fé e esperança, que se contrapõe ao medo da dor, da separação e do salto no mistério insondável e desconhecido da morte, evento privado e intransferível que todo indivíduo enfrentará algum dia.”²¹

2.2.3 Dor Social

A dor social ocorre pelo isolamento, abandono e rejeição, bem como em decorrência da mudança de papéis e a incapacidade de exercer as funções e atividades cotidianas, causando a sensação de inutilidade em relação à família e sociedade. Estas geram sensações angustiantes que acabam agravando outros

¹⁸ HUMMIG, FRIESEN, 2018, p. 29.

¹⁹ HUMMIG, FRIESEN, 2018, p. 29.

²⁰ HUMMIG, FRIESEN, 2018, p. 31-32.

²¹ HEIMANN, Thomas. Face a Face com Deus: a espiritualidade. *In*: HOCH, Lothar C.; HEIMANN, Thomas. *et. al.* (Org.). **Aconselhamento Pastoral e Espiritualidade**. São Leopoldo: EST/Sinodal, 2008. p. 49.

sintomas físicos e emocionais, que, em geral, acabam afetando não apenas a pessoa enferma, mas também a sua família.²²

O drama social e familiar já se inicia quando a pessoa enferma é removida para uma unidade de internação, tendo que deixar o seu ambiente familiar, o seu quarto, a sua cama e se deparar com um local estranho. “A partir daí, dependendo da gravidade do caso, ela passa a perder totalmente o controle das ações. Dificilmente se concede a ela o direito de opinar. Outros agem e decidem por ela”.²³ Assim podemos ver que o morrer não se restringe a um fato biológico, mas se constitui num processo interligado a outras dimensões, sobretudo, ao universo em que se dão as relações sociais.²⁴

2.2.4 Dor Espiritual

Conforme Marcolin, a dor espiritual está relacionada ao universo que envolve a dimensão da pessoa enferma com as suas crenças espirituais. Essa dor tende a se acentuar quando se trata de uma pessoa que se encontra no estágio de finitude da vida, fase esta que pode ser marcada por sentimentos de angústia em meio a muitas dúvidas. São questões geralmente relacionadas com a sua compreensão existencial – qual é o sentido da vida, e o que virá após a morte. Há uma maior propensão em preocupar-se com as questões relacionadas a Deus, ao que é divino, superior e espiritual. Podem sobrevir sentimentos de culpa, inclusive em relação a Deus, e uma necessidade de encontrar respostas que possam dar um sentido e justificar a doença e o porquê do sofrimento. Há uma busca centrada na fé e no conforto espiritual para o enfrentamento de sua condição em meio a esta fase de enfermidade e finitude de vida.²⁵

Para Hummig e Friesen, uma das origens da espiritualidade humana está relacionada com a vulnerabilidade e a finitude da vida. Quando mensurada pela sua passageira existência terrena, a pessoa se dá conta do quanto a vida parece insignificante. Partindo dessa premissa, a dimensão espiritual vai além da existência das coisas concretas do dia a dia. Por meio da espiritualidade o ser humano é

²² MARCOLIN, 2014, p. 86.

²³ BUTZKE, Paulo Afonso (Org.). **Não me desampares**: acompanhamento a doentes terminais. Blumenau: Sínodo vale do Itajaí, Porto Alegre: IECLB - Departamento de Diaconia, 2005. p. 22.

²⁴ MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 24.

²⁵ MARCOLIN, 2014, p. 87.

motivado a pensar o futuro e transcender, ir além, buscar e encontrar Deus. Uma das vulnerabilidades mais contundentes é a expressão da dor que evoca a nossa realidade de finitude, e que leva a perguntas espirituais:

Por que estou passando por isso? Por que comigo? Qual é o sentido de tudo isso que estou passando? Com tanta dor, tem a vida de fato algum sentido? Qual é o sentido de uma vida com dor? Será que eu pequei tanto assim, para ter que sofrer tanta dor? Serei perdoado pelos meus pecados? O tamanho de meu sofrimento expirará o tamanho do meu pecado?²⁶

Uma pesquisa nos EUA, realizado pelo *Gallup Institute Health Care*, no ano de 1997, apontou que 50 a 60% das pessoas entrevistadas, ao serem perguntadas sobre suas crenças espirituais e o processo de morrer, estas manifestaram que as suas maiores preocupações em relação à sua própria morte, está relacionada com Deus, de não serem perdoadas ou morrerem afastadas de Deus ou de alguma força superior. A reconciliação com seus entes queridos também teve destaque. “O que demonstra a necessidade de se reconectar com algo superior e/ou com o sentido da vida, de ter um propósito, de deixar um legado”.²⁷

Marcolin observa que, muitas vezes, pessoas em fase final de vida acabam falecendo sem terem tido a oportunidade de compreenderem a situação, justamente por não terem recebido as devidas explicações sobre a sua doença e seu estágio terminal. Isso reflete o quanto a equipe médica e os familiares julgam seus pacientes e ou ente queridos como sendo incapazes de saberem lidar com estas informações. Há também o pensamento de querer “proteger”, preservar a pessoa enferma de informações que poderão lhe causar impactos negativos. Para Marcolin, esta “conspiração do silêncio” acaba tirando da pessoa enferma a oportunidade de falar sobre seus sentimentos, temores e angústias. Em geral, a pessoa em processo de morte percebe que algo grave está acontecendo com ela. Como não há abertura para dialogar sobre estas questões, a pessoa enferma acaba se isolando em seus próprios pensamentos, sem ter a liberdade ou escolha de falar sobre seus sentimentos mediante ao seu processo de morrer. Desta forma, acaba-se não dando a oportunidade de a pessoa em processo de morte deixar os seus dilemas de vida

²⁶ HUMMIG, FRIESEN, 2018, p. 36.

²⁷ MELO, Ana Georgia Cavalcanti de; CAPONERO, Ricardo. Cuidados Paliativos – abordagem contínua e integral. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 262

organizados e assim partir em paz. “Deixa-se passar a chance de conversar sobre o tema, preparar-se, despedir-se das pessoas que ama”.²⁸

2.3 Ortotanásia: o direito à morte com dignidade

A ética do morrer com dignidade e com respeito à vida humana, sem antecipar e nem prolongar a vida em sofrimento, é a síntese da ortotanásia, que é oposta à eutanásia que admite abreviar a vida, sendo esta uma prática proibida, por Lei e pelo Código de Ética Médica, em alguns países como o Brasil. Há ainda o termo distanásia que é considerada uma má conduta médica, que consiste na obstinação terapêutica médica de se manter a vida do paciente a qualquer custo, causando desconforto, dor e sofrimento por meio da utilização de procedimentos invasivos, fúteis e dolorosos para o paciente em agonia de morte.²⁹

A palavra *ortotanásia* deriva do grego: *orthos* = reto, correto, e *thanatos* = morte. Portanto, ortotanásia concebe que a morte ocorra a seu tempo, de forma correta, sem abreviá-la e nem procrastiná-la. Na ortotanásia, não há interferência do médico quanto ao desfecho do ciclo da vida, pois se compreende que a morte seguirá o seu percurso natural em decorrência de uma doença sem perspectiva de cura. Neste caso, não há uma abreviação da vida, pois esta já se encontra em estado de seu total e inevitável “esgotamento”. Também não se recorre a recursos tecnológicos que podem estender por mais tempo o quadro terminal da pessoa enferma, uma vez por não haver possibilidade de reverter a doença. Nestes casos, sustentar a vida significará também prolongar o sofrimento da pessoa enferma e de sua família. Na ortotanásia, os procedimentos e cuidados terapêuticos aplicados são aqueles que proporcionam o alívio de sintomas.³⁰ “Mais do que atitude, a ortotanásia é um ideal a ser buscado pela Medicina e pelo Direito, dentro da inegabilidade da condição de mortalidade humana”.³¹

A ortotanásia é considerada uma boa prática médica por possibilitar à pessoa enferma e aos seus familiares encararem a morte com naturalidade, sem

²⁸ MARCOLIN, 2014, p. 87.

²⁹ PESSINI, 2009, p. 179.

³⁰ VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, 61-83, 2008. p. 66. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/56. Acesso em: 18 ago. 2018.

³¹ VILLAS-BÔAS, 2008, p. 67.

negar a realidade da finitude humana como uma condição natural do ciclo da vida. E assim desmistificar a morte como uma ameaça contra a qual se deve lutar e encontrar a cura a qualquer custo.³²

A cultura ocidental esconde e nega a morte. Esta atitude acaba marginalizado os doentes terminais, que estão aí para nos lembrar de algo que não gostamos nem de pensar: do nosso fim, pois, simplesmente, somos mortais. A perspectiva da ortotanásia é a de integrar na vida a dimensão da mortalidade e de distinguir o que significa cura e cuidar. Em outras palavras, manter a vida e lutar pelo restabelecimento do doente, quando isso for uma intervenção que traga esperança de saúde, e permitir que a pessoa morra, quando a cura não é mais possível e a hora de dizer adeus se aproxima.³³

O Código de Ética Médica, atualizado em 2010, trata, ainda que sutilmente, sobre a questão da ortotanásia, quando diz, no Art. 41. Parágrafo único.

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.³⁴

Conforme Pessini, em termos gerais, a ortotanásia possibilita morrer cercado de amor e carinho. “Lembramos um adágio francês do século XV, muito atual por sinal, que vê a missão da medicina como sendo a de ‘curar às vezes, aliviar freqüentemente, confortar sempre’”.³⁵ Para Pessini, o Código de Ética Médica, ao rejeitar a eutanásia (abreviar a vida) e resguardar a ortotanásia, de certa forma endossa a perspectiva da ética cristã. Sobretudo quando um doente é respeitado em sua integridade de ser humano, ainda que em estágio avançado de sua doença. Direito esse que é assegurado quando o paciente:

Tenha a sua dor e sofrimento tratados com tratamentos adequados. Receba cuidados contínuos e não seja abandonado quando os objetivos da medicina mudam da ‘cura’ para o ‘cuidado’. Seja o protagonista, e não mero objeto, do processo de cuidados de saúde. Tenha controle, tanto quanto for possível, das decisões a respeito de sua vida. Seja-lhe dada a possibilidade de recuar a obstinação terapêutica (distanásia). Seja ouvido e respeitado

³² PESSINI, 2009, p. 179.

³³ PESSINI, 2009, p. 179

³⁴ CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica (2010)**. Disponível em: <http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual#cap2>. Acesso em: 18 ago. 2018.

³⁵ PESSINI, 2009, p. 180.

em seus medos, pensamentos, sentimentos e valores. Possa optar, quando possível, por despedir-se da vida no local que deseja.³⁶

2.4 A filosofia dos Cuidados Paliativos

O principal objetivo das instituições de internação para pessoas enfermas é focar na doença, recuperar a saúde física e possibilitar a desospitalização. Contudo, há um grande desafio em relação àqueles pacientes acometidos por doenças sem possibilidade terapêutica que possibilite a cura. Para atender a estes pacientes em sua especificidade, surgem os cuidados paliativos.³⁷

O cuidado clínico na perspectiva do cuidado paliativo consiste em atender pacientes em estágio avançado de adoecimento e que estejam fora de possibilidade de cura, possibilitando à pessoa enferma uma maior qualidade de vida em meio ao processo da própria morte. Os princípios básicos dos cuidados paliativos são:

Cuidado integral da pessoa, levando em conta seus aspectos físicos, emocional, social e espiritual. Trabalhar com a família do doente, que é o núcleo fundamental de apoio. Promover a autonomia e a dignidade do doente, o que implica elaborar com ele os objetivos terapêuticos, estabelecendo uma relação franca e honesta. Aplicar um conceito ativo de terapia, pois não se pode aceitar como válida a atitude que diz “não há mais nada a fazer”. O cuidar continua, mesmo quando não se pode mais curar. Propiciar, em torno do doente, uma atmosfera de respeito, apoio e comunicação. Isso influencia muito no controle dos sintomas. Empregar um trabalho multidisciplinar dos profissionais.³⁸

Evidencia-se um crescente quantitativo de pessoas com doenças incuráveis internadas em instituições de saúde, que em boa parte são assistidas de forma inadequada, recebendo todo tipo de intervenção e métodos invasivos, numa enfreada investida no foco da cura. Por falta de conhecimento da equipe médica e de outros profissionais da área da saúde, utilizam-se intervenções e abordagens que não atendem as necessidades específicas destes pacientes, sendo que o principal foco para doentes em paliatividade é tratar os sintomas da dor, proporcionando o conforto. Não se trata de refutar as tecnologias da medicina, mas sim, questionar e refletir sobre a conduta tecnicista mediante a morte de seres humanos, na tentativa de buscar um equilíbrio entre o conhecer científico e o tratamento humanizado. Portanto, o cuidado paliativo preza pela dignidade da vida possibilitando o morrer em

³⁶ PESSINI, 2009, p. 180.

³⁷ PESSINI, 2009, p. 180.

³⁸ PESSINI, 2009, p. 182.

paz.³⁹ “O Cuidado Paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida”.⁴⁰

Mediante as estatísticas que apontam para um crescente número de pessoas com alguma enfermidade crônico-evolutiva, os cuidados paliativos têm despertado a atenção, possibilitando a sua crescente adesão por parte de profissionais de saúde e de administradores de instituições de internação no plano de cuidados clínicos e terapêuticos aos pacientes hospitalizados. “A questão crucial em cuidados paliativos é a qualidade de vida em questão, e não apenas o tempo atribuído a ela”.⁴¹ Assim, os cuidados paliativos introduzem um novo conceito médico de cuidados que focará o cuidado integral e contínuo na assistência ao paciente e extensivo aos familiares, sendo estes parte integrante do cuidado ao paciente.

Assim que for diagnosticada a doença crônico-evolutiva, já se inicia o processo de cuidados paliativos para que a pessoa enferma possa ter os sofrimentos físicos, psicológicos e espirituais aliviados.⁴² Portanto, o que se preza nos cuidados com pacientes em paliatividade é a qualidade de vida, focando no controle adequado dos sintomas de dor, o sofrimento e angústias, respeitando o processo natural de morrer sem utilizar procedimentos fúteis que apenas prolongam o sofrimento e o processo da morte. Desta forma busca-se proporcionar para o paciente o alcance da paz espiritual e o fortalecimento das relações com a família.⁴³

É preciso mudar o conceito de que nada podemos fazer por esses enfermos e incorporar uma mudança de atitude, com a qual muito pode ser feito para o bem-estar de quem está sofrendo ou chegando aos momentos finais de vida, que não seja o abandono ou tratamentos agressivos e desnecessários.⁴⁴

³⁹ CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. amp. e atua. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 23.

⁴⁰ MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *In*: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. amp. e atua. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 27

⁴¹ MELO; CAPONERO, 2009, p. 257.

⁴² MELO; CAPONERO, 2009, p. 257-258.

⁴³ MELO; CAPONERO, 2009, p. 262.

⁴⁴ MELO; CAPONERO, 2009, p. 264.

Para Ana Georgia Cavalcante de Melo e Ricardo Caponero, “a finitude leva o espírito humano à sua essência, a transcendência”.⁴⁵ É do desejo do ser humano em transcender, seja aos limites do seu corpo, a sua alma e chegar a conhecer Deus, o Criador ou quem ele for, sobretudo, transcender à morte. A evolução da medicina tem esse intuito de transcender à morte, dando-se conta de que essa transcendência não significa eliminá-la, mas sim, dar-lhe a dignidade merecida. Os cuidados paliativos se inserem nesses objetivos da manutenção da integridade humana mediante a sua finitude. Por ousar transcender, a essência dos cuidados paliativos é essencialmente espiritual, pois ousa transcender a todo o sofrimento humano e à própria morte dando-lhes um significado que culmina na esperança.⁴⁶

Para Rachel Aisengart Menezes, basicamente, o intuito dos cuidados paliativos consiste em os e as profissionais assistirem a pessoa enferma até seus últimos momentos de vida, oferecendo toda forma de cuidados possíveis para amenizar o desconforto, dando o suporte emocional e espiritual, tanto para a pessoa enferma quanto a seus familiares. Há o ideal de que haja a comunicação franca entre a equipe de profissionais de saúde, pacientes e seus familiares, possibilitando que a pessoa que está morrendo tenha escolhas sobre o seu processo de morrer a partir de informações sobre técnicas médicas e espirituais que lhe sejam adequadas.⁴⁷ “O produto final do trabalho da equipe interdisciplinar paliativista é a ‘boa morte’, visível e aceita por todos os envolvidos nesta produção”.⁴⁸

2.4.1 A Espiritualidade em cuidados paliativos

Os cuidados paliativos se baseiam em uma diversidade de conhecimentos científicos específicos e especialidades clínicas que possibilitem uma intervenção terapêutica mais assertiva junto aos pacientes. Portanto uma equipe multiprofissional bem alinhada com o plano terapêutico estabelecido é essencial em cuidados paliativos. Equipe esta que terá suas ações norteadas por meio dos princípios da própria Organização Mundial de Saúde – OMS, publicados em 1986 e mantidos na sua revisão em 2002. “Pela primeira vez, uma abordagem inclui a

⁴⁵ MELO; CAPONERO, 2009, p. 279.

⁴⁶ MELO; CAPONERO, 2009, p. 279.

⁴⁷ MENEZES, 2004, p. 37.

⁴⁸ MENEZES, 2004, p. 162.

espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto”.⁴⁹

Como vimos, as enfermidades, sobretudo as que são ameaçadoras à continuidade da vida, trazem junto uma série de angústias e conflitos sociais e também emocionais, causando outros sofrimentos além da dor física provocada pela doença em si. Fatores estes que podem ocasionar depressão e a desesperança, causando maiores agravantes ao quadro de adoecimento. A abordagem da psicologia é fundamental para ajudar a pessoa enferma a se ajustar com a nova realidade. No entanto, a novidade está em se fazer a abordagem sobre esses aspectos também pelo viés da espiritualidade que, invariavelmente, se sobrepõe à religiosidade. Sendo que é este aspecto da transcendência, que confere um significado à vida, associada ou não à religião, que necessitamos abordar. “Sempre lembrando que o sujeito é o paciente, sua crença, seus princípios”.⁵⁰

Para uma abordagem adequada sobre a questão do sofrimento no âmbito espiritual precisamos saber distinguir entre o que é sofrimento espiritual, existencial e religioso.

O sofrimento existencial se caracteriza pela ausência de significado para a vida terrena, enquanto o sofrimento espiritual caracteriza-se pela ausência de percepção de uma realidade transcendente à vida material. Já o sofrimento religioso ocorre pelo descumprimento de obrigações para com a religião ou ao “Deus” professado por essa religião. Diferenciar tais sofrimentos pode nos ajudar a entender melhor qual é a verdadeira necessidade do paciente e auxiliá-lo.⁵¹

Sob o ponto de vista do cuidado humanizado, constata-se que a medicina tem muito a se beneficiar em se aliar e dialogar com o conhecimento empírico, sobretudo, ao que tange à espiritualidade, no intuito de oferecer às pessoas enfermas uma maior dignidade e qualidade de vida em seu processo de adoecimento, sobretudo, no lidar com a iminência da morte. É esta perspectiva que iremos abordar no próximo capítulo que tratará da contribuição da capelania hospitalar no suporte do cuidado humanizado em saúde pelo viés da espiritualidade.

⁴⁹ MATSUMOTO, 2012, p. 26.

⁵⁰ MATSUMOTO, 2012, p. 27-28.

⁵¹ SAPORETTI, Luis Alberto; ANDRADE, Letícia; SACHS, Maria de Fátima Abrantes; GUIMARÃES, Tânia Vanucci Vaz. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. *In*: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. amp. e atua. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. p. 52.

3 A CAPELANIA HOSPITALAR INTEGRADA À PRÁTICA DO CUIDADO HUMANIZADO EM SAÚDE

O cuidado humanizado vem sendo empregado como uma nova prática para a melhoria na assistência a pacientes que se encontram sob cuidados institucionalizados. Maria Luiza Rückert compreende que o cuidado e o atendimento humanizado em hospitais se iniciam com a humanização das equipes de saúde. Há a necessidade de renovar estruturas a partir de pessoas transformadas. Para isso, é necessário modificar a mentalidade, a atitude e o comportamento das pessoas que participam e formam a estrutura das instituições. “É fundamental uma equipe de saúde humanizada para que se atinja, com êxito, o atendimento e o cuidado do paciente como pessoa, finalidade primordial de uma instituição hospitalar”.⁵²

Existem várias possibilidades de desenvolver o cuidado humanizado, entre estas está a espiritualidade. A espiritualidade, em devidas proporções, tem recebido uma atenção especial no âmbito da discussão sobre o cuidado humanizado junto às pessoas hospitalizadas, sobretudo com pacientes com doenças irreversíveis e que se encontram na iminência da morte. E uma das formas de empreender a espiritualidade junto aos pacientes é por meio da capelania hospitalar. Cabe então compreendermos melhor sobre o que é capelania hospitalar e a sua contribuição para o cuidado humanizado.

3.1 A origem da palavra capelania

No tocante à origem da palavra capelania, encontramos poucas bibliografias que possam elucidar, com evidências, sobre o surgimento deste termo. Mediante uma pesquisa por referências publicadas sobre este assunto, encontraremos textos que se referem a São Martinho de Tours, sobretudo o conto de um episódio em que São Martinho partiu a sua capa de oficial romano ao meio e cobriu com uma das metades um pobre homem desnudo.

Heinz Vonhoff e Hans-Joachim Hofmann se referem a São Martinho como aquele que se tornou conhecido pelas suas obras de misericórdia.⁵³ Segundo as fontes, o ano do seu nascimento é de 316, na cidade então chamada Sabária, na

⁵² RÜKERT, Maria Luiza. **Capelania Hospitalar e Ética do Cuidado**. Viçosa: Ultimato, 2016. p. 19.

⁵³ VONHOFF, Heinz; HOFMANN, Hans-Joachim. **Samariter der Menschheit: christliche Barmherzigkeit in Geschichte und Gegenwart**. München: Claudius-Verlag, 1977. p. 33.

Hungria. Martinho, seguindo os passos do pai, se tornou um soldado do exército romano, que, após ser promovido ao cargo de oficial, foi designado para a Gália, que hoje é a França.⁵⁴ Conta-se que, como oficial, ele mesmo servia mais aos seus subalternos do que estes a ele. Em sua obra biográfica sobre São Martinho, Sulpício Severo⁵⁵ relata: “Embora Martinho ainda não tenha nascido de novo em Cristo [não batizado], suas obras sugerem que ele seja batizado.”⁵⁶ Segundo Vonhoff e Hofmann, Martinho não tinha preocupações em ter além do que era necessário para sua manutenção diária, e ainda oferecia ajuda aos trabalhadores, aos infelizes, alimentava os famintos e vestia os nus.⁵⁷

Conforme Luís Cardoso, no inverno de 338, Martinho, ao se deparar com um pobre, ele partiu ao meio a sua capa de oficial romano e pôs uma parte sobre o homem, cobrindo-lhe. Esse mesmo pedaço de capa foi guardado em um oratório que passou a ser chamado de *capella*. A partir de então, os oratórios passam a ser denominados de capela e, sucessivamente, a pessoa que exercia o ofício de sacerdote junto a uma capela passou a ser chamado de *cappellanus* – capelão. De forma que, a partir do século XIV os pequenos templos passaram a ser chamados de capela.⁵⁸

Havia então um hábito de, em tempos de guerra, o rei enviar para o acampamento dos militares um oratório que continha dentro uma relíquia, chamada de capela, e que ficava sob a responsabilidade do sacerdote capelão, que também era o líder espiritual do rei. Com o passar do tempo, o ofício de capelania passou a fazer parte nos parlamentos, cemitérios, prisões e colégios.⁵⁹ Mesmo que não

⁵⁴ VONHOFF; HOFFMANN, 1977, p. 33.

⁵⁵ Sulpício Severo (em latim: *Sulpicius Severus*; c. 363 — ca. 425) foi um escritor cristão nascido na Aquitânia. Ele é conhecido por sua *Historia Sacra*, ou a história do mundo desde a criação até seu tempo, e também por sua biografia de Martinho de Tours. SULPÍCIO SEVERO. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Sulp%C3%ADcio_Severo. Acesso em: 10 fev. 2018.

⁵⁶ “Obwohl Martin in Christus noch nicht wiedergeboren war, ließen seine guten Werke darauf schließen, daß er vor der Taufe stehe”. VONHOFF; HOFFMANN, 1977, p. 33. (Tradução nossa).

⁵⁷ VONHOFF; HOFFMANN, 1977, p. 33.

⁵⁸ CARDOSO, S. Luís. Apontamentos sobre pastoral e capelania em escolas metodistas. Revista de Educação **Revista do COGEIME**, Piracicaba v. 11, n. 21, p. 113-123, dez. de 2002. p. 114. Disponível em: <https://www.redemetodista.edu.br/revistas/revistascogeime/index.php/COGEIME/article/viewFile/591/535>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

⁵⁹ GENTIL, Rosana Chami; GUIA, Beatriz Pinheiro da; SANNA, Maria Cristina. Organização de serviços de capelania hospitalar: um estudo bibliométrico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 162-170, 2011. p. 163. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100023. Acesso em: 24 jun. 2018.

encontremos qualquer associação teológica associada aos termos – *cappella* e *cappellanus*, ao que tudo indica, origina-se desta associação denominar de capelão o sacerdote designado ao serviço religioso em instituições; e de capelania o serviço prestado.⁶⁰

3.2 O contexto da capelania hospitalar

A capelania hospitalar consiste em ministrar assistência espiritual e religiosa às pessoas que se encontram internadas em instituições que prestam assistência em saúde, e abrange o que é previsto pela Lei Federal em conformidade com a Constituição Brasileira de 1988. Sendo que somente onze anos após a promulgação da Constituição é publicado, em 1999, o Decreto nº 44395 que passa regulamentar, em 1998, a Lei nº 10.066 que delibera sobre a assistência religiosa em entidades públicas e privadas, sobretudo em hospitais. “Os hospitais que contam com esse serviço são mais bem conceituados junto à clientela por terem uma visão do cuidado integral ao paciente, seus familiares e profissionais da saúde”.⁶¹

Para as instituições hospitalares, sejam públicas ou privadas, passa a vigorar a Lei nº 9.982 de 2000, Art. 1º e 2º, que regulamenta o seguinte:

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 por em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar ou prisional.⁶²

Em alguns hospitais, a capelania é integrada aos serviços globais oferecidos para seus usuários. Nesse modelo, a diretoria ou o conselho do hospital coopera e interage com a mesma. O que não necessariamente significa que o hospital custeia os gastos da capelania. No contexto brasileiro, as capelarias geralmente são mantidas por igrejas, ou por meio de alguma organização social não governamental

⁶⁰ CARDOSO, 2002, p. 115.

⁶¹ GENTIL; GUIA; SANNA, 2011.

⁶² 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. Brasília: Presidência da República, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9982.htm. Acesso em: 24 jun. 2018.

(ONGs), ou então por sociedades beneficentes ou instituições filantrópicas que tenham intuito de ofertar e custear este serviço.⁶³

Para Albert Friesen, uma capelania integrada aos serviços globais do hospital tem a seu favor o aspecto da continuidade de sua atuação, bem como uma maior interação com toda a equipe multidisciplinar. Esse modelo de capelania possibilita realizar um atendimento integrado e sistêmico ao paciente. “Sem esta interação perde-se esta interdisciplinaridade, e as intervenções podem ser contraproducentes, com efeitos negativos para o paciente”.⁶⁴ A integração em consonância com a equipe multidisciplinar é fundamental para alcançar os objetivos da capelania que preza pela qualidade de vida da comunidade hospitalar, observando os aspectos bio-psico-sócio-espiritual.⁶⁵

Esse modelo de capelania integrada ao serviço global da unidade hospitalar tem como pressuposto sujeitar-se às normas internas das instituições hospitalares, bem como às normatizações civis que regulamentam sobre os direitos e deveres. Portanto, a capelania “se torna responsável pelos seus atos, devendo organizar-se, planejar os seus projetos, supervisionar a ação daqueles que agem a partir de suas funções e princípios e responder diante da diretoria geral por sua atividade”.⁶⁶

Conforme Alexandro Coutinho da Silva, em geral, a capelania hospitalar se caracteriza como uma organização de cunho religioso, e tem como principal finalidade prestar assistência espiritual especializada em hospitais.⁶⁷ Contudo, há de se observar, no atendimento aos pacientes, o transparecer do seu caráter interdenominacional, ou seja, a capelania deve acolher as diferentes manifestações de fé e espiritualidade. Para Silva, quando a capelania é vista com o objetivo de converter pessoas ao cristianismo, o que é caracterizado por proselitismo, isso demonstra um claro desrespeito para com a pessoa enferma. “Certamente que o/a capelão/ã não deve negar a fé que professa, mas nem por isso deve impô-la às pessoas que atende”.⁶⁸

⁶³ FRIESEN, Albert. **Cuidado na enfermagem**. Curitiba: Esperança, 2007. p. 89.

⁶⁴ FRIESEN, 2007, p. 89.

⁶⁵ MARTINS, 2009, p. 16.

⁶⁶ FRIESEN, 2007, p. 89.

⁶⁷ SILVA, Alexandro Coutinho da. **A capelania hospitalar**: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico. São Leopoldo: Oikos, 2010. p. 31.

⁶⁸ SILVA, 2010, p. 13.

Para Cavalcante, em tratar-se de um serviço integrado ao cuidado humanizado, e tendo em vista uma concepção de ser humano integral e não fragmentado, ao cuidar da espiritualidade da pessoa enferma é natural que este cuidado flua para outras necessidades da pessoa hospitalizada. “A atuação da capelania abrange o atendimento emocional, social e educacional em instituições de saúde”.⁶⁹ Silva reforça o que é colocado por Cavalcante quando aponta para a necessidade de compreender-se que o atendimento da capelania não se resume a mais uma visita com o intuito de levar apenas consolo e conforto à pessoa enferma, mas é parte integrante de um plano terapêutico visando a melhora da pessoa internada.⁷⁰

Mateu Bautista define a capelania hospitalar como um serviço de apoio, consolo e de fortalecimento junto às pessoas enfermas, extensivo a seus familiares, aos funcionários e também à equipe clínica do hospital. A atuação da capelania também perpassa a dimensão holística, portanto, nesta perspectiva, a pessoa enferma é considerada em sua unidade pluridimensional. Em suma, visa contribuir para um maior conforto nas horas de dor, angústia, aflição, tristeza e inquietações. Em meio a este antagonismo, objetiva-se oferecer um amparo espiritual que possibilite à pessoa enferma uma experiência íntima e relacional com Deus através do seu imensurável amor e misericórdia que pode ser vivenciado no leito da enfermidade.⁷¹

Segundo Silva, a capelania utiliza meios pelos quais busca alcançar o amor e cuidado de Deus à pessoa enferma. Sobretudo por meio do afeto, a presença no leito, na transmissão da empatia, uma escuta qualificada, na oferta de uma palavra por meio da oração ou da leitura de textos bíblicos adequados e direcionados para o momento da pessoa enferma. Também não podemos deixar de mencionar o potencial terapêutico da música que alcança as profundezas da alma.⁷² Rükert ressalta que “a capelania faz-se presente, também, nos momentos de alegria, quando há vitórias a serem celebradas, momentos significativos a serem festejados”.⁷³ Visto dessa forma, a capelania ocupa um espaço estratégico capaz de

⁶⁹ CAVALCANTE, Eleny Vassão de Paula. **No leito da enfermidade**. São Paulo: Presbiteriana, 1992. p. 34.

⁷⁰ SILVA, 2010, p. 14.

⁷¹ BAUTISTA, Mateo. **O que é Pastoral da Saúde**. São Paulo: Paulinas, 2000. p.38.

⁷² SILVA, 2010, p. 31.

⁷³ RÜKERT, 2016, p. 85.

traduzir a dor e o sofrimento humano por meio da linguagem relacional, que permite alimentar a esperança, amenizar as angústias e o vazio existencial.⁷⁴

3.3 A capelania hospitalar contemporânea

Conforme Alexandre Martins, nos últimos anos se deram alguns avanços no tocante à valorização da espiritualidade no universo da saúde, possibilitando uma maior abertura e aceitação da presença de capelães e ou agentes de Pastoral da Saúde nos hospitais. A pesquisa científica também avançou nos resultados que evidenciam a importância da espiritualidade na evolução dos processos de cura. Os países de primeiro mundo estão significativamente avançados nesse processo. Nos Estados Unidos, a maioria das faculdades de medicina já oferece alguma disciplina que aborda os aspectos de religiosidade e a espiritualidade junto aos pacientes.⁷⁵

No Brasil também temos algumas iniciativas por parte de faculdades de medicina, a exemplo da Universidade Federal Fluminense - UFF, que desde 2017 oferece a disciplina optativa Medicina e Espiritualidade a seus estudantes. A inserção de uma disciplina com foco na espiritualidade na grade curricular do curso se deu mediante a uma palestra sobre Medicina Integrativa que consiste “numa abordagem orientada para um sentido mais amplo de cura, que visa tratar a pessoa em seu todo: corpo, mente e espírito”.⁷⁶

3.4 A espiritualidade como recurso para a humanização

Para Martins, falar em saúde vai muito além do conceito físico-biológico. A relação saúde-doença precisa ser vista e analisada em suas várias e complexas dimensões constitutivas que são inerentes ao ser humano. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) ampliou a sua definição ao conceituar saúde como conjunto das dimensões biológicas, psíquicas, sociais e espirituais.⁷⁷

A princípio a relação entre a saúde e a espiritualidade pode nos remeter a duas dimensões distintas: quando, na prática, ir até a um hospital significa buscar a

⁷⁴ RÜKERT, 2016, p. 91.

⁷⁵ MARTINS, Alexandre Andrade. **É importante a espiritualidade no mundo da saúde?** São Paulo: Paulus, Centro Universitário São Camilo, 2009. p. 57-58.

⁷⁶ MARIA, Bárbara. **Universidade Federal Fluminense inclui Espiritualidade como disciplina.** Disponível em: <https://www.educamaisbrasil.com.br/educacao/noticias/universidade-federal-fluminense-inclui-espiritualidade-como-disciplina>. Acesso em: 28 maio 2019.

⁷⁷ MARTINS, 2009, p. 9.

cura de uma enfermidade, a espiritualidade é uma questão de vivência pessoal, e geralmente está relacionada ao ambiente sagrado, religioso – igreja. Contudo, se considerarmos que o ser humano não é fragmentado e que não é possível simplesmente acionar ou desligar um ou outro aspecto de sua vida, então se justifica a necessidade de unir duas realidades que, ainda que aparentes, sejam tão distintas quanto a relação saúde e espiritualidade.⁷⁸

Martins compreende que possibilitar o universo da espiritualidade em prol da saúde é integrar uma importante dimensão do ser humano no processo de cuidado, o que por sua vez torna o atendimento à saúde mais humanizado. “Isso não significa fazer dos hospitais ou qualquer outro estabelecimento de saúde uma igreja ou uma praça para a pregação confessional de uma fé”.⁷⁹ Agregar estas duas áreas significa permitir que as pessoas enfermas tenham a liberdade de buscar na fé a força para enfrentarem a sua enfermidade, e que sejam respeitadas em suas crenças e até atendidas e acompanhadas por alguém que tenha este entendimento sobre questões de espiritualidade. Reunir a dimensão espiritual à medicina significa ampliar o conceito saúde-enfermidade. A espiritualidade tem uma importante contribuição na recuperação da pessoa enferma, sendo um auxílio no lidar psicoemocional com o sofrimento e no controle da dor, ainda mais em pacientes que acreditam em algo transcendental.⁸⁰

A medicina tradicional e convencional baseou-se, predominantemente, numa concepção mecanicista e fragmentada do ser humano.

A modernidade apostou na autonomia do ser humano e na sua capacidade racional. Com isso, abriu-se às ciências modernas e ao desenvolvimento técnico-científico. O homem passou a ser visto de forma fragmentada e mecânica, ideal para a investigação científica moderna. O mundo moderno tem uma concepção de ser humano muito fragmentada e mecanicista. Ele apostou piamente na capacidade racional do homem e rompeu com a realidade transcendental. Contudo, essa “autonomia” não foi capaz de realizar a existência humana e solucionar os problemas da humanidade, mas desencadeou uma crise ética e de sentido. Com uma postura crítica a essa visão moderna do ser humano, recorreremos a uma concepção de homem mais integral e aberta à realidade transcendental.⁸¹

Martins observa que no mundo da saúde, o ser humano é reduzido, praticamente, à sua dimensão constitutiva biológica, que, quando desajustado

⁷⁸ MARTINS, 2009, p. 9-10.

⁷⁹ MARTINS, 2009, p. 10.

⁸⁰ MARTINS, 2009, p. 10.

⁸¹ MARTINS, 2009, p. 13.

(doente) pode-se intervir com medicamentos e procedimentos tecnológicos. Aqui não se questiona os benefícios e a necessidade desses procedimentos, contudo isso não é suficiente quando concebemos que a saúde não se reduz apenas a um estado de ausência da dor física ou de uma doença. “Geralmente, no mundo da saúde, a concepção antropológica fica muito reduzida à biologia humana, equivalente a um organismo ‘mecânico’, que, às vezes, necessita de retoques”.⁸² Temos aqui o que Martins chama de um reducionismo antropológico ao desconsiderar importantes dimensões da natureza humana, inclusive a espiritual.

Quando a pessoa, em necessidade, procura um hospital, ou uma unidade de saúde em busca de tratamento de sua saúde, ela se apresenta de forma integral, isto é, com todas as suas partes constitutivas, a saber, espiritual, social ou emocional e não apenas a parte biológica. Enquanto se cuida do corpo enfermo não é possível esquecer os problemas sociais ou pessoais e nem dos dramas existenciais. “O ser humano é um todo, um ser integral cuja existência é construída por todas as dimensões, na relação contínua consigo mesmo, com o outro, com o mundo e com a transcendência (com Deus, sua dimensão espiritual)”.⁸³

Nesta perspectiva, considerar a dimensão espiritual do ser humano é de grande relevância para a medicina da saúde. Para tanto, os profissionais da saúde precisam ir além da concepção mecanicista em que o ser humano é passível de ser fragmentado. Isso requer o resgate de uma visão antropológica que concebe o ser humano dentro de uma dimensão ampla, integral e a valorização das dimensões constitutivas e inerentes do ser humano, como preconiza a própria Organização Mundial de Saúde (OMS). Dimensões estas que vão além das relações do ser humano consigo mesmo, mas que se relacionam com a natureza, com o outro e com a sua espiritualidade que transcende ao divino (com Deus).⁸⁴

Traugott Roser aponta para algumas mudanças de paradigmas que ocorreram nestas últimas décadas concernentes à forma em que a medicina tem encarado os novos desafios na luta contra as doenças. Principalmente em casos de doenças desafiadoras para a ciência, como o câncer, que mesmo com todos os avanços na pesquisa, ainda não chegou a atingir 100% de cura para esta doença. Mediante a esses desafios, a medicina tem dado uma maior abertura para as

⁸² MARTINS, 2009, p. 13.

⁸³ MARTINS, 2009, p. 14.

⁸⁴ MARTINS, 2009, p. 14-15.

abordagens holísticas na medida em que o objetivo da mediação clínica não se restringe mais apenas para a finalidade última da cura. Pois, dependendo da enfermidade, a pessoa adoecida precisa elaborar uma nova perspectiva de vida que lhe permita conviver com a doença. Nestes casos, o objetivo do plano terapêutico não será mais centrado na cura da doença, e sim, melhorar o estado subjetivo da pessoa enferma, prezando pela qualidade de vida por meio do controle de sintomas e medidas de conforto.⁸⁵

Quando o foco do cuidado clínico não for mais a cura, e sim, as condutas de conforto, é preciso considerar a avaliação subjetiva da pessoa enferma com base nas respostas do próprio paciente. Roser afirma que, para haver uma correta e precisa análise destes indicadores subjetivos, é primordial a utilização de instrumentos que possibilitem medir a qualidade de vida de cada paciente. É imprescindível considerar tanto os aspectos físicos quanto os aspectos psíquicos, sociais e funcionais do paciente.⁸⁶

Em países como os EUA, Canadá e Inglaterra passou-se a incluir a questão da espiritualidade como um componente importante para verificar a qualidade de vida de seus pacientes. “Desta forma, o cuidado espiritual é um tema proveniente da área da saúde, não sendo [...] introduzida de fora”.⁸⁷ As necessidades do âmbito espiritual são consideradas importantes de tal forma que passam a englobar a avaliação e o diagnóstico do estado geral de melhora do paciente. Desta forma, a espiritualidade é parte da terapêutica global em pacientes que estão lidando com a terminalidade de sua vida. “Isso é importante para se fundamentar o aconselhamento pastoral hospitalar como benefício que integra o sistema clínico”.⁸⁸

O mundo da saúde precisa ampliar sua concepção de ser humano, superar o domínio do paradigma mecanicista e passar a ver o ser humano de forma integral e holística, um ser aberto para a transcendência, um ser espiritual, que busca sentido para poder viver de forma saudável e realizada; tudo isso nos leva a repensar a questão da espiritualidade no mundo da saúde e sua importância para os enfermos, a repensar a importância de se levar em consideração a presença da fé e dos agentes da pastoral nos hospitais,

⁸⁵ ROSER, Traugott. Aconselhamento diante da morte e suas implicações para a competência pastora. *In*: HOCH, Lothar Carlos, WONDRACEK, Karin H. K. (Org.). **Bioética**: avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar do início ao crepúsculo da vida: esperanças e temores. São Leopoldo: EST, Sinodal, FAPERGS, 2006. p. 63.

⁸⁶ ROSER, 2006, p. 63.

⁸⁷ ROSER, 2006, p. 64.

⁸⁸ ROSER, 2006, p. 64.

como aqueles que serão solidários com o enfermo que sofre e, assim, testemunharão uma presença que faz transcender este mundo de dor.⁸⁹

Para Martins, a valorização da espiritualidade no universo da saúde não se contrapõe ao desempenho e avanços das ciências em busca de melhorar a sua prática terapêutica e na descoberta de cura para as moléstias. Integrar a espiritualidade no plano terapêutico significa agregar um elemento que é capaz de auxiliar no processo de cuidados com a pessoa enferma. A espiritualidade contempla uma dimensão existencial do ser humano, ainda que muitas vezes esquecida pela equipe clínica e ou profissionais que atuam na área da saúde, sendo necessário o seu resgate, pois se trata de uma área que é impossível ser feita por uma máquina.⁹⁰

Na medida em que a espiritualidade passa a ter uma maior atenção por parte da medicina, surgem novas pesquisas para analisar os seus efeitos em pessoas enfermas. Uma pesquisa feita nos Estados Unidos, pela revista *Newsweek*, apontou que 72% de norte-americanos são a favor em falar sobre fé com seus médicos. O mesmo percentual respondeu que creem no poder da cura por meio de rezas e ou orações, mesmo quando o diagnóstico indique uma doença incurável.⁹¹ Em 2004 é divulgada uma pesquisa que foi realizada com 277 pacientes geriátricos na cidade de Kansas City, nos Estados Unidos. Esta pesquisa trouxe fatos relevantes que apontaram para além do foco de melhorar ou não o estado de saúde dos pacientes. Na avaliação realizada descobriu-se que em pacientes que tinham uma espiritualidade vivencial, os resultados apresentaram resultados melhores quando comparados aos pacientes que se consideravam pessoas religiosas, mas não tinham uma espiritualidade vivencial. “Essas pesquisas distinguem entre espiritualidade e religiosidade”.⁹²

Conforme Roser, a diferença entre a espiritualidade e religiosidade se origina de duas linhas e tradições diferenciadas. Uma linha vem da tradição românica - *spritualité*, que se desenvolve por volta de 1920, e está ligada aos significados que têm relação com a teologia católica que se inspira, sobretudo, nas

⁸⁹ MARTINS, 2009, p. 58.

⁹⁰ MARTINS, 2009, p. 59.

⁹¹ PESSINI, Léo. A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. *In*: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de P. **Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade**. São Paulo: Paulinas, 2008. p. 56.

⁹² ROSER, 2006, p. 64.

ordens religiosas na França. Sua base está na “doutrina da vida espiritual religiosa”, ou seja, uma espiritualidade que se constitui mediante a dimensão pessoal do ser humano com Deus. “Esta linha adota motivos de ‘devoção’ e ‘vida a partir do Espírito de Deus’, mas passou a afastar cada vez mais esses conceitos ou modificou seu teor”.⁹³ A outra linha vem da tradição anglo-saxônica - *spirituality*, documentada em 1870, que entende a espiritualidade em um sentido mais amplo do que apenas relacionada com a experiência ou tradição religiosa. Nesta a espiritualidade está relacionada à transcendentalidade, ou seja, uma vivência que é direta, imediata, pessoal e íntima da religião. Ela é universal e por isso transcende as fronteiras das religiões e culturas. Nesta perspectiva, compreende-se a espiritualidade numa dimensão mais ampla, em que há uma relação com o ser transcendente e que se revela ao ser humano de forma metafísica, transmaterial e inapreensivelmente espiritual.⁹⁴

Entre a linha de tradição românica ou anglo-saxônica, na medicina, sobretudo na medicina paliativa, a perspectiva de espiritualidade que se tornou normativa é a que se baseia na concepção anglo-saxônica. Contudo, para a medicina, independente da tradição religiosa ou espiritual, o importante é o estado subjetivo da pessoa enferma. “No tocante ao conceito de espiritualidade, ela permite um consenso entre as ideologias religiosas e não-religiosas”.⁹⁵

3.5 A antropologia quadridimensional dos Terapeutas do Deserto

Vimos que o ser humano é constitutivo de complexas dimensões que são inerentes à sua natureza. Os Terapeutas de Alexandria descreveram uma imagem antropológica do ser humano que é quadridimensional, isto é, além do corpo, alma e espírito há uma quarta dimensão que é o *pneuma*, que é equivalente ao *ruah* expresso no Antigo Testamento da Bíblia cristã. Trata-se do sopro divino, a energia criadora que anima, sustenta e dá equilíbrio para todas as outras dimensões constitutivas do ser humano. Corpo, alma e espírito constituem uma unidade, formando assim a totalidade do ser humano que é integrado no mundo. “O *pneuma*

⁹³ ROSER, 2006, p. 64.

⁹⁴ ROSER, 2006, p. 65.

⁹⁵ ROSER, 2006, p. 65.

não nega e nem reprime as outras dimensões, mas as leva a um verdadeiro equilíbrio existencial, à harmonia do homem, pois harmoniza o ser”.⁹⁶

O *pneuma* leva o ser humano a compreender que há algo nele que é transcendental, mas que não é Deus, e sim um reflexo do divino, que na sua transcendentalidade, por meio da contemplação e da espiritualidade, pode entrar em contato com Deus. Esta busca a Deus pelo ser humano é proporcionada pelo *pneuma*, que manifesta o desejo de se conectar com a fonte da sua energia criadora que lhe dá sustentabilidade neste mundo.⁹⁷

Nessa antropologia valoriza-se a dimensão espiritual na qual se encontra a fonte da vida, algo além da realidade material e do qual depende o equilíbrio para uma existência mais saudável e fortalecida, para enfrentar as dificuldades da finitude humana. A base antropológica proposta ajuda a expandir a concepção de saúde que está ligada à integração harmoniosa de todas as dimensões do ser humano. Acentuar uma dimensão pode levar ao erro de não curar a verdadeira enfermidade, mas somente uma moléstia, e deixar o indivíduo ainda mais angustiado, por não se sentir contemplado em todas as dimensões de sua existência. Cuidar do corpo não exclui cuidar do espírito: ambos devem estar integrados, pois assim estão no homem.⁹⁸

Para Martins, os Terapeutas do Deserto propõem uma imagem de ser humano que nos faz repensar a forma como certas práticas são aplicadas no mundo da saúde. Nesse sentido, é pertinente efetivar a atuação de agentes pastorais ou capelães junto a uma equipe multidisciplinar em saúde, pela relevância do atendimento espiritual para o restabelecimento integral da saúde da pessoa, dando suporte para lidar com o sofrimento e suas dores decorrentes da enfermidade.⁹⁹

Para Anselm Grün e Dufner Meirad, a nossa era doentia necessita de uma espiritualidade em que se aborde o ser humano de forma integral, isto é, que contemple tanto os aspectos físicos (corpo) quanto a alma, sem suprimir os aspectos do consciente e do inconsciente. Constata-se que boa parte dos profissionais da saúde já admite que há a necessidade de oferecer ao ser humano não apenas uma boa medicina, mas também uma espiritualidade saudável. Grün e Meirad ressaltam que uma psicoterapia que não engloba a dimensão espiritual não poderá curar por si só a raiz dos males que afetam as pessoas. Visto dessa forma, compreende-se que a cura integral requer, além de medicamentos e instrumentos tecnológicos, uma

⁹⁶ MARTINS, 2009, p. 18.

⁹⁷ MARTINS, 2009, p. 20.

⁹⁸ MARTINS, 2009, p. 20.

⁹⁹ MARTINS, 2009, p. 21.

espiritualidade que responda aos anseios da pessoa enferma e que lhe possibilite evoluir e encontra-se com Deus, com o sagrado, o transcendente.¹⁰⁰ Dentro dessa perspectiva ampla de vida saudável, sustenta-se que a saúde não apenas se mantém por meio de medicamentos, mas também por meio de uma espiritualidade saudável. “Uma vida espiritual aborda a pessoa como um todo, nada é deixado de fora, nada é separado”.¹⁰¹

Segundo Leloup, a antropologia dos Terapeutas do Deserto, que enfatiza o cuidado do ser humano na totalidade biológica, psíquica, e espiritual, parece ter-se perdido. Ainda que existam instituições especializadas no cuidado às enfermidades do corpo, das perturbações psíquicas e das inquietações espirituais, poucas são as que consideram a integralidade no cuidado do ser humano. Tanto que a medicina, a psicologia e a espiritualidade passaram a ser concebidas isoladamente, cada qual com o seu domínio, o que, na maioria das vezes, em vez de curar as pessoas do vazio existencial, contribuiu para a sua piora. Contudo, há sinais de que há certo entusiasmo para se criar instituições com a finalidade de cuidar do ser humano na sua integralidade, inspirados no espírito dos Terapeutas do Deserto.¹⁰²

Para restituir o verdadeiro cuidado do ser humano em sua integralidade, é imprescindível estabelecer uma nova terapêutica médica pautada sob as evidências que apontam para a necessidade de um enfoque multidimensional do ser humano com o intuito de favorecer uma prática que amenize o sectarismo e a fragmentação no exercício das áreas humanas. Para Leloup, um mundo melhor somente será possível mediante a revisão dos pressupostos antropológicos dos atuais métodos de tratamento das enfermidades. “Devolver ao ser humano o corpo que lhe falta e a palavra perdida: Cuidar do Ser”.¹⁰³

3.6 Agostinho e a sua crítica à visão fragmentada do ser humano

Agostinho (354-430) é um dos autores cristãos da era Patrística¹⁰⁴ e está entre os maiores pensadores do mundo ocidental. A concepção antropológica

¹⁰⁰ GRÜN, Anselm; MEINRAD, Dufner. **A saúde como tarefa espiritual**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 86.

¹⁰¹ GRÜN; MEINRAD, 2008. p. 116.

¹⁰² LELOUP, Jean-Yves. **Cuidar do ser: Fílon e os Terapeutas de Alexandria**. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 141-142.

¹⁰³ LELOUP, 1996, p. 142-143.

¹⁰⁴ “Patrística é o nome dado à filosofia cristã dos três primeiros séculos, elaborada pelos Pais da

agostiniana se desenvolveu por meio de uma mística do coração, que vê o ser humano não em partes distintas, mas o vê em sua totalidade. Desta forma, Agostinho levanta uma crítica à modernidade que trata o ser humano de forma fragmentada, causando o que ele chama de crise de sentidos. A partir desta concepção nos é apresentado um ser humano que em sua totalidade forma uma unidade antológica e que está integrada com o mundo.¹⁰⁵

Agostinho contrapõe a aposta da modernidade na capacidade de o ser humano se autossustentar, pois mesmo que a pessoa seja livre, este, por si mesmo, não pode chegar à plenitude de sua autossustentação. Para alcançar a sua total sustentação, o ser humano necessita de algo transcendente, que nos termos agostinianos é descrito como carecer da graça. Uma concepção restrita em que a pessoa é limitada ao estado material, resultará numa constante angústia e um vazio existencial sem sentido. Portanto, Agostinho vai defender que o ser humano vai encontrar o sentido de sua existência ao voltar-se para dentro de si, numa atitude de contemplação, que o levará ao encontro com o transcendente. “A razão deve voltar-se para dentro de si, na busca da verdade, que é Deus, o que o levará a se conhecer e a reconhecer sua fragilidade enquanto ser humano”.¹⁰⁶

Na visão moderna e mecanicista, o ser humano é fragmentado para que, nesta lógica, possa ser entendido e assim tentar resolver os seus problemas. Porém, esta concepção é equivocada pelo que o ser humano é um ser com uma estrutura ontológica, pensante e que é suscetível a sofrer as influências do meio em que vive, tanto social quanto da natureza. Portanto há de se conceber o indivíduo numa estrutura aberta ao transcendente, ao que é espiritual. A modernidade tenta encobrir essa busca existencial propondo uma “cura paliativa” que é incapaz de resolver as suas questões relacionadas à sua existência.¹⁰⁷ “Tudo é visto de forma separada: de

Igreja, os primeiros teóricos — daí "Patrística" — e consiste na elaboração doutrinal das verdades de fé do cristianismo e na sua defesa contra os ataques dos pagãos e contra todos que eram contra, denominadas heresias. Foram os pais da Igreja responsáveis por confirmar e defender a fé católica, a liturgia, a disciplina, criar os costumes e decidir os rumos da Igreja cristã, ao longo dos sete primeiros séculos do cristianismo. Basicamente, patrística é a filosofia responsável pela elucidação progressiva dos dogmas cristãos e pelo que se chama hoje de tradição católica". PATRÍSTICA. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Patr%C3%ADstica>. Acesso em: 21 mar. 2018.

¹⁰⁵ MARTINS, 2009, p. 21.

¹⁰⁶ MARTINS, 2009, p. 22.

¹⁰⁷ MARTINS, 2009, p. 22 e 23.

um lado, problemas sociais; do outro, psicológicos; os físicos são por conta dos profissionais da saúde e os espirituais vão resolver com um líder religioso”.¹⁰⁸

Na modernidade, o ser humano rompeu com o transcendente e decretou-se autônomo. A modernidade rompeu com o metafísico e lançou-se dentro da crise de sentido existencial, num caminho de autodestruição. O mundo está enfermo e o homem encontra-se diante do desafio da crise de sentido, crise do *ser* e da ética.¹⁰⁹

Essa visão mecanicista foi adotada fortemente no mundo da saúde. No exercício da medicina isso fica bem evidente quando a maioria dos médicos lida com pacientes de forma fragmentada. Identifica-se o fragmento doente e, a partir desse fragmento, se estabelece os procedimentos de cura. Na visão e compreensão totalitária do indivíduo, é visto que esta prática, de fato, não cura, pois se enxerga o ser humano somente através de um fragmento. Numa relação entre saúde, enfermidade e ser humano, esta concepção fragmentada é muito reducionista.¹¹⁰

Na Modernidade, o conceito de integralidade em saúde está relacionado a um movimento chamado medicina integral, que surgiu nos EUA, em que se questionava sobre a atitude fragmentária e reducionista da classe médica junto aos seus pacientes. Nesse modelo tradicional, a formação desses profissionais médicos está baseada numa visão cartesiana em que se divide o ser humano em corpo e mente. Dessa forma, desqualifica-se os aspectos psicológicos, sociais e ambientais que envolvem o processo de adoecer. “Tal modelo, e até hoje influencia o ensino e a prática da medicina e, por extensão, de outras profissões de saúde”.¹¹¹

Em função desse modelo, reduz-se o indivíduo a um organismo biológico, e se gerou uma visão fragmentada e distanciada do ser humano. Além disso, também têm sido questionados o inadequado preparo dos médicos para o exercício das suas funções profissionais, o alto custo dos serviços de saúde fundamentados em especializações, e a incapacidade de se atender às reais necessidades da população. Dessa forma, vem se configurando uma nova abordagem, o chamado ‘paradigma da integralidade’.¹¹²

¹⁰⁸ MARTINS, 2009, p. 23.

¹⁰⁹ MARTINS, 2009, p. 23.

¹¹⁰ MARTINS, 2009, p. 24.

¹¹¹ ARAÚJO, Dolores; GOMES DE MIRANDA, Maria Claudina; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, supl. 1, p. 20-31, 2007. p. 24. Disponível em: http://carvasan.jpg.medicina.ufg.br/up/148/o/FORMACAO_DE_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_NA_PERSPECTIVA_DA_INTEGRALIDADE.pdf. Acesso em: 12 out. 2019.

¹¹² ARAUJO; MIRANDA; BRASIL, 2007, p. 24.

No modelo tradicional, em que vigora a visão mecanicista, temos uma medicina especializada, que lida com o corpo humano como uma espécie de máquina que é formada por partes inter-relacionadas, e trata a doença como um “defeito” em uma das peças que a compõe. O que justifica que o conhecimento para lidar com cada parte seja necessariamente uma especialidade estanque. Já no novo modelo, temos uma preocupação integrada com o paciente. “A ênfase na eficiência e a exigência de profissionais emocionalmente neutros dão lugar ao destaque nos valores humanos, compreendendo-se os cuidados profissionais como um dos componentes da cura”.¹¹³

Quando os profissionais em saúde conceberem o ser humano na sua totalidade, então poder-se-á dizer que estão exercendo o cuidado em sua integralidade. Isso não significa ignorar que o processo de cuidar, como profissionais, envolve uma série de ações, comportamentos, atitudes e intuições com base no conhecimento científico. Por outro lado, já não mais se avalia o bom profissional apenas por meio de sua excelência técnica e científica. Hoje, se observa e se avalia o bom atendimento na saúde também pelo viés das necessidades humanas, incluindo a espiritual. “Considera-se que cuidar do corpo não exclui cuidados com a alma; não existe saúde que não traga, ao mesmo tempo, salvação; o corpo não deve ser tratado como um objeto defeituoso”.¹¹⁴

Em Agostinho encontramos esse voltar-se para dentro de si, isso é, voltar-se ao coração. Esse encontro para dentro de si faz o ser humano entrar em contato com as suas fragilidades, suas fraquezas humanas, o que pode ser um processo, muitas vezes, sofrido. Mas, após um momento de reconhecimento de sua natureza frágil e necessitada diante de Deus, é que flui a luz serena que dissipa todas as trevas. Nesse encontro com Deus também se encontra a paz e todas as respostas para as dúvidas existenciais, possibilitando a realização existencial. “O coração contempla Deus e, desse encontro místico, volta mais sábio, tranquilo, sereno e disposto a viver o amor”.¹¹⁵

Para Martins, a busca do ser humano pela transcendência corresponde encontrar sentido para a sua própria existência, pois uma vida sem sentido é uma

¹¹³ ARAUJO; MIRANDA; BRASIL, 2007. p. 24.

¹¹⁴ MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles *et al.* A visão ecológica: uma teia na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 341-344, 2005. p. 343. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019628017>. Acesso em: 12 out. 2019.

¹¹⁵ MARTINS, 2009, p. 27.

vida sem gozo da plena saúde. Essa evidência é perceptível no leito de enfermidade, sobretudo quando se trata de pacientes que têm consciência de que a sua doença não tem cura. Mediante ao sofrimento angustiante da impossibilidade da cura, procura-se algo que possa amenizar a dor. Busca-se então na fé um conforto e a esperança, sendo a espiritualidade o único recurso capaz de suprir uma necessidade para a qual a medicina e as tecnologias já não podem responder mais. Quando as ciências médicas alcançam seus limites, a espiritualidade pode ir além, podendo alcançar a alma, a centralidade e profundidade da existência do ser humano. Somente a espiritualidade pode levar a pessoa enferma transcender uma limitação e encontrar um novo sentido para a sua vida, apesar da doença.¹¹⁶

Neste capítulo vimos o quanto a capelania integrada a uma equipe interdisciplinar favorece no processo de cuidado às pessoas enfermas, que se encontram no processo de elaboração e compreensão de sua realidade. Sobretudo, pela valorização do aspecto emocional e pela visão integral do ser humano, a capelania se torna um instrumento de humanização no cuidado a pacientes. A valorização da espiritualidade no universo da saúde, na atualidade, vem tendo uma maior aceitação por parte da medicina. O resgate da imagem do ser humano na sua integralidade é a nova proposta dentro do conceito de cuidado humanizado em hospitais e instituições de saúde. Quando a medicina alcança seu limite e não pode mais corresponder à cura da doença, ela pode administrar e aplicar outras abordagens terapêuticas, como o cuidado paliativo, que consiste em administrar os sintomas da dor e assim aliviar o sofrimento. As pessoas enfermas podem encontrar alento na fé; a espiritualidade será um reforço nesse momento de angústias e temor diante da morte.

¹¹⁶ MARTINS, 2009, p. 27.

4 QUESTÕES PRÁTICAS PARA UMA VISITA ESPIRITUAL A PESSOAS HOSPITALIZADAS

Até aqui vimos o quanto a espiritualidade, aliada a uma boa conduta médica e terapêutica, ajuda a elevar o nível de qualidade de vida de pacientes. Veremos, no decorrer desse capítulo, elementos que podem ser importantes na prática de acompanhamento e ou visita espiritual a pacientes. Ao se tratar de uma visita espiritual, esta tem por definição, uma especificidade e uma finalidade diferenciada. Sobretudo, trata-se de uma intervenção com causa e feitos sobre o estado emocional e espiritual em que a pessoa a ser visitada se encontra. A visita espiritual faz parte de uma conduta terapêutica mais ampla, que se alia a outras especialidades com a finalidade de atender demandas específicas para cada paciente. Sendo assim, a visita espiritual requer cuidados e ser bem administrada. Veremos a capelania como um setor especializado na função de atender as demandas espirituais das pessoas internadas.

4.1 A capelania como parte da missão e diaconia da Igreja junto às pessoas hospitalizadas

Com o crescente número demográfico populacional crescem também os desafios em relação às demandas de instituições, clínicas e hospitais para receberem e tratarem um número cada vez maior de pessoas doentes. Os hospitais se tornaram verdadeiros aglomerados de gente. Neste ambiente pode-se perceber uma síntese daquilo o que de fato compõe o ser humano, isto é, ao mesmo tempo em que se constitui como um ser de habilidades e dotado de complexas dimensões, apresenta-se também com toda a sua vulnerabilidade suscetível à doenças, que o podem decretar à morte. Neste contexto, o ser humano trava uma verdadeira luta entre o viver e o morrer. Em meio a esta realidade, a Igreja responde ao mandato de continuar a obra misericordiosa de Jesus Cristo, também junto às pessoas enfermas. “Embora esta missão seja confiada a todos os cristãos, historicamente o capelão hospitalar assume esta responsabilidade em nome da comunidade.”¹¹⁷

¹¹⁷ PESSINI, Léo; MILDNER, João Inácio. O perfil do capelão e a missão da capelania hospitalar. **Revista Eclesiástica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 206, p. 414-416, 1992. p. 413.

Para Hildegart Hertel, a igreja cristã não pode se esquecer de sua história ao que se refere à sua prática diaconal (diaconia¹¹⁸). “Desde os primórdios a igreja cristã vem prestando o seu testemunho de servir ao próximo, motivado pelo Evangelho, pela boa Nova de Cristo”.¹¹⁹ A autora segue trazendo à memória que a igreja, ao longo de sua história, criou e administrou instituições de apoio como hospitais, creches, ancionatos e outros estabelecimentos de acolhimento e cuidado, conforme as demandas existentes, baseada numa motivação cristã. Sobretudo, em épocas de grandes catástrofes naturais e epidemias, a diaconia praticada pelas comunidades cristã foi se intensificando.¹²⁰ Alf Oftestad compreende que, “pelo fato de a igreja ser o corpo de Cristo e viver como tal, a sua missão não pode ser realizada sem a diaconia.” Para tanto, a comunidade cristã é uma comunidade de cuidado que presta ajuda concreta e assistencial para as pessoas em todos os tipos de necessidades e sofrimentos.¹²¹

Tão importante quanto é estar ao lado de quem nasce para a vida e ajudar no seu desenvolvimento, naquilo que não poderá fazer por si só, igualmente é importante estar ao lado da pessoa que parte desta vida.¹²² É o que podemos ver em um dos relatos descritos por Joyce Hutchinson em sua experiência de acompanhar pessoas em seu último momento de vida:

Estar junto de quem morre é uma dádiva das mais íntimas experiências necessárias nessa terra. É muito parecido com o estar na sala de parto, quando nasce um bebê, e todos nós sabemos o milagre que é isso. Pois estar na outra ponta da vida de uma pessoa, quando ela se prepara para nascer para a vida eterna, é um milagre igual. Muitas vezes tive a sensação de que essa pessoa querida que está morrendo e com quem seu estou está na palma das minhas mãos, e eu, através do cuidado que lhe dou, apenas a devolvo para Deus. É a experiência mais espiritual que existe. O amor de

¹¹⁸ “A palavra DIACONIA (= serviço) deriva de palavras gregas, cujos significados podemos reproduzir assim: ‘assumir na prática’, ‘executar’, ‘efetuar’, ‘pôr em prática’, ‘ser útil para alguma coisa’. A partir disso desenvolveram-se então as palavras ‘servir’, ‘servir à mesa’, ‘preocupar-se com’, ‘cuidar de’, ‘apoiar’, ‘auxiliar’, ‘amparar’, ‘ajudar alguém’. Jesus usa todas as derivações em seu ministério e emprega a palavra-chave ‘SERVIR’ como regra fundamental (Marcos 9.35).” NORDSTOKKE, Kjell (Org.). **Diaconia: Fé em ação**. 3. ed. São Leopoldo: Sinodal, 1998. p. 42-43.

¹¹⁹ HERTEL, Hildegart. **Espiritualidade e crise existencial na vivência do câncer**. São Leopoldo: Oikos, 2008. p. 111.

¹²⁰ HERTEL, 2008. p. 111.

¹²¹ OFTESTAD, Alf B. **Vivendo Diaconia: edificando a igreja através do cuidado pessoal e social**. Tradução Dilmar Devantier. Curitiba: Encontro, 2006. p. 39.

¹²² HERTEL, Hildegart. A morte – como conviver com ela? *In*: GAEDE NETO, Rodolfo; PLETSCHE, Rosane; WEGNER, Uwe (Orgs.). **Práticas diaconais: subsídios bíblicos**. São Leopoldo: Sinodal, CEBI, 2004. p. 137.

Deus e a sua presença à cabeceira, quando a pessoa dá os seus últimos suspiros, é revitalizante para mim.¹²³

Igualmente, Hildegart Hertel compreende que prestar assistência e estar ao lado de pessoas que estão em alguma situação de crise, sobretudo em fase terminal, é uma tarefa diaconal da Igreja.¹²⁴ Para Sidnei Noé, a igreja cristã é essencialmente movida pelo espírito solidário e pelo comprometimento ético cristão que passa pelo amor fraternal. Faz parte de sua essência visitar as pessoas doentes, internadas num hospital ou em sua casa. “Certamente essas atitudes são frutos da proclamação da Palavra durante a história”.¹²⁵ Conforme Noé, a visitação tem um papel importante na comunicação e relação do ser humano com Deus.

Visitação é uma forma através da qual Deus se relaciona com o seu povo. Em situações de dificuldades, perigo, sofrimento, dor, tristeza, abatimento, doença, dúvida, é o próprio Deus que visita seu povo. Na Bíblia encontramos histórias que nos contam que às vezes Ele visita ‘pessoalmente’ as pessoas, através de aparições, visões, sonhos. Em outras histórias também nos é contado que ele envia ‘representantes’ seus para realizarem visitas em seu nome.¹²⁶

Para Rodolfo Gaede Neto, as pessoas em nossa sociedade vivem sob o impacto de mudanças bruscas e radicais. Em algumas décadas vários conceitos e paradigmas, bem como princípios e valores se modificaram ou deixaram de existir. Outros conceitos, valores e paradigmas surgiram, criando assim um ambiente de instabilidade e de inconsistência que afetam as pessoas profundamente. “A civilização humana criou para o nosso tempo um ambiente de vida que, em geral, é insalubre e doentio”.¹²⁷ Esta realidade apresenta uma forte interpelação para a igreja, em que as pessoas reclamam pelo exercício do cuidado, o que Gaede chama de ser uma igreja do cuidado.

A igreja do cuidado é aquela edificada sobre o fundamento do cuidado de Deus. Em última análise, toda a ação do trino Deus outra coisa não é senão o cuidado que ele exerce em favor de sua criatura, o cuidado da salvação. Salvação, não num sentido mágico, abstraída da realidade e da história,

¹²³ RUPP, Joyce; HUTCHINSON, Joyce. **Caminhando com doentes terminais**. São Leopoldo: Sinodal, 2000. p. 16.

¹²⁴ HERTEL, 2004, p. 138-142.

¹²⁵ NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). **Comunidade viva**: Manual de educação a distância. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2003. p. 11.

¹²⁶ NOÉ, 2003, p. 11.

¹²⁷ GAEDE NETO, Rodolfo. Como entender e atender o clamor por cura em uma sociedade doentia? *In*: WULFHORST, Ingo. **Cura e Fé**: merecimento ou dádiva de Deus. São Leopoldo: Sinodal, 2018. p. 12.

mas como processo contínuo de cura do ser humano e da comunidade humana. [...] Então, a igreja do cuidado existe onde pessoas de fé se colocam a serviço do cuidado de Deus, e permitem que o cuidado de Deus chegue às pessoas em sua realidade cotidiana, em suas necessidades, sejam elas de corpo ou da alma.¹²⁸

Gaede aponta para uma necessidade existente entre as pessoas que consiste na presença da igreja também em situações de tensões existenciais, afirmando-lhes o cuidado de Deus. Não apenas no templo, mas que seja extensivo nas casas, ao ambiente de trabalho e também em hospitais e outras instituições que acolhem pessoas em necessidade de cuidado. Desta forma, a igreja poderá desempenhar um papel muito relevante para a organização desse cuidado e na promoção da cura.¹²⁹ Mesmo porque há muitas doenças que a medicina ainda não tem a possibilidade de curar, ou o tratamento é demasiadamente longo. Para Rogério R. Zimpel, nesse tempo de espera pela cura a pessoa enferma precisa suportar a sua doença e descobrir um sentido ou uma explicação para lidar com a enfermidade. Uma dessas possibilidades de busca por sentido e enfrentamento da doença ocorre quando a pessoa enferma busca conectar-se com Deus e novamente poder sentir que há um chão para pisar; recebendo o consolo nesse tempo sofrido imposto pela enfermidade. “Isso tudo é especialmente importante quando a cura não é mais possível e é necessário aprender a conviver com a doença”.¹³⁰

A capelania hospitalar é para Silva uma forma de a Igreja exercer o cuidado, junto a pessoas internadas nos hospitais, obviamente tendo clareza quanto à sua finalidade que é de proporcionar à pessoa enferma o fortalecimento da fé e muni-la de forças e motivação para o enfrentamento da enfermidade. Dependendo da gravidade da enfermidade, nem sempre há possibilidade de restabelecer a cura física. Quando a pessoa se encontra nos últimos momentos de sua existência, a pessoa enferma pode alcançar a cura espiritual e emocional por meio da aceitação de sua condição humana.¹³¹ A capelania hospitalar exerce seu ministério fundamentado na palavra e na práxis de Jesus, que exerceu em sua prática a cura

¹²⁸ GAEDE NETO, 2018, p. 13.

¹²⁹ GAEDE NETO, 2018, p. 13-14.

¹³⁰ ZIMPEL, Rogério R. E quando a cura não acontece? *In*: WULFHORST, Ingo. **Cura e Fé: merecimento ou dádiva de Deus.** São Leopoldo: Sinodal, 2018. p. 81.

¹³¹ SILVA, 2010, p. 30.

das pessoas enfermas, perdoou pecados e ofereceu a salvação e o Reino de Deus.¹³²

Para Leo Pessini e João Inácio Mildner, há certa expectativa da pessoa internada quanto à presença de um ministro ou uma ministra da igreja nos momentos de sofrimento, ainda mais quando a pessoa lida com a tensão da iminência da morte, muitas vezes não compreendida.¹³³ A pessoa enferma vive imergida em um mundo de carência, incertezas e necessidades. A palavra enfermo deriva do latim *in-firmus*, e significa “não-firme” – o que não está firme. No momento da enfermidade, quando lhe falta a firmeza, se torna importante para a pessoa acometida por uma doença poder contar com a presença e a proteção de Deus que, muitas vezes, se torna perceptível por meio da presença e aconchego de pessoas amigas e solidárias.¹³⁴

Cavalcante observa que nem sempre é possível esperar que o profissional da saúde venha suprir todas as necessidades do paciente além das suas competências clinicamente técnicas, sobretudo as necessidades situadas no âmbito da afetividade, no emocional e no espiritual. Necessidades estas que se tornam ainda mais latentes quando se esgotaram todas as possibilidades e intervenções clínicas no processo de reversão da doença. Nestas circunstâncias, a pessoa enferma geralmente imerge em seu estado mais profundo da doença.¹³⁵ Para Silva, quando não há mais resposta clínica, é que, em grande parte dos casos, os profissionais de saúde deixam a pessoa enferma sozinha e desamparada em sua total fragilidade psíquica, emocional e espiritual. “Por isso, precisamos fortalecer a redescoberta da capelania hospitalar, uma capelania da humanização e da vida para com os doentes, especialmente os marginalizados, esquecidos e abandonados”.¹³⁶

Para Christoph Schneider-Harpprecht, assim como hoje se reconhece a necessidade do acompanhamento psicológico, também se reconhece a necessidade do acompanhamento espiritual junto aos pacientes nos hospitais.

Reconhece-se que a cura é mais do que o restabelecimento do funcionamento físico. O ser humano é aquela espécie que fala, que usa símbolos para relacionar-se com o outro e consigo mesmo. Ele vive num

¹³² SILVA, 2010, p. 32.

¹³³ PESSINI, MILDNER, 1992, p. 413.

¹³⁴ SILVA, 2010, p. 32.

¹³⁵ CAVALCANTE, 1992, p. 34.

¹³⁶ SILVA, 2010, p. 32.

mundo imaginário e simbólico de mitos, histórias, crenças, tradições culturais e religiosas. E as doenças do seu corpo podem tornar-se metáforas que falam de um outro sofrimento. No aconselhamento pastoral acontece a troca simbólica que é necessária para resgatar a vida, para trabalhar conflitos psíquicos e para encarar a morte. No aconselhamento pastoral os pacientes podem tornar-se sujeitos porque falam e são escutados, podem interpretar sua vida e a sua morte, lutar pela saúde, buscar um sentido, exprimir a dor e o seu clamor, passar pelo processo de luto e sentir um pouco de solidariedade. Isto é uma contribuição válida para a cura e para uma morte mais humana.¹³⁷

Exercer o ofício de capelão ou capelã requer uma personalidade equilibrada, sobretudo ser humanizado e ser capaz de acolher e compreender o sofrimento da pessoa enferma com sensibilidade e de expressiva ternura. De modo que esteja disponível e acessível e que a sua presença transmita um significado para a pessoa assistida, atingindo assim os objetivos. Ser capelão ou capelã é também procurar defender a dignidade da pessoa enferma em sua humanidade, em sua fé, em seus valores e a visão de mundo em meio a um contexto adverso e manipulador. É fundamental ter vocação para colocar-se diante de Deus e intervir numa realidade de sofrimento para gerar saúde e fomentar a vida. Vocação esta que requer ser constantemente alimentada pela fé e edificada sob a palavra de Deus que ilumina as inquietações humanas. Conforme Pessini e Mildner, atuar na capelania é exercer a função de psicoterapeuta da transcendência. É se tornar um agente de mudanças e assumir a sua missão profética em dar continuidade à ação misericordiosa e libertadora de Cristo junto às pessoas enfermas, a exemplo do Bom Samaritano (Lucas 10.29-37).¹³⁸

Visto desta forma, é um desafio atual para todas as igrejas garantir e assegurar o direito à assistência religiosa e espiritual a pessoas enfermas. Além disso, se envolver e defender o direito à vida participando das discussões relacionadas com a bioética e o conceito de humanização, sobretudo, em questões tangentes ao direito de acesso à saúde para todas as pessoas, inclusive às mais marginalizadas.¹³⁹

¹³⁷ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. A morte como limite do curar. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, v. 35, n. 1, p. 84-91, 1995. p. 89-90.

¹³⁸ PESSINI; MILDNER, 1992, p. 414.

¹³⁹ ALARCOS, Francisco J. **Bioética e Pastoral da Saúde**. São Paulo: Paulinas, 2006. p. 211.

4.2 Os benefícios e efeitos da oração

Desde a Antiguidade, a oração, assim como o toque, ou a imposição de mãos, são usados e aplicados como procedimentos não convencionais no processo de cura. A Bíblia, sobretudo os Evangelhos, nos traz vários relatos sobre o uso da oração, bem como a imposição de mãos, como forma eficaz no processo de cura. “Em algumas sociedades e grupos religiosos, a prece é considerada como a principal intervenção terapêutica e a crença de que possa beneficiar pessoas doentes ou necessitadas é quase generalizada em todos os povos”.¹⁴⁰ Ainda que a oração seja uma prática frequente como coadjuvante no processo de cura, bem recentemente recebeu a atenção da comunidade científica. Somente em 1988 foi publicado o primeiro artigo sobre o efeito da oração (prece) na recuperação de enfermos. A partir de então, tem crescido o número de artigos e publicações sobre esta temática. Para os estudiosos, a oração, ou a prece, que deriva da palavra latina *prex*, *precis*, (que quer expressar pedidos, súplicas, votos e desejos), tem suas raízes no inconsciente. Sendo que o alvo, ou a intenção da oração, é alcançar a divindade, que seja Deus ou algum ser próximo a Ele.¹⁴¹

Algumas das pesquisas realizadas demonstraram que a recitação da oração *Ave Maria*, melhorou alguns parâmetros da função cardíaca. Uma das explicações seria que, durante a recitação, houve redução do ritmo respiratório. Os mesmos efeitos foram observados quanto à recitação de mantras. Também se percebeu efeitos terapêuticos na prática da meditação de religiosas franciscanas e monges budistas; a análise das técnicas da neuroimagem, utilizadas durante as meditações, evidenciaram que seus respectivos cérebros apresentaram, em determinadas áreas, alterações no fluxo sanguíneo. “Existe uma ampla variação na qualidade dos trabalhos científicos envolvendo o efeito da prece intercessória sobre seres humanos enfermos.”¹⁴²

Tanto médicos quanto psicólogos estão cada vez mais integrando aspectos da espiritualidade no trato com seus pacientes. Um exemplo é o cirurgião vascular americano, Mehmet Oz. Ele afirma que faz a sua própria oração antes de realizar

¹⁴⁰ TOSTA, Carlos Eduardo. Prece e cura. In: TEIXEIRA, Evilázio Francisco Borges; MÜLLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre da (Orgs.). **Espiritualidade e Qualidade de Vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 101.

¹⁴¹ TOSTA, 2004, p. 101-102.

¹⁴² TOSTA, 2004, p. 102-103.

uma cirurgia, e atribui à oração a percepção de ser auxiliado em sua atividade. Oz também afirma que os pacientes que utilizam recursos espirituais necessitam de uma dose menor de anestesia, e que os mesmos se recuperam de forma mais rápida e respondem de forma mais efetiva ao tratamento. Visto dessa forma, a ciência tem um papel muito importante em dar continuidade ao estudo sobre a relação da espiritualidade com a saúde. Para os autores que pesquisam esse tema, a ciência necessita rever seus preconceitos e suas conclusões apressadas neste campo de pesquisa, possibilitando agregar os elementos da espiritualidade para um maior conforto e a cura para os e as pacientes.¹⁴³

Mesmo com todos os artigos já publicados sobre o efeito da oração, a ciência não dará conta em dar respostas a todas as perguntas, uma vez que a ciência atua somente sobre as manifestações do intelecto, mas não se pode ignorar que existem manifestações que transcendem ao intelectual. E ainda que a ciência chegue a provar a total ineficácia da oração como coadjuvante em relação à cura, ela não deixará de ser usada nos momentos de angústia e de sofrimento, tendo as pessoas um credo ou não.¹⁴⁴

Os efeitos benéficos da oração como coadjuvantes no processo de cura de uma pessoa enferma são inegáveis. Contudo, um estudo recente também mostrou que pessoas enfermas hospitalizadas, que por algum motivo passam por conflitos associados à espiritualidade ou à religião, são capazes de sofrer tensão e ansiedade, isso quando as questões espirituais ou religiosas lhes incutem sentimentos de punição ou abandono de Deus. Da mesma forma, o questionamento sobre o poder e o amor de Deus pode levar a uma significativa piora da saúde mental e até mesmo o aumento da mortalidade até nos dois anos após a desospitalização.¹⁴⁵ “A instabilidade mental, provoca reações fisiológicas e bioquímicas importantes, desencadeando uma desarmonia no equilíbrio orgânico, favorecendo o surgimento ou a piora das doenças”.¹⁴⁶ Por outro lado, quando há uma harmonização das emoções e pensamentos, ocorre uma estabilidade interna que gera respostas neuroquímicas, imunológicas e hormonais que vão sendo

¹⁴³ ROBERTO, 2004, p. 162.

¹⁴⁴ TOSTA, 2004, p. 111.

¹⁴⁵ TOSTA, 2004, p. 111-112.

¹⁴⁶ ROBERTO, Gilson Luís. Espiritualidade e saúde. *In*: TEIXEIRA, Evilázio Francisco Borges; MÜLLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre da (Orgs.). **Espiritualidade e Qualidade de Vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 155.

equilibradas, gerando uma sustentabilidade, o que é importante não apenas para a manutenção da saúde, mas também para que ocorra a cura.¹⁴⁷

A prática da fé, da meditação, da oração e da mentalização gera um estado de apaziguamento do nosso mundo interno, promovendo uma sensação de bem estar e relaxamento, além de desencadear estados alterados de consciência, propiciando uma percepção maior da realidade externa e interna. O simples ato de orar e meditar provoca um alívio das tensões. Quando oramos ou meditamos, focamos a mente num objetivo, abstraindo o pensamento das preocupações cotidianas e aflitivas.¹⁴⁸

Quanto à questão da fé, embora seja algo muito presente na vida das pessoas, trata-se de algo complexo e difícil de ser explicado. Pois a fé tem um sentido e um sentimento subjetivo muito peculiar e que muda de uma pessoa para a outra. Por isso, a fé não pode ser um objeto de estudos a ser qualificado pela ciência. Trata-se, sobretudo, de confiança. Por meio desta fé a pessoa enferma confia a sua vida nas mãos do médico numa cirurgia, mediante a possibilidade de ser curada. Há uma necessidade de o ser humano depositar a sua confiança em algo que seja concreto ou subjetivo. A fé está baseada na certeza que incute confiança e estabilidade perante a vida. “No caso da fé religiosa, ela contempla um diálogo entre o indivíduo e o divino, que além da confiança desabrochada em seu íntimo, a pessoa recebe uma força ou apoio além da matéria”.¹⁴⁹

Um estudo conduzido na Carolina do Norte mediante uma pesquisa de opinião com 382 pessoas aleatoriamente selecionadas, a pergunta a ser respondida era sobre os tipos de remédios não convencionais que se fazia uso para lidar com dores musculoesquelética. O resultado apontou que 44% das pessoas responderam que a oração é o recurso mais utilizado. Em meio a uma longa lista de outras terapias não convencionais, 54% apontaram que a oração é muito útil.¹⁵⁰

Em geral, para a grande parte dos pesquisadores, os mecanismos que favorecem curas por meio da fé e oração, estão intrinsecamente relacionados a questões imunológicas e endocrinológicas que são desencadeadas por reações no cérebro mediado pelos centros hipotalâmicos. Portanto, os pesquisadores consideram que esse mecanismo é afetado por meio dos efeitos psicológicos e na

¹⁴⁷ ROBERTO, 2004, p. 155.

¹⁴⁸ ROBERTO, 2004, p. 155.

¹⁴⁹ ROBERTO, 2004, p. 157.

¹⁵⁰ KOENIG, Harold G. **Medicina, Religião e Saúde: o Encontro da ciência e da Espiritualidade.** Tradução de Iuri Abreu. Porto Alegre: L&PM Editores, 2012. p. 55.

crença na cura. Sobre a cura pela fé, alguns pesquisadores acreditam que os fatores mentais ou emocionais podem sim estar envolvidos com a fé e religiosidade numa crença poderosa. O que é evidenciado como fatores comuns em muitos pacientes que obtiveram uma cura espontânea, como um câncer, por exemplo.¹⁵¹

4.2.1 Critérios para orar com a pessoa enferma

No que tange à oração, constata-se que a maioria dos pacientes hospitalizados, mesmo não sendo cristãos, tendem a aceitar e apreciar que alguém lhes ofereça uma oração. Contudo, a permissão prévia da pessoa visitada é imprescindível.¹⁵² Mesmo que possa parecer óbvio que se faça uma oração junto ao paciente, ainda mais sendo uma visita religiosa, há de se observar quanto à sua real necessidade ou se o momento é propício. A oração é muito importante, pois coloca a pessoa enferma em conexão com Deus. Propicia e caracteriza a comunhão com a sua comunidade de fé que assim expressa a sua solidariedade com a pessoa enferma. No entanto, a oração requer ser uma oferta e jamais uma imposição. “É importante lembrar que nem sempre temos clima para falar de Deus e fazer oração”.¹⁵³

Requer-se sensibilidade para perceber quando é o melhor momento, ou se é pertinente ou necessário que se faça a oração. Isso somente é possível quando o visitante ou a visitadora tem sua atenção focada ao diálogo com a pessoa visitada. No diálogo é possível perceber se a pessoa enferma está aberta a entrar em um aspecto mais profundo sobre questões espirituais ou religiosas. A partir desta constatação é possível oferecer, ou convidar, a pessoa enferma para a oração.¹⁵⁴

Há um aspecto peculiar em pessoas que fazem visitas religiosas para pacientes que consiste no pensamento de que se não fizerem uma oração, ou não falarem de Deus, não fizeram uma visita religiosa. Anísio Baldessin ressalta a importância de considerar que a oração deve partir da disposição e das necessidades da pessoa enferma e, de forma alguma, deve ser feita por ser um desejo da pessoa visitadora. Ao mesmo tempo não conferir à oração um mero elemento de desfecho de uma visita, pois não se trata de formalidade, e sim, de

¹⁵¹ ROBERTO, 2004, p. 157.

¹⁵² FRIESEN, 2007, p. 107.

¹⁵³ BALDESSIN, 2002, p. 55.

¹⁵⁴ BALDESSIN, 2002, p. 55.

necessidade. Um aspecto fundamental da oração é ir ao encontro das necessidades expostas no diálogo com a pessoa enferma. Primeiramente se ouve a pessoa, os seus medos e sua ansiedade, as suas dúvidas e angústias; ouvir e detectar os aspectos relacionados à sua fé e esperança. A partir disso, é que poderemos ter uma maior clareza se devemos orar e sobre o que orar. “Às vezes corremos o risco de fazer uma oração que não diz nada para o doente. [...] Se partirmos da vontade dele, certamente a oração será fruto daquilo que ele está sentindo”.¹⁵⁵ É fundamental focar na perspectiva da pessoa enferma ao orar, pois esta necessita que alguém formule e sintetize seus sentimentos e pensamentos diante de Deus, e assim possa descansar na fé e em confiança de que o melhor lhe acontecerá.¹⁵⁶

É fundamental compreender a função da oração para que não cause falsas expectativas ao paciente. “A oração certamente tem força terapêutica. Mas ela não é receita que garante o milagre. Pela graça de Deus podemos tão somente pedir”.¹⁵⁷ É importante também observar o tom e o volume da oração que deve ter um caráter solene e configure um momento na presença de Deus. Formular orações breves e objetivas e que transmitam empatia com a pessoa enferma. Sendo um ambiente compartilhado com mais pacientes, há de se considerar que se trata de um espaço que é público, portanto, requer respeito ao espaço alheio.¹⁵⁸

Não por último, há de se ponderar que a palavra e a vontade de Deus são sempre soberanas, e o agir de Deus nem sempre corresponde às expectativas humanas por cura milagrosa. Segundo Lothar Carlos Hoch, o ministério da visitação e da oração, não necessariamente tem por finalidade última promover a realização de milagres, sendo antes uma forma de se colocar e agir em solidariedade na fraqueza e sofrimento da pessoa enferma. Não significa duvidar de que Deus vá ao encontro das pessoas necessitadas e que ele intervém de maneira curativa em meio ao sofrimento das pessoas. Podemos e devemos interceder diante de Deus e suplicar-lhe pela cura, mas também somos sujeitos à sua obediência e vontade soberana, quanto aos critérios e a forma de intervir. “Muitas vezes, o verdadeiro milagre não consiste tanto no fato de acontecer uma cura sensacional, mas no fato

¹⁵⁵ BALDESSIN, 2002, p. 55-56.

¹⁵⁶ FRIESEN, 2007, p. 107.

¹⁵⁷ BRAKEMEIER, Gottfried. **Sabedorias da fé**: num mundo confuso. São Leopoldo: Sinodal, 2014. p. 82.

¹⁵⁸ FRIESEN, 2007, p. 107.

da pessoa aflita receber força para carregar a sua cruz com dignidade e esperança”.¹⁵⁹

4.3 O uso da Bíblia numa visita a uma pessoa enferma

Segundo Friesen, o objetivo de uma visita religiosa espiritual para a pessoa enferma é proporcionar conforto e consolo. Para tanto, utiliza-se a Bíblia e a oração como meios pelos quais se comunica a presença e o cuidado de Deus. Contudo, algumas considerações se fazem necessárias quanto ao uso da Bíblia. Não é adequado ler textos bíblicos longos ou fazer uma explanação sobre várias passagens. “Seu coração está ocupado pelas várias angústias”.¹⁶⁰ Ler um versículo e tornar a enfatizá-lo, ou até mesmo entregar por escrito, isso pode ser mais útil e ajudar ao paciente a se lembrar com mais facilidade das palavras bíblicas.

Antes de ler a Bíblia, ter o consentimento da pessoa enferma ou dos familiares é fundamental. Lidar com as questões de fé e espiritualidade requer sabedoria e sensibilidade. “A oração, a leitura bíblica, a Ceia do Senhor, são dádivas valiosas para os cristãos e por isso não podem ser usadas de qualquer forma”.¹⁶¹

É fundamental evitar textos bíblicos que podem dar margem à discussão e polêmicas teológicas e ou doutrinárias. Propõe-se optar por passagens bíblicas que enfatizam o amor de Deus. Sobretudo, se atentar ao respeito quanto às divergências de compreensão e manifestações religiosas do paciente, sempre tratando das ideias divergentes com sabedoria, sem constrangimentos.¹⁶²

É preciso estar seguro de que a aplicação da Palavra de Deus é adequada para aquele momento e aquela situação, que ela está sendo interpretada corretamente, que ela está sendo vista a partir de seu contexto, sem forçar nenhum significado que não esteja transmitindo. É fundamental em circunstâncias como essas que o visitante conheça bem a Bíblia, para usá-la nos momentos cruciais e adequados, especialmente para transmitir consolo, conforto e encorajamento.¹⁶³

¹⁵⁹ HOCH, Lothar Carlos. A cura como tarefa do aconselhamento pastoral. *In*: ZWETSCH, Roberto, BOBSIN, Oneide (Orgs.). **Prática Cristã**: novos rumos. São Leopoldo: Sinodal/IEPG, 1999. p. 19-20.

¹⁶⁰ FRIESEN, 2007, p.104.

¹⁶¹ ROELKE, Helmar Reinhard. **Ajuda na Visita a Doentes**. Série Visitas. Vitória: Sínodo Espírito Santo a Belém, 1999. p. 30.

¹⁶² FRIESEN, 2007, p. 105.

¹⁶³ FRIESEN, 2007, p. 105.

Uma visita religiosa requer preparo por meio da oração pela qual se pede a Deus por auxílio, força e discernimento. Desta forma a pessoa que se propõe a realizar a visita religiosa se concebe como um instrumento de Deus, sobretudo do seu amor, que é perceptível pela pessoa enferma a ser visitada. “Como instrumento de Deus, o visitador deve levar sinais de vida, de compreensão, de amparo e de esperança ao doente”.¹⁶⁴

4.4 Os benefícios do perdão na perspectiva da ciência

Pesquisas realizadas pela professora e psicóloga Charlotte van Oyen Witvliet, do Hope College em Michigan EUA, demonstraram que o perdão tem o poder de curar. Em seu livro *Forgive for good*, o psicólogo Fred Luskin, da Universidade de Stanford, alerta sobre os males causados pela retenção de mágoas e rancores, que causam tanto o desgaste físico quanto emocional. Outro estudo recente realizado pelo Instituto de Pesquisa Social da Universidade do Michigan, em 2001, apresentou resultados de que as pessoas que liberaram o perdão apresentaram uma vida mais saudável.¹⁶⁵

As mágoas não esquecidas provocam uma ferida na alma, uma lembrança constante que consome nosso tempo e nossas energias, gerando raiva e depressão, aumentando o risco de patologias cardiovasculares e diminuindo as respostas imunológicas que favorecem a instalação de doenças. Quem perdoa se libera de um fardo, alivia o coração e consegue direcionar a mente para outros objetivos na vida.¹⁶⁶

Portanto, o perdão tem implicações significativas e benefícios tanto para a saúde física, mental quanto no bem-estar das pessoas enfermas. Os efeitos do perdão se dão por meio de mecanismos psicobiológicos, sendo o principal efeito positivo a redução dos efeitos eletéricos do estresse psicológico quanto sobre as emoções negativas: raiva, ansiedade e a depressão. Desta forma há um favorecimento aos estímulos de emoções positivas e pró-sociais.¹⁶⁷

¹⁶⁴ ROELKE, 1999, p. 25.

¹⁶⁵ ROBERTO, 2004, p. 162.

¹⁶⁶ ROBERTO, 2004, p. 162.

¹⁶⁷ PONTES, Mauro R. N.; RÖSLER, Alvaro M; LUCCHESI, Fernando A. Perdoar faz bem à saúde: influências do perdão sobre a saúde e doença. *In*: WONDRACEK, Karin H.K.; BRÍGIDO, Maria Aparecida S.; HERBES, Nilton E.; HEIMANN, Thomas; (Orgs.). **Perdão: onde saúde e espiritualidade se encontram**. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016. p. 13.

O perdão permite que o indivíduo deixe de ruminar pensamentos negativos sobre a ofensa e o transgressor, e passa a cultivar emoções positivas que afetam positivamente seu bem-estar físico, mental, social e espiritual. Em pessoas submetidas a situações de profunda agressão ou ofensa e com dificuldade de perdoar e seguir em frente, existem intervenções que podem promover ou facilitar o perdão, trazendo benefícios de redução de estresse e melhora do perfil de saúde mental e físico que são relevantes em muitas situações clínicas.¹⁶⁸

4.5 Os benefícios do perdão na perspectiva da espiritualidade cristã

Conforme Vitor Westhelle, os aspectos do perdão e seus benefícios para a saúde têm instigado às ciências humanas para um estudo no âmbito da perspectiva psicológica, terapêutica, antropológica e sociológica. Contudo, em sua origem o perdão está intrinsecamente relacionado ao sentimento religioso, e se encontra no cerne da experiência religiosa, independente de qual religião for. “As religiões mundiais em geral consideram a prática do perdão como uma virtude religiosa”.¹⁶⁹

Para Daniel Schipani, várias expressões do cuidado pastoral (espiritual), seja por meio do aconselhamento, da oração e da unção, entre outros, podem ser meios de cura. O perdão é um dos elementos para uma vida plena, que consiste numa vida reconciliada, isto é, estar em comunhão com Deus e com o próximo. Ainda que não seja um processo fácil, é imprescindível ajudar e encorajar a pessoa a se libertar de sentimentos de culpa e assim encontrar consolo e, muitas vezes, promover a cura também das relações rompidas.¹⁷⁰

Martinho Lutero (teólogo cristão), em seu escrito de um sermão intitulado “*Um Sermão sobre a Preparação para a Morte*”, afirma a necessidade de o ser humano se preparar para a sua finitude. “A morte é uma despedida deste mundo e de todos os seus afazeres”.¹⁷¹ Isso tem implicações tanto nas questões de bens temporais quanto espirituais. No tocante às questões temporais, significa deixar encaminhados e organizados os bens materiais – a herança. Assim, evita-se que, após a morte, haja discórdia entre os familiares. Lutero chama isso de uma

¹⁶⁸ PONTES; RÖSLER; LUCCHESI, 2016, p. 23.

¹⁶⁹ WESTHELLE, Vitor. Perdão em perspectiva teológica. In: WONDRACEK, Karin H.K.; BRÍGIDO, Maria Aparecida S.; HERBES, Nilton E.; HEIMANN, Thomas; (Orgs.). **Perdão**: onde saúde e espiritualidade se encontram. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016. p. 103.

¹⁷⁰ SCHIPANI, Daniel S. **O Caminho da Sabedoria no Aconselhamento Pastoral**. São Leopoldo: Sinodal, 2004. p. 104-112.

¹⁷¹ LUTERO, Martinho. Um Sermão sobre a preparação para a Morte. In: LUTERO, Martinho. **Martinho Lutero**: obras selecionadas. v. 1. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 1987. p. 386.

despedida corporal ou exterior deste mundo, em que, literalmente, a pessoa se despede de seus bens. Quanto à questão de despedir-se espiritualmente, isso tem a ver com o perdão. Lutero situa o perdão em duas dimensões: conceder o perdão à outra pessoa, mas também desejar o perdão aos quais se tenha ofendido ou causado algum mal.

Unicamente, 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, ao menos com mau exemplo ou com menos boas obras do que lhes deveríamos segundo o mandamento do amor fraternal cristão.¹⁷²

Westhelle apresenta a dimensão do perdão sob dois aspectos: o cuidado da pessoa por si mesma e o cuidado com a outra pessoa. A primeira dimensão está relacionada ao mandamento de amar ao próximo como a si mesmo, a si mesma. Sendo que “o cuidado da pessoa para consigo mesma implica perdoar-se a si mesma, amar-se a si mesma, mas de uma forma que implique responsabilidade”.¹⁷³ Portanto, o amar-se a si mesma deve ser entendido como uma atitude humana de autocompreender-se e de conhecer-se de forma a não haver a necessidade de ocultar ou negar a si mesma de ser quem se é. O perdoar-se a si mesma reflete uma expressão racional do amor que toma a forma concreta no cuidado de si tanto física quanto mentalmente. A segunda dimensão está relacionada com o amar a outra pessoa incondicionalmente, de forma que ela pode ser quem ela é, e por meio de suas qualidades interagir com as pessoas de forma livre e espontaneamente. Portanto, a dimensão de perdoar a outra pessoa é um ato de amor que se estabelece no relacional e que a liberta para ser quem é. “Esta é a relação social em que a razão do amor faz uso do perdão enquanto edifica comunidades e restaura relações rompidas”.¹⁷⁴

Para Nilton Herbes e Rafael Rodrigues, a pessoa que perdoa a si mesma pelos seus erros e pecados, exerce um passo importante, mas também um dos mais difíceis a ser dado na finitude da vida. A pessoa, ao longo de sua vida, lida com as suas frustrações mediante as aspirações idealizadas e que não foram possíveis de realizar. Há muitos fatores que podem levar a pessoa a não aceitar a sua própria

¹⁷² LUTERO, 1987, p. 386.

¹⁷³ WESTHELLE, 2016, p. 108.

¹⁷⁴ WESTHELLE, 2016, p. 110.

história pessoal de vida. “O processo de reconciliar-se consigo mesmo passa, inevitavelmente, pela reconciliação com a história de vida da pessoa”.¹⁷⁵ Embora possa haver feridas e situações traumáticas que deixam as suas marcas negativas na história de vida das pessoas, estas podem ser curadas, sendo que para isso a reconciliação em relação a tudo que vivemos e sofremos se torna necessária. “Aceitando minhas feridas como minhas tenho a chance de me reconciliar. Perdoando aqueles e aquelas que a feriram, a pessoa pode encontrar sua paz”.¹⁷⁶

4.6 A escuta atenciosa e a corporeidade como elemento primordial na visitação

Um aspecto fundamental em uma visita   exercer a escuta ativa, qualificada e atenciosa. Esta   a maior tarefa de um visitador ou de uma visitadora. “Todo o valor do diálogo decide-se na capacidade de escutar do visitante”.¹⁷⁷ Se a visita se restringir, unilateralmente, aos interesses da pessoa visitadora, logo não se poderá esperar muita coopera o verbal da pessoa que está sendo visitada. Um diálogo aberto e espontâneo requer que a pessoa visitadora “ouça” também com os olhos e observe a linguagem corporal, que   chamado pela psicologia sist mica de metacomunica o¹⁷⁸ – comunica o além do verbal.¹⁷⁹

Para Dietrich Bonhoeffer, as pessoas cristãs em geral, sobretudo as que pregam a Palavra de Deus, tendem a pensar que no encontro com pessoas   preciso sempre ter algo para lhes fazer ou dizer, contudo, se esquecem de que, em devidas circunstâncias, o ouvir pode ser um serviço maior do que o falar.¹⁸⁰ Schneider-Harpprecht amplia esta constata o de Bonhoeffer ao dizer que, em geral, a pessoa visitante tem a pr -pretensão de levar uma mensagem bíblica no intuito de consolar, mas que também coloque a vida da pessoa enferma em ordem

¹⁷⁵ HERBES, Nilton Eliseu; RODRIGUES, Rafael Souza. Perdão no horizonte da vida: acompanhamento espiritual hospitalar a pacientes diante da morte. *In*: WONDRACEK, Karin H. K.; BRÍGIDO, Maria Aparecida S.; HERBES, Nilton E.; HEIMANN, Thomas; (Orgs.). **Perdão**: onde saúde e espiritualidade se encontram. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016. p. 166-167.

¹⁷⁶ HERBES; RODRIGUES, 2016. p. 166.

¹⁷⁷ SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. **Como acompanhar doentes**. Série Crer & Viver – 12. São Leopoldo: Sinodal, 1994. p. 66.

¹⁷⁸ “A metacomunica o designa a capacidade de comunicar sobre a dinâmica da comunica o entre interlocutores. Este conceito   amplamente utilizado no âmbito da Psicologia Sist mica, no estudo e compreensão da comunica o interpessoal”. CONCEI O, Catarina Vargas. **Metacomunica o** – Comunicar sobre comunica o. Disponível em: <http://knoow.net/ciencsocioishuman/psicologia/metacomunicacao-comunicar-sobre-comunicacao/>. Acesso em: 04 nov. 2018.

¹⁷⁹ FRIESEN, 2007, p. 37.

¹⁸⁰ BONHOEFFER, Dietrich. **Vida em comunhão**. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2001. p. 76.

com Deus. Ainda que sejam boas intenções, há de se ponderar sobre este aspecto, de forma a não vir a interferir na conexão com o paciente, impossibilitando assim o compreender da sua real situação. Mesmo porque a menor percepção da pessoa enferma de que a pessoa visitadora não está lá para ela, será em vão fazer leituras bíblicas e oração, pois o vínculo com a pessoa visitada não se estabeleceu ou foi quebrado. “Assim, mesmo com as melhores intenções, decepcionamos o paciente, aumentamos a sua desconfiança ao invés de criar confiança e até conseguimos afastá-lo do evangelho”.¹⁸¹

Portanto, é salutar que a pessoa visitadora tenha a mente aberta para compreender de que há também sentido, e que não se perde o foco da visita religiosa, quando não necessariamente restringe a sua visita a conteúdos bíblicos e orações. A corporeidade faz parte deste momento que é envolto com a espiritualidade, conforme podemos ver em Pessini:

É pela presença amorosa e pela ação serviçal que a evangelização se desenvolve. A palavra assume sua importância neste contexto encarnacional: a palavra humana de amizade, de apoio, de compreensão e a palavra de Deus na Bíblia, que ilumina esta vida, às vezes sofrida, às vezes profundamente feliz, apesar do sofrimento. [...] O chão do qual brota a credibilidade da nossa palavra é a presença amorosa e a ação serviçal. É neste mesmo chão que crescem e florescem a verdadeira oração e a autêntica celebração dos diversos sacramentos. Se a nossa presença é fria e nosso serviço sem coração, dificilmente nossa oração pessoal ou litúrgica com os doentes terminais terá grande valor.¹⁸²

Portanto, conforme Schneider-Harpprecht, constata-se que não há necessidade da pressa em falarmos da Bíblia ou de orarmos. Nos ajuda se entendemos que Deus se faz presença junto à pessoa enferma independente da nossa chegada. O consolo e a Palavra de Deus também podem ser manifestos no diálogo. Dar importância e espaço para a escuta do paciente é imprescindível, mesmo porque o fato de o paciente poder falar sobre seus sentimentos, por si só, já fará um bem à pessoa. Ao ser escutada, a pessoa enferma sente que há alguém próximo a ela, que está sendo valorizada e que se dá valor às suas preocupações.

¹⁸¹ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 66.

¹⁸² PESSINI, Leocir (Org.). **Vida, esperança e solidariedade**: subsídio para profissionais e agentes de Pastoral da Saúde e dos Enfermeiros, para o trabalho domiciliar, hospitalar e comunitário. Aparecida: Santuário, 1992. p. 140-141.

“Realmente, o melhor serviço que um visitante pode prestar a uma pessoa é ajudá-la a falar, escutando ativamente”.¹⁸³

Para Bonhoeffer, o ouvir é o primeiro serviço que alguém deve para a outra pessoa. “Assim como o amor de Deus começa quando ouvimos a sua Palavra, assim também o amor ao irmão começa quando aprendemos a escutá-lo”.¹⁸⁴ Como já vimos, há uma inclinação de se pensar que o serviço fraternal na comunidade cristã se restringe unicamente em anunciar a Palavra de Deus, como se fosse o único serviço real que se possa prestar ao próximo. Bonhoeffer concorda de que não há outro serviço maior do que a Palavra de Deus, sob a qual os demais serviços são orientados, contudo, a comunidade cristã não se constitui apenas por pregadores da Palavra. Prova disso é a forma como Deus faz chegar até a nós o seu amor que não nos vem apenas por meio de sua Palavra, mas o próprio Deus nos empresta o seu ouvido. Isso significa que a obra de Deus também é realizada na pessoa quando aprendemos a ouvi-la.¹⁸⁵

Muitas pessoas procuram um ouvido atento, e não o encontram entre os cristãos, porque esses falam também quando deveriam ouvir. Porém, quem não consegue mais ouvir o irmão, em breve também não conseguirá mais ouvir a Deus. Estará sempre falando, também perante Deus. Aqui começa a morte da vida espiritual, e no fim restará só a palavra piedosa, a condescendência clerical que sufoca em palavras piedosas. Quem não sabe ouvir por longo tempo e com paciência, jamais se comunicará de fato com seu interlocutor e nunca o entenderá, e por fim nem sequer se dará conta disso. Quem considera seu tempo valioso demais para gastá-lo em ouvir, nunca terá realmente tempo nem para Deus nem para o próximo. Terá tempo só para si mesmo, para suas próprias palavras e planos.¹⁸⁶

Para Schneider-Harpprecht a escuta atenciosa e qualificada permite à pessoa visitadora entender como a pessoa enferma está organizando os pensamentos e se sentindo em relação à sua enfermidade. Também como vê o entorno, a pessoa, a sua família. É importante não darmos apenas significado às suas palavras, mas também à forma como as palavras são ditas, bem como a postura corporal, os gestos, que muito transmitem como a pessoa se sente. Momentos de intervalos e de silêncio em meio à conversa devem ser respeitados,

¹⁸³ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 67.

¹⁸⁴ BONHOEFFER, 2001, p. 75.

¹⁸⁵ BONHOEFFER, 2001, p. 75-76.

¹⁸⁶ BONHOEFFER, 2001, p. 76.

sem querer preenchê-los. “Pois no silêncio, a pessoa lida, provavelmente, com pensamentos e sentimentos importantes que ela talvez queira comunicar”.¹⁸⁷

Friesen indica que uma boa análise sobre a visita é aquela que se orienta pelas reais necessidades da pessoa enferma e não pela mera obrigatoriedade da visita. “A motivação terá a sua fonte nos aspectos espirituais, emocionais e relacionais, e não na curiosidade, no aspecto clínico-patológico ou na boa obra da visita”.¹⁸⁸ Isso implica em cuidar da pessoa enferma com sensibilidade, respeito e, além da atenção, refletir sobre os possíveis efeitos sobre cada ação. Cuidar do que é vital e central, isto é, daquilo que a pessoa enferma realmente tem necessidade, sempre em consonância com o que a pessoa visitadora pode, de fato, corresponder e fornecer. A essência desse discernimento está na intuição e na dependência da ação do Espírito Santo, geradoras de criatividade e disposição, ocasionando transformação em meio ao sofrimento.¹⁸⁹

Para as considerações finais deste capítulo, destacamos que os hospitais se tornaram verdadeiros aglomerados de pessoas enfermas. Neste contexto, o ser humano trava uma verdadeira luta entre o viver e o morrer. Em meio a esta realidade, a Igreja responde ao mandato de continuar a obra misericordiosa de Jesus Cristo, também junto às pessoas enfermas. Esta realidade apresenta uma forte interpelação para a igreja, em que as pessoas reclamam o exercício do cuidado. Portanto, a capelania hospitalar é uma forma de a Igreja exercer a sua missão e a tarefa diaconal no cuidado, junto a pessoas internadas nos hospitais, proporcionando o fortalecimento da fé e o seu empoderamento para o enfrentamento da enfermidade.

Vimos também que o objetivo de uma visita espiritual para a pessoa enferma é proporcionar conforto e consolo, e que o ministério da visitação e da oração é uma forma de se colocar e agir em solidariedade diaconal na fraqueza e sofrimento da pessoa enferma. Para tanto, salvo as devidas proporções, utiliza-se a Bíblia e a oração como meios pelos quais se comunica a presença e o cuidado de Deus, uma vez que está constatado que a maioria dos pacientes hospitalizados, mesmo não sendo cristãos, tendem a aceitar e apreciar que alguém lhes ofereça uma oração. Contudo, a permissão prévia da pessoa visitada é imprescindível.

¹⁸⁷ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 67.

¹⁸⁸ FRIESEN, 2007, p. 47.

¹⁸⁹ FRIESEN, 2007, p. 46.

Cabe destacar ainda os benefícios do perdão, tanto para a saúde física e mental quanto no bem-estar das pessoas enfermas. Vimos a importância de ajudar a pessoa enferma a se libertar de sentimentos de culpa e assim encontrar consolo e, muitas vezes, promover a cura também das relações rompidas. No final, refletimos sobre a importância da escuta ativa, qualificada e atenciosa da pessoa que visita. Vimos que o escutar a pessoas enfermas é a maior tarefa de um visitador ou de uma visitadora e que, na maioria das vezes, o ouvir pode ser mais importante do que o falar. Todos esses elementos constituem a boa conduta na visitação espiritual às pessoas internadas em hospitais, e perfazem a prática da capelania hospitalar.

5 CONCLUSÃO

Falar sobre a morte, para a maioria das pessoas, é um tabu. A sociedade concebe a morte como uma inimiga com a qual o ser humano trava uma luta desde o dia em que nasce. Esta concepção sobre a morte determina o conceito de cuidados às pessoas enfermas, limitando-se a lutar contra a doença. Portanto, em boa parte, o tratamento vigente em saúde, sob alguns aspectos, ainda tem a melhorar no quesito humanização. Sobretudo quando os cuidados são centrados, basicamente, na luta contra a doença e não no cuidado integral do ser humano. Sendo que o impacto de uma doença influencia todas as partes constitutivas do ser humano, a saber, física, emocional, social e espiritual.

A ciência, com todo o seu aparato tecnológico, evoluiu significativamente no campo das descobertas sobre cura e tratamentos para as doenças físicas, mas desconsiderou as outras partes constitutivas do ser humano. Sobretudo os aspectos emocionais e espirituais. Portanto a pessoa enferma foi desapropriada, pela obstinação terapêutica, do seu direito de morrer com dignidade e poder de decisão.

Para contrapor esta realidade, surgem os cuidados paliativos, com o intuito de ofertar uma nova terapêutica de cuidados, de forma humanizada, englobando todas as partes constitutivas do ser humano, sobretudo, a espiritualidade. A ortotanásia é uma prática defendida pelos cuidados paliativos, pois se trata de uma conduta médica e terapêutica que concebe e respeita o processo natural de morrer.

Para uma atuação mais efetiva no âmbito da espiritualidade junto às pessoas internadas, temos a Capelania Hospitalar. Constituída de forma voluntária ou integrada aos serviços globais em instituições hospitalares, interage com as demais áreas do saber em saúde. Desta forma, possibilita-se uma atuação sistêmica e continuada na assistência espiritual às pessoas enfermas.

A atuação da capelania vai muito além de uma visita espiritual com o intuito de levar o conforto à pessoa enferma. Trata-se de uma parte integrante de um plano terapêutico de cuidados para a melhoria das pessoas internadas. Isso impute uma maior responsabilidade quanto ao acompanhamento e na abordagem espiritual, o que requer pessoas qualificadas e preparadas para atuarem na capelania. Sobretudo, há de se observar o respeito pela fé e às diferentes concepções religiosas e filosofias de vida dos pacientes. Usar do bom senso quanto ao uso da Bíblia, bem como as orações e saber, antes de tudo, escutar a pessoa a ser visitada.

O cuidado humanizado em saúde toca profundamente nos aspectos da centralidade da teologia cristã, sobretudo nos ensinamentos bíblicos que enfatizam o cuidado e a assistência às pessoas nos momentos de necessidade e ou em crise. Como vimos, a tarefa de visitar e estar ao lado de pessoas enfermas é parte integrante da missão da Igreja. E que, especificamente, ser uma Igreja do cuidado, está intrinsecamente relacionado com a diaconia.

Como teólogo, e exercendo o ministério diaconal como capelão em um hospital, evidencia-se a necessidade de propor uma terapêutica que possibilite às pessoas enfermas serem reintegradas à vida a partir do princípio da integralidade do ser humano, que se constitui não apenas de corpo físico, mas também de mente e espírito. Resgatar a pessoa enferma da condição de sobrevida para a vida com sentido e plenitude. Por mais que as pesquisas tenham avançado, é necessário buscarmos respostas, por meio da teologia e outras áreas do saber humano, para as perguntas que ainda permanecem e que são essenciais para a vida humana, sobretudo, responder, com maior profundidade, como a espiritualidade responde aos anseios e angústias das pessoas mediante a sua terminalidade de vida.

Como pesquisador, fui conduzido por meio das perguntas em torno do tema. Contudo, o presente trabalho não responde a todas as perguntas sobre essa temática, o que instiga a continuidade da pesquisa. O tema é atual e relevante, o que atribui a sua importância, não só para as pessoas enfermas, mas também para os seus familiares e às diversas profissões atuantes na área da saúde que buscam aplicar em sua prática o cuidado humanizado em saúde.

A presente pesquisa traz contribuições relevantes para o conhecimento acadêmico, para a sociedade e, sobretudo, para as áreas do saber que lidam com o cuidado diário com pessoas enfermas e seus dilemas. A pesquisa aponta para algo primordial: saber cuidar de pessoas até nos momentos finais da vida. Sobretudo, resgatar e proporcionar a humanidade em cada pessoa, pensar sobre o sentido e os valores da vida, suas razões e saber que tudo tem o seu tempo determinado. Assim como nos dizem as palavras de Eclesiastes 3.1-2: “Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu. Há tempo de nascer, e tempo de morrer [...]”¹⁹⁰

¹⁹⁰ A BÍBLIA SAGRADA. Tradução de João Ferreira de Almeida. 2. ed. rev. cor. São Paulo: Geográfica, 2009. p. 622.

REFERÊNCIAS

A BÍBLIA SAGRADA. Tradução de João Ferreira de Almeida. 2. ed. rev. cor. São Paulo: Geográfica, 2009.

ALARCOS, Francisco J. **Bioética e Pastoral da Saúde**. São Paulo: Paulinas, 2006.

ARAÚJO, Dolores; GOMES DE MIRANDA, Maria Claudina; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, supl. 1, p. 20-31, 2007. Disponível em: http://carvasan.jpg.medicina.ufg.br/up/148/o/FORMACAO_DE_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_NA_PERSPECTIVA_DA_INTEGRALIDADE.pdf. Acesso em: 12 out. 2019.

BALDESSIN, Anísio. **Como visitar um doente**. Orientações práticas para padres, pastores e agentes de pastoral da saúde. São Paulo: Loyola, 2002.

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

BRAKEMEIER, Gottfried. **Sabedorias da fé: num mundo confuso**. São Leopoldo: Sinodal, 2014.

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. Brasília: Presidência da República, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9982.htm. Acesso em: 24 jun. 2018.

BUTZKE, Paulo Afonso (Org.). **Não me desampares**: acompanhamento a doentes terminais. Blumenau: Sínodo vale do Itajaí, Porto Alegre: IECLB - Departamento de Diaconia, 2005.

CARDOSO, S. Luís. Apontamentos sobre pastoral e capelania em escolas metodistas. Revista de Educação **Revista do COGEIME**, Piracicaba v. 11, n. 21, p. 113-123, dez. de 2002. Disponível em: <https://www.redemetodista.edu.br/revistas/revistascogeime/index.php/COGEIME/article/viewFile/591/535>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. amp. e atua. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

CAVALCANTE, Eleny Vassão de Paula. **Aconselhamento a Pacientes Terminais**. São Paulo: Casa Editora Presbiteriana, [19--].

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

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica (2010)**. Disponível em: <http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual#cap2>. Acesso em: 18 ago. 2018.

CONCEIÇÃO, Catarina Vargues. **Metacomunicação** – Comunicar sobre comunicação. Disponível em: <http://knoow.net/ciencsocioaishuman/psicologia/metacomunicacao-comunicar-sobre-comunicacao/>. Acesso em: 04 nov. 2018.

FRIESEN, Albert. **Cuidado na enfermagem**. Curitiba: Esperança, 2007.

GAEDE NETO, Rodolfo. Como entender e atender o clamor por cura em uma sociedade doentia? *In*: WULFHORST, Ingo. **Cura e Fé: merecimento ou dádiva de Deus**. São Leopoldo: Sinodal, 2018.

GENTIL, Rosana Chami; GUIA, Beatriz Pinheiro da; SANNA, Maria Cristina. Organização de serviços de capelania hospitalar: um estudo bibliométrico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 162-170, 2011. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100023. Acesso em: 24 jun. 2018.

GRÜN, Anselm; MEINRAD, Dufner. **A saúde como tarefa espiritual**. Petrópolis: Vozes, 2008.

HEIMANN, Thomas. Face a Face com Deus: a espiritualidade. *In*: HOCH, Lothar C.; HEIMANN, Thomas. *et. al.* (Org.). **Aconselhamento Pastoral e Espiritualidade**. São Leopoldo: EST/Sinodal, 2008.

HERBES, Nilton Eliseu; RODRIGUES, Rafael Souza. Perdão no horizonte da vida: acompanhamento espiritual hospitalar a pacientes diante da morte. *In*: WONDRACEK, Karin H. K.; BRÍGIDO, Maria Aparecida S.; HERBES, Nilton E.; HEIMANN, Thomas; (Orgs.). **Perdão: onde saúde e espiritualidade se encontram**. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016.

HERTEL, Hildegart. A morte – como conviver com ela? *In*: GAEDE NETO, Rodolfo; PLETSCHEK, Rosane; WEGNER, Uwe (Orgs.). **Práticas diaconais: subsídios bíblicos**. São Leopoldo: Sinodal, CEBI, 2004.

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

HOCH, Lothar Carlos. A cura como tarefa do aconselhamento pastoral. *In*: ZWETSCH, Roberto, BOBSIN, Oneide (Orgs.). **Prática Cristã: novos rumos**. São Leopoldo: Sinodal/IEPG, 1999.

HUMMIG, Wagner; FRIESEN, Albert. **Os tentáculos da dor crônica**. Rio de Janeiro: Autografia, 2018.

KOENIG, Harold G. **Medicina, Religião e Saúde**: o Encontro da ciência e da Espiritualidade. Tradução de Iuri Abreu. Porto Alegre: L&PM Editores, 2012.

LELOUP, Jean-Yves. **Além da luz e da sombra**: sobre o viver, o morrer e o ser. Petrópolis: Vozes, 2001.

LELOUP, Jean-Yves. **Cuidar do ser: Fílon e os Terapeutas de Alexandria**. Petrópolis: Vozes, 1996.

LUTERO, Martinho. Um Sermão sobre a preparação para a Morte. *In*: LUTERO, Martinho. **Martinho Lutero**: obras selecionadas. v. 1. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 1987.

MARCOLIN, Daniel. Morte e Morrer: condutas éticas em defesa da dignidade humana. *In*: SIVIERO, Iltomar; ROSIN, Nilva (Org.). **Envelhecimento Humano, Espiritualidade e Cuidado**. v. 3 – Dimensões fundamentais da saúde e da arte de cuidar. Passo Fundo: IFIBI, 2014.

MARIA, Bárbara. **Universidade Federal Fluminense inclui Espiritualidade como disciplina**. Disponível em: <https://www.educamaisbrasil.com.br/educacao/noticias/universidade-federal-fluminense-inclui-espiritualidade-como-disciplina>. Acesso em: 28 maio 2019.

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

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *In*: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. amp. e atua. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

MELO, Ana Georgia Cavalcanti de; CAPONERO, Ricardo. Cuidados Paliativos – abordagem contínua e integral. *In*: SANTOS, Franklin Santana (Org.). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles *et al.* A visão ecológica: uma teia na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 341-344, 2005. p. 343. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019628017>. Acesso em: 12 out. 2019.

NOÉ, Sidnei Vilmar (Org.). **Comunidade viva**: Manual de educação a distância. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2003.

NORDSTOKKE, Kjell (Org.). **Diaconia**: Fé em ação. 3. ed. São Leopoldo: Sinodal, 1998.

OFTESTAD, Alf B. **Vivendo Diaconia**: edificando a igreja através do cuidado pessoal e social. Tradução Dilmar Devantier. Curitiba: Encontro, 2006.

PATRÍSTICA. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Patr%C3%ADstica>. Acesso em: 21 mar. 2018.

PESSINI, Léo. A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. *In*: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de P. **Buscar sentido e plenitude de vida**: bioética, saúde e espiritualidade. São Paulo: Paulinas, 2008.

PESSINI, Léo. **Bioética**: um grito por dignidade de viver. 4. ed. São Paulo: Paulinas, Centro Universitário São Camilo, 2009.

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

PESSINI, Leocir (Org.). **Vida, esperança e solidariedade**: subsídio para profissionais e agentes de Pastoral da Saúde e dos Enfermeiros, para o trabalho domiciliar, hospitalar e comunitário. Aparecida: Santuário, 1992.

PONTES, Mauro R. N; RÖSLER, Alvaro M; LUCHESE, Fernando A. Perdoar faz bem à saúde: influências do perdão sobre a saúde e doença. *In*: WONDRACEK, Karin H.K.; BRÍGIDO, Maria Aparecida S.; HERBES, Nilton E.; HEIMANN, Thomas; (Orgs.). **Perdão**: onde saúde e espiritualidade se encontram. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016.

ROBERTO, Gilson Luís. Espiritualidade e saúde. *In*: TEIXEIRA, Evilázio Francisco Borges; MÜLLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre da (Orgs.). **Espiritualidade e Qualidade de Vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

ROELKE, Helmar Reinhard. **Ajuda na Visita a Doentes**. Série Visitas. Vitória: Sínodo Espírito Santo a Belém, 1999.

ROSER, Traugott. Aconselhamento diante da morte e suas implicações para a competência pastora. *In*: HOCH, Lothar Carlos, WONDRACEK, Karin H. K. (Org.). **Bioética**: avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar do início ao crepúsculo da vida: esperanças e temores. São Leopoldo: EST, Sinodal, FAPERGS, 2006.

RÜKERT, Maria Luiza. **Capelania Hospitalar e Ética do Cuidado**. Viçosa: Ultimato, 2016.

RUPP, Joyce; HUTCHINSON, Joyce. **Caminhando com doentes terminais**. São Leopoldo: Sinodal, 2000.

SAPORETTI, Luis Alberto; ANDRADE, Letícia; SACHS, Maria de Fátima Abrantes; GUIMARÃES, Tânia Vanucci Vaz. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. *In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP***. 2. ed. amp. e atua. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

SCHIPANI, Daniel S. **O Caminho da Sabedoria no Aconselhamento Pastoral**. São Leopoldo: Sinodal, 2004.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. A morte como limite do curar. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, v. 35, n. 1, p. 84-91, 1995.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. **Como acompanhar doentes**. Série Crer & Viver – 12. São Leopoldo: Sinodal, 1994.

SILVA, Alexsandro Coutinho da. **A capelania hospitalar**: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico. São Leopoldo: Oikos, 2010.

SULPÍCIO SEVERO. Disponível em:
https://pt.wikipedia.org/wiki/Sulp%C3%ADcio_Severo. Acesso em: 10 fev. 2018.

TOSTA, Carlos Eduardo. Prece e cura. *In: TEIXEIRA, Evilázio Francisco Borges; MÜLLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre da (Orgs.). **Espiritualidade e Qualidade de Vida***. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, 61-83, 2008. Disponível em:
http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/56. Acesso em: 18 ago. 2018.

VONHOFF, Heinz; HOFMANN, Hans-Joachim. **Samariter der Menschheit**: christliche Barmherzigkeit in Geschichte und Gegenwart. München: Claudius-Verlag, 1977.

WESTHELLE, Vitor. Perdão em perspectiva teológica. *In: WONDRACEK, Karin H.K.; BRÍGIDO, Maria Aparecida S.; HERBES, Nilton E.; HEIMANN, Thomas; (Orgs.). **Perdão**: onde saúde e espiritualidade se encontram*. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016.

ZIMPEL, Rogério R. E quando a cura não acontece? *In: WULFHORST, Ingo. **Cura e Fé**: merecimento ou dádiva de Deus*. São Leopoldo: Sinodal, 2018.