Nilton Eliseu Herbes
Org.

Nuances do Aconselhamento Pastoral

HOSPITALAR

FACULDADES EST

Nilton Eliseu Herbes

Org.

NUANCES DO ACONSELHAMENTO PASTORAL HOSPITALAR

São Leopoldo

2022

© 2022 Faculdades EST
© 2022 das pessoas autoras

Faculdades EST
Rua Amadeo Rossi, 467, Morro do Espelho
São Leopoldo - RS / CEP - 93030-220
Tel.: +55 (51) 2111-1400
www.est.edu.br

Esta obra foi licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial- Sem Derivados 3.0 Não Adaptada.

Capa e diagramação: Marcelo Ramos Saldanha.
Revisão: Joabe Marques

Os textos publicados neste livro são de responsabilidade de seu autor, tanto em relação ao respeito às normas técnicas e ortográficas vigentes e à idoneidade intelectual (respeito às fontes) quanto acerca do copyright. Qualquer parte pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Nuances do aconselhamento pastoral hospitalar [recurso eletrônico] / Nilton Eliseu Herbes (Org.) – São Leopoldo : Faculdades EST, 2022.
265 p.

Formato: PDF
Requisito do Sistema: Adobe Acrobat Reader
ISBN 978-65-88074-44-2

1. Aconselhamento pastoral. 2. Espiritualidade. 3. Capelães de hospitais. 4. Aconselhamento pastoral - Hospitais I. Herbes, Nilton Eliseu.

Ficha elaborada por Câmara Brasileira do Livro

Sumário

Introdução: aconselhamento pastoral na capelania – por uma pastoral do cuidado 9
Nilton Eliseu Herbes
Diferenciando capelania e visitação hospitalar 23
Rosângela Beatriz Hünemeier Hessel
Nilton Eliseu Herbes
A dimensão do cuidado mediante a capelania hospitalar na ótica da subjetividade do Paciente 41
Cátia Patrícia Berner
Daniel Annuseck Hoepfner
O "EU" e o Aconselhamento Pastoral hospitalar 59
Adélcio Kronbauer
Márcia Blasi
Auxílio espiritual na oncopediatria 75
Sandro Moraes
Nilton Eliseu Herbes
Unção – bênção com óleo: presença amorosa de Deus com pessoas enfermas em unidade de terapia intensiva 91
Mayke Marliese Kegel
Nilton Eliseu Herbes
Imposição de Mãos: um rito terapêutico no Aconselhamento Pastoral 107
Marcelo Peter da Silva
Júlio Cézar Adam
A espiritualidade e o bem morrer em "tempos de Narciso" 123
Elke Doehl
Karin Hellen Kepler Wondracek
A contribuição do cuidado pastoral para o bem morrer de pessoas em situação de cuidados paliativos 141
Patrícia Bauer
Rodolfo Gaede Neto
Acompanhamento Pastoral a familiares de pessoas em morte encefálica 155
Aline Danielle Stüewer
Karin Hellen Kepler Wondracek
A contribuição do voluntariado na visitação a pacientes terminais: Conforto espiritual na finitude da vida 169
Miriam Ingrid Buss La Piazza
Nilton Eliseu Herbes

O cuidado de si: resiliência e espiritualidade em profissionais de saúde de cuidados paliativos 191
Nair Frey
Thomas Heimann
Acompanhamento pastoral a pessoas enlutadas em tempos de pandemia 213
Vanderlei André Hüther
Rodolfo Gaede Neto
Grupos terapêuticos como método para o aconselhamento pastoral a enlutados no contexto das comunidades eclesiais 231
Cleber Fontinele Lima
Thomas Heimann
Índice temático 252
Índice onomástico 256
Autores e autoras 260

São muitas as pessoas à procura de um ouvido que as ouça.
Elas não o encontram entre os cristãos,
porque eles falam quando deveriam ouvir.
Quem não mais ouve o seu irmão (ou irmã),
em breve não mais ouvirá a Deus.
(...) Quem não consegue ouvir demorada e pacientemente,
estará apenas conversando à toa e nunca estará com os outros,
embora não esteja consciente disso.
Dietrich Bonhoeffer (1906 – 1945)

Introdução: aconselhamento pastoral na capelania – por uma pastoral do cuidado

Nilton Eliseu Herbes

Podemos começar essa nossa viagem de leitura conversa falando um pouco sobre motivação. O que nos motiva a querer cuidar, acompanhar, aconselhar outras pessoas? Como pessoas cristãs, provavelmente temos um texto motivador em comum. A esperança de toda pessoa cristã está ligada à esperança da vinda do Reino de Deus, à esperança da salvação. E essa esperança está intimamente ligada com a nossa motivação para ir visitar e aconselhar pessoas enfermas, pessoas presas e pessoas que precisam de cuidados. Vamos relembrar o texto de Mateus 25.31-46:

> E quando o Filho do homem vier em sua glória, e todos os santos anjos com ele, então se assentará no trono da sua glória;
> E todas as nações serão reunidas diante dele, e apartará uns dos outros, como o pastor aparta dos bodes das ovelhas;
> E porá as ovelhas à sua direita, mas os bodes à esquerda.
> Então dirá o Rei aos que estiverem à sua direita: Vinde, benditos de meu Pai, possuí por herança o reino que vos está preparado desde a fundação do mundo;
> Porque tive fome, e destes-me de comer; tive sede, e destes-me de beber; era estrangeiro, e hospedastes-me;
> Estava nu, e vestistes-me; adoeci, e visitastes-me; estive na prisão, e foste me ver.
> Então os justos lhe responderão, dizendo: Senhor, quando te vimos com fome, e te demos de comer? ou com sede, e te demos de beber?
> E quando te vimos estrangeiro, e te hospedamos? ou nu, e te vestimos?
> E quando te vimos enfermo, ou na prisão, e fomos ver-te?
> E, respondendo o Rei, lhes dirá: Em verdade vos digo que quando o fizestes a um destes meus pequeninos irmãos, a mim o fizestes.
> Então dirá também aos que estiverem à sua esquerda: Apartai-vos de mim, malditos, para o fogo eterno, preparado para o diabo e seus anjos;
> Porque tive fome, e não me destes de comer; tive sede, e não me destes de beber;

> Sendo estrangeiro, não me recolhestes; estando nu, não me vestistes; e enfermo, e na prisão, não me visitastes.
> Então eles também lhe responderão, dizendo: Senhor, quando te vimos com fome, ou com sede, ou estrangeiro, ou nu, ou enfermo, ou na prisão, e não te servimos?
> Então lhes responderá, dizendo: Em verdade vos digo que, quando a um destes pequeninos o não fizestes, não o fizestes a mim.
> E irão estes para o tormento eterno, mas os justos para a vida eterna.

Este texto nos apresenta critérios para a salvação, critérios para a entrada no Reino de Deus. Estes critérios estão intimamente ligados aos *pequeninos irmãos*. Entendemos pequeninos aqui, não como crianças, mas como os que mais necessitam, aqueles que mais precisam de cuidado, aos que tem fome, tem sede, aos estrangeiros, aos que não tem o que vestir, aos que estão enfermos e aos que estão na prisão. Digo critérios da salvação, pois o que temos no texto são questões que serão observadas no dia do grande julgamento, se o amor ao próximo foi vivido na prática ou não. O amor é o maior mandamento de Deus, e é esse amor que nos motiva a ir ao encontro das pessoas necessitadas de cuidado e da palavra viva de Deus.

Quando vamos visitar uma pessoa que está enferma, além de ir visitá-la, ir vê-la, também conversamos com esta pessoa. A conversação que vamos ter, o diálogo, não será uma conversa corriqueira, caso tenhamos ido ao seu encontro motivado pela fé. A fé é o diferencial para que essa conversa se transforme num aconselhamento. Esse encontro se tornará parecido com as conversas que Jesus tinha com seus discípulos, mas também com outras pessoas que ele encontrava. O início geralmente é mais informal, mas no decorrer a conversa deve atingir uma profundidade. Ela precisa ir mais fundo, precisa encontrar os cantos escuros, precisa reconhecer o sofrimento e auxiliar no encontro de possibilidades de soluções. Só assim ela se tornará algo significativo para a outra pessoa. O aconselhamento deve ajudar as pessoas desesperançadas, em sofrimento, a reencontrar a esperança.

O que nós hoje chamamos de aconselhamento pastoral, no passado foi conhecido como "*cura d'alma*", uma profunda designação para o que fazemos ainda hoje no aconselhamento. Curar a alma é ajudar a aliviar o sofrimento, aliviar as dores, as dificuldades pelas quais a pessoa passa. Se cremos num corpo humano formado de várias partes (corpo, mente, espírito) devemos nos perguntar sobre quem é responsável para curar cada uma das partes quando estas estão feridas. Quando temos dor em nosso corpo, quando nos dói algum órgão, procuramos a medicina, procuramos por médicos, queremos ser tratados para que a dor passe. Quando a nossa mente está tão confusa que acreditamos não conseguirmos mais seguir em frente, quando temos crises pessoais, muitos procuram ajuda na Psicologia. Mas e quando a

nossa alma, nosso espírito dói, está ferido, quem queremos que nos ajude? Quando a vida perdeu seu sentido, quando acreditamos que Deus nos abandonou, quando a nossa fé está abalada, quando somos tratados fisicamente, mas não nos sentimos sarados, quem nós deveríamos procurar? Essa é a função da pessoa que se propõe a curar a alma. Por isso aconselhamento pastoral é tão importante. A pessoa que realiza o aconselhamento possui uma função fundamental na cura de outras pessoas e isso deve ser reconhecido e defendido por nós.

O aconselhamento pastoral deve ter duas perspectivas, uma vertical e uma horizontal. Confiamos que como filhos e filhas de Deus recebemos o cuidado d'Ele, Ele nos protege e nos ampara, mas também entre nós esse cuidado deve ocorrer. Como seres humanos cuidamos uns dos outros, como irmão e irmãs na fé e motivados pelo exemplo de Cristo. Nesta perspectiva, o cuidado deve ser entendido, na tradição cristã, como aquele que apresenta a Jesus de Nazaré como o Deus Encarnado, o Deus entre nós, que foi objeto de cuidado, mas também como aquele que providenciou cuidados para pessoas doentes, acolhendo as pessoas excluídas, abençoando crianças etc.[1]

De uma forma bem simples, pode-se definir uma conversação como a troca de palavras e sinais entre duas ou mais pessoas, fazendo com que informações sejam intercambiadas e que a geração de reações aconteça.[2] Contudo, quando se trata de uma conversação pastoral, podemos elencar alguns aspectos que lhe são próprios: "é uma conversação não psicológica", pode ser visto como "o contato espiritual mais concreto entre duas pessoas", "uma das formas em que Cristo mantém o seu diálogo com o mundo até a consumação dos séculos" e como "uma conversação estranha [...] determinada por um terceiro elemento (Deus), que está presente onde dois ou três se reúnem em seu nome."[3] A presença de Deus, através do Espírito Santo, é fundamental em qualquer diálogo pastoral. Como pessoas cristãs, confiamos que Ele é o Deus vivo no meio de nós, o que nos acompanha no nosso labor diário.

Quando queremos conceituar aconselhamento pastoral, podemos pesquisar e nos damos conta de que há diferentes conceitos de aconselhamento, há diferentes livros - quase todos uma tradução para o português - vindos dos EUA, que também influenciaram e influenciam a

---

1 OLIVEIRA, Roseli Margareta Kühnrich de. **Cuidando de quem cuida:** um olhar de cuidados aos que ministram a Palavra de Deus. 4. ed. revista. Joinville, SC: Grafar, 2012. p. 31.

2 FABER, Heije; SCHOOT, Ebel Van Der. **A prática da conversação pastoral**. São Leopoldo: Sinodal, 1985. p. 4.

3 FABER e SCHOOT, 1985, p. 131-133.

nossa forma de pensar e trabalhar no contexto brasileiro. Vamos dar uma breve olhada principalmente nas teorias de Howard Clinebell e Gary Collins. Essas são as teorias mais usadas, mesmo sendo de linhas de pensamento diferentes.

A obra mais conhecida do norte-americano Howard Clinebell no Brasil é o livro *Aconselhamento Pastoral, Modelo centrado em libertação e crescimento*. Para este autor, aconselhamento pastoral é desenvolvido pela utilização de uma extensa variedade de métodos de cura (também conhecidos como métodos terapêuticos). Dessa forma se auxilia as pessoas a lidarem com seus problemas e crises. O resultado esperado deve ser o de crescimento pessoal e a experiência de cura de seus quebrantamentos. Clinebell afirma que o aconselhamento não cumpre uma função reparadora necessária quando o crescimento pessoal não ocorre como devido, pois está seriamente comprometido ou bloqueado pelas crises.[4] Aqui podemos lembrar o que nos referimos acima ao falarmos de "cura d'alma".

Numa fala de Clinebell:

Muitas pessoas que procuram a ajuda de uma pastora não fazem parte de nenhuma igreja ou de qualquer outra comunidade de assistência. São as pessoas solitárias e alienadas em nossa sociedade, cuja necessidade de assistência é aguda. Menos óbvias, porém muitas vezes não menos dolorosas, são as necessidades das pessoas 'perdidas dentro de si mesmas em nossas próprias congregações'.[5]

Ou seja, ele entende o aconselhamento não só como um atendimento para as pessoas da congregação, mas também para pessoas de fora dela, que necessitam de cuidado e, muitas vezes, não tem a quem recorrer. Também nos chama a atenção as pessoas que se encontram em nossas comunidades e estão sem rumo. Em uma outra fala dele, referindo-se à contemporaneidade, ele fala sobre o individualismo presente em nossa época e o papel da igreja:

O aconselhamento pode ser instrumento de cura e crescimento na medida em que nos ajuda a desenvolver o mais difícil de conseguir na época em que vivemos: relacionamentos profundos. A maioria de nós pode identificar-se com a dor do pastor que disse a seu psicoterapeuta: "Minha vida se caracteriza por uma superabundância de contatos e uma pobreza de relacionamentos." Esta é a peste comum que ameaça a criatividade de cada um de nós em nossa cultura orientada para a superficialidade interpessoal.

---

4 CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento pastoral**: modelo centrado em libertação e crescimento. 6. ed. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2016. p. 25.

5 CLINEBELL, 2016, p. 45.

Esta é a praga que milita contra o contínuo renascimento de uma igreja como um organismo social redentor, impedindo-a de tornar-se um lugar donde as pessoas experimentam transformação. É isso que impede uma igreja de ser um posto de salvamento, engajado em resgatar pessoas de muitas formas de quebrantamento existentes na sociedade.[6]

Clinebell é conhecido, em nosso contexto, como um autor com ideias mais liberais, mas com uma profunda e densa reflexão sobre o tema do aconselhamento.

Gary Collins é outro norte-americano que influenciou a forma de pensar aconselhamento em nosso contexto. Sua obra mais conhecida aqui no Brasil é o livro *Aconselhamento Cristão, Edição século 21*.

A partir da concepção de Collins, podemos afirmar que aconselhamento pastoral e aconselhamento cristão são entendidos como sinônimos.[7] Mesmo assim, ele define o aconselhamento pastoral como uma ordenança bíblica,[8] uma das áreas mais especializadas do cuidado pastoral, que ajuda as pessoas de forma individual ou grupal a lidarem com as situações difíceis da vida, de forma coerente com os ensinamentos bíblicos. Ele define o objetivo do aconselhamento como:

O objetivo do aconselhamento é dar estímulo e orientação às pessoas que estão enfrentando perdas, decisões difíceis ou desapontamentos. (...) O aconselhamento cristão procura levar as pessoas a ter um relacionamento pessoal com Jesus Cristo, ajudando-as, assim, a encontrar perdão e a se livrar dos efeitos incapacitantes do pecado e da culpa. O objetivo final do cristão é ajudar os outros a se tornar discípulos de Cristo e a discipular outras pessoas.[9]

É um ministério exercido por um pastor ordenado ou pastora ordenada, mas, também, pode ser exercido por cristãos zelosos e cristãs zelosas sensíveis, sejam ordenados e ordenadas ou não ao pastorado.[10]

A obra de Collins, que está composta em diferentes formas de aconselhamento, pensado para cada público específico - que pode ser até visto como um manual de aconselhamento cristão por muitos pesquisadores - é tida como uma visão mais conservadora e evangelical, principalmente por enfatizar com mais força o uso da palavra de Deus e a conversão no processo de cuidado.

---

6 CLINEBELL, 2016, p. 15.
7 COLLINS, Gary R. **Aconselhamento cristão**: edição século 21. São Paulo: Vida Nova, 2004. p. 17.
8 COLLINS, 2004, p. 16.a
9 COLLINS, 2004, p. 17.
10 COLLINS, 2004, p. 17.

Essas foram algumas pinceladas de formas humanas e acadêmicas de pensar e refletir sobre o aconselhamento pastoral. Porém, quero trabalhar brevemente um modelo do próprio Jesus de Nazaré, que nos auxilia a entender como podemos realizar um aconselhamento adequado, seguindo seus passos.

Vamos ao texto do Caminho de Emaús: Lucas 24, 13-34

"Nesse mesmo dia, dois discípulos iam para um povoado, chamado Emaús, distante onze quilômetros de Jerusalém. Conversavam a respeito de tudo o que tinha acontecido. Enquanto conversavam e discutiam, o próprio Jesus se aproximou, e começou a caminhar com eles. Os discípulos, porém, estavam como que cegos, e não o reconheceram. Então Jesus perguntou: «O que é que vocês andam conversando pelo caminho?» Eles pararam, com o rosto triste. Um deles, chamado Cléofas, disse: «Tu és o único peregrino em Jerusalém que não sabe o que aí aconteceu nesses últimos dias?» Jesus perguntou: «O que foi?» Os discípulos responderam: «O que aconteceu a Jesus, o Nazareno, que foi um profeta poderoso em ação e palavras, diante de Deus e de todo o povo. Nossos chefes dos sacerdotes e nossos chefes o entregaram para ser condenado à morte, e o crucificaram.

Nós esperávamos que fosse ele o libertador de Israel, mas, apesar de tudo isso, já faz três dias que tudo isso aconteceu! É verdade que algumas mulheres do nosso grupo nos deram um susto. Elas foram de madrugada ao túmulo, e não encontraram o corpo de Jesus. Então voltaram, dizendo que tinham visto anjos, e estes afirmaram que Jesus está vivo. Alguns dos nossos foram ao túmulo, e encontraram tudo como as mulheres tinham dito. Mas ninguém viu Jesus.»

Então Jesus disse a eles: «Como vocês custam para entender, e como demoram para acreditar em tudo o que os profetas falaram! Será que o Messias não devia sofrer tudo isso, para entrar na sua glória?» Então, começando por Moisés e continuando por todos os Profetas, Jesus explicava para os discípulos todas as passagens da Escritura que falavam a respeito dele.

Quando chegaram perto do povoado para onde iam, Jesus fez de conta que ia mais adiante. Eles, porém, insistiram com Jesus, dizendo: «Fica conosco, pois já é tarde e a noite vem chegando.» Então Jesus entrou para ficar com eles. Sentou-se à mesa com os dois, tomou o pão e abençoou, depois o partiu e deu a eles. Nisso os olhos dos discípulos se abriram, e eles reconheceram Jesus. Jesus, porém, desapareceu da frente deles.

Então um disse ao outro: «Não estava o nosso coração ardendo quando ele nos falava pelo caminho, e nos explicava as Escrituras?» Na mesma hora, eles se levantaram e voltaram para Jerusalém, onde encontraram os Onze, reunidos com os outros. E estes confirmaram: «Realmente, o Senhor ressuscitou, e apareceu a Simão!»"

Neste texto, em especial, há aspectos bem importantes para o fazer aconselhamento pastoral. Retomando o texto, vamos trabalhar alguns aspectos fundamentais que o próprio Jesus nos indica:

1º passo - Ir ao encontro: Se me disponho a trabalhar com visitação ou aconselhamento pastoral, tenho de estar disposto, em primeiro lugar, em ir ao encontro de outras pessoas. Não esperar o convite de vir, mas me botar a caminho.

O exemplo de Jesus, no caminho de Emaús, é o exemplo de alguém que vem. Ele não é esperado, não foi convidado, Ele simplesmente vem e chega no momento certo, no momento de necessidade e se junta aos dois andantes.

No caso de capelanias cristãs, isso fica um pouco óbvio. Se quisermos fazer visitação, aconselhamento pastoral, somos nós que temos de ir ao encontro das pessoas em presídios ou hospitais. Ao chegar na presença da pessoa que quero visitar, devo cumprimentar, dizer quem eu sou e da parte de quem eu venho, para que a pessoa consiga identificar quem quer falar com ela.

2º passo - Caminhar junto: Seguindo o exemplo do caminho de Emaús, depois de ir ao encontro dos dois discípulos, Jesus se propõe a caminhar com eles.

Isso não quer dizer que temos de caminhar com quem vamos visitar. Quer dizer acompanhá-los. Tentar sentir como a pessoa está naquele momento. Deixar a pessoa perceber que estamos ali com tempo e que realmente queremos fazer isso. Que estamos dispostos para conversar e passar um tempo com ela.

Num primeiro momento dessa caminhada, o nosso parceiro de conversa vai tentar ver em que chão ele está pisando. Vai tentar ver quem somos, o que queremos e se ele está disposto a caminhar conosco ou não. É o momento de tentar achar coisas que temos em comum, pois precisamos de afinidades para poder fazer a caminhada juntos. É o momento de quebrar o gelo e tentar aproximação.

3º passo - Ouvir com atenção: Jesus caminha com eles e nos mostra o passo seguinte, o de ouvir com muita atenção.

Jesus pergunta sobre o que eles estavam falando e a resposta deles é a história de sobre o que aconteceu a Jesus, o nazareno. Ninguém melhor que Jesus conhece toda a história, mas Ele os ouve com atenção até o final, sem os interromper, pois naquele momento eles contam a sua versão da história a Ele. Eles dão o andamento ao tema que desejam falar e o desenvolvem, livremente.

Quando vamos visitar alguém, até já podemos ter algumas informações antes, ou ter ouvido alguma coisa sobre a pessoa, mas para a visitação

geralmente é importante eu me despir dos preconceitos e pré-julgamentos que tenho antes de chegar ao encontro. Devemos ir com o coração aberto e com uma curiosidade saudável, pois essa é fundamental para que uma conversação, ou aconselhamento, possa fluir bem.

O que é uma curiosidade saudável? Uma curiosidade saudável é aquela que se interessa pelo que a outra pessoa tem a contar. O tema da conversa deve ser definido por ela. Nós estamos ali, num primeiro momento, para ouvir. Ela vai nos contar o que lhe aflige naquele momento e o quanto isso a deixa preocupada ou aflita. A nossa curiosidade pode auxiliar no sentido que podemos ajudá-la a formular seus pensamentos e assim ordenar as suas ideias, com pequenas intervenções ou perguntas.

Um termo usado no aconselhamento pastoral é *espelhar* a outra pessoa. Como podemos espelhar alguém? Nós podemos espelhar alguém no seguinte sentido: quando ouvimos a outra pessoa nos contando algo, formulamos o que estamos entendendo e podemos devolver para ela o que ela nos disse. É como se fossemos um espelho na frente da outra pessoa que lhe devolvemos o que ela diz, mas formulado de uma maneira diferente. Isso mostra, por um lado, se estamos entendendo direito o que ela quer nos dizer, e por outro lado, lhe dá uma nova forma de ver a situação, ouvindo de nós o que ela nos disse. Isso auxilia a verificar se é isso mesmo que a pessoa aconselhada está pensando e querendo dizer.

O ouvir empaticamente, ou com muita atenção, é fundamental num aconselhamento. Nada mais chato do que quando estamos contando algo a alguém e temos a impressão de que esse alguém não está prestando atenção em nossa história. Isso faz com que a pessoa que estamos aconselhando perca o interesse na conversa e esta não flua mais como desejado. Empatia é tentar nos colocar no lugar do outro. Isso faz com que consigamos nos aproximar dele e nos ajuda a entender pelo que ele está passando. Nunca saberemos exatamente como é se não passarmos pela mesma situação que a outra pessoa relata, mas podemos tentar ter uma ideia do que isso possa ser se tentarmos nos colocar no lugar da outra pessoa.

4º passo - Entender e ajudar a entender: Conseguir entender o que a outra pessoa quer nos dizer, assim como Jesus ouviu pacientemente o que os dois tinham para contar para depois ajudá-los a entender o que realmente se passou.

"Às vezes, eu até ouço as pessoas, mas não as entendo." Ou como diz o ditado: "eu ouço, mas não escuto." Ou seja, entra num ouvido e sai no outro. Ouvir e escutar alguém vai muito além da fala. O próprio corpo tem toda uma linguagem própria. A observação do corpo do nosso companheiro de conversa é uma parte do escutá-lo. O corpo fala, muitas vezes, o que os lábios não conseguem expressar. Uma lágrima, um sorriso forçado, podem

falar muito mais do que muitas palavras ditas. Palavras conseguimos formular e dizer como nos convém, mas nossos sentimentos dificilmente conseguimos controlar.

No aconselhamento pastoral é fundamental aceitar o que o outro nos conta sem logo julgar se é certo ou errado. Isso é uma tendência muito forte entre nós cristãos. Na visita nós estamos ali como irmãos ou irmãs em Cristo, como iguais, também como pecadores que todos somos, e estamos ali para caminhar um trecho da estrada com a pessoa que está conosco, nunca esquecendo que somos seres humanos, e que, como tais, somos santos e pecadores simultaneamente. Que todos nós tropeçamos e caímos em algum momento e igualmente carecemos da graça de Deus.

As histórias podem ser confusas e as pessoas, por vezes, podem não ter todas as informações que necessitam para a sua análise do que ocorreu. Assim como Jesus ajuda os dois amigos a entender a situação, explicando o porquê dos acontecimentos e que tudo aquilo fazia sentido, mesmo que eles não o entendiam naquele momento, também nós somos desafiados a ajudar as pessoas a entender o que se passa quando elas não conseguem ver com clareza os fatos.

5º passo - Seguir: Se percebermos que estamos dispostos e a pessoa que acompanhamos precisa de mais atenção e cuidado, como podemos seguir em frente?

É importante reconhecer qual é o real problema que envolve a pessoa que acompanhamos. Ela tem problemas familiares? Ela está de luto? Está desempregada? Qual é o problema afinal? É importante reconhecermos qual é o ponto que está queimando naquele momento para que se possa focar a conversa naquilo, para que o aconselhamento não se torne um bate-papo banal. Se conseguimos focar no real problema, ajudamos a pessoa no seu processo de passar ou resolver ele.

Como aconselhadores pastorais, não devemos adotar o problema de quem acompanhamos como se fosse nosso problema. Devemos tomar o cuidado de não assumirmos e não tentarmos resolver o problema da outra pessoa. O problema dela pertence a ela, e é ela que terá de resolvê-lo. Nós podemos estar do lado da pessoa e acompanhá-la, mas não queremos e não devemos anulá-la pelo fato de assumir suas coisas. As pessoas adultas possuem responsabilidade pela sua vida e são capazes de resolver também seus problemas, mesmo que precisem de nossa ajuda.

6º passo - Ficar: Muitas vezes é importante ficarmos mais tempo juntos. Jesus fez menção que iria adiante, mas os discípulos insistiram com Ele para ficar e passar a noite com eles.

Pessoas que estão em crise, estão enfermas, estão na prisão, ou que vivem o seu luto pela perda de alguém, muitas vezes, precisam de um

acompanhamento mais prolongado. Por exemplo: Quando estamos de luto, precisamos - como os discípulos de Emaús - contar a nossa história de perda sempre de novo e de novo. Precisamos falar sobre a pessoa que perdemos. Precisamos trabalhar a dor que sentimos e o alívio só vem se podemos externar o que sentimos. Através da fala conseguimos ordenar minhas ideias e descobrir novas perspectivas de vida. Isso também vale para outras pessoas que estão em momentos difíceis de suas vidas.

O ficar, muitas vezes, também é ficar em silêncio, sem ter o que dizer e sem precisar dizer nada. Mas ficar junto, ficar do lado de quem sofre e necessita de cuidado, tem uma importância fundamental.

7º passo - Soltar: Quando chegar a hora certa, devemos saber soltar e ir.

Num processo de acompanhamento não queremos prender ninguém a nós. O objetivo não é esse. Não queremos criar dependência, e sim ajudar o outro a ficar tão independente quanto possível e deixá-lo seguir a sua vida.

No processo de aconselhamento devemos sempre chegar a uma determinada hora de soltar o outro e deixar ele caminhar sozinho novamente. Esse momento é quando percebemos que se chegou num determinado ponto onde a situação está de um jeito que a pessoa pode caminhar adiante sozinha.

Encerrar processos de acompanhamento podem ocorrer de diferentes maneiras. A maneira que Jesus achou, no texto do caminho de Emaús, foi o de celebrar juntos, de partir o pão juntos, de dividir a mesma mesa. Ou seja, um momento de intensa espiritualidade, uma festa sacramental, onde se tem a certeza de que Deus está conosco, no partir do pão e no repartir do vinho. Esta é com certeza uma forma bonita de encerrar um processo comunicativo e de cuidado. Uma alternativa, de encerrar um processo de aconselhamento, é termos juntos um momento de oração a Deus.

8º passo - Levantar: E como último ponto, levantar e seguir o seu caminho. Jesus segue o seu caminho, desaparecendo do local e os discípulos retomaram a estrada e voltaram ao seu grupo, que os recebeu novamente e os integra na vida normal.

Cada um dos parceiros que passou por um tempo de aconselhamento, de acompanhamento, de cuidado, levanta-se e segue pelo seu caminho. A pessoa que necessita de acompanhamento está estável o suficiente para seguir em frente, e o aconselhador pastoral está pronto para um novo encontro com a próxima pessoa que precisa da sua atenção, do seu cuidado e da sua companhia.

Quase não nos referimos diretamente às capelanias cristãs. Mas todo esse processo de aconselhamento tem em vista também as capelanias. Como vimos no texto de Mateus 25, somos desafiados, como pessoas cristãs, a ir ao encontro e cuidar das pessoas mais necessitadas. Em especial, queremos

destacar as pessoas enfermas e as prisioneiras. Há uma sede de aconselhamento pastoral, tanto nos hospitais, quanto nas prisões. São dois ambientes onde as pessoas estão em uma crise profunda e estão ansiosas por ajuda, por alguém que as valorize como seres humanos criados à imagem e semelhança de Deus, alguém que as escute e caminhe com elas pelas partes mais sombrias que precisam atravessar.

As dúvidas, os medos, a culpa, estão presentes nos ambientes hospitalares e prisionais. Esses sentimentos geram uma angústia tremenda e uma necessidade de partilhar com outras pessoas tudo o que se está pesando, o que faz a alma doer. Pela nossa experiência, tanto num como no outro ambiente citado, há necessidade de aconselhamento e de perdão. Esse seria mais um tema que poderíamos conversar por horas, mas o importante aqui é ter presente que o tema do perdão pode surgir e deve ser levado a sério nas capelanias cristãs.

O processo de aconselhamento pastoral não se restringe a distribuir conselhos, respostas, sugestões e soluções, mas ajudar a entender a situação vivida e a encontrar saída para o problema. "Tem a função de empoderar a pessoa a identificar o problema que a aflige e a encontrar recursos dentro de si mesmos e no seu relacionamento com Deus para 'solucionar' tais aflições."[11]

Lothar Carlos Hoch sai do pressuposto de que o aconselhamento é uma "arte" e como "arte"

[...] consiste em oportunizar relações significativas com as pessoas atendidas de modo que elas, experimentando uma nova forma da relação interpessoal, sejam capazes de adquirir consciência dos modelos opressivos de interação a que estejam submetidas e, aos poucos, ensaiar novos modelos de relacionamento.[12]

O relacionamento entre a pessoa aconselhadora e a pessoa aconselhada ganha um destaque especial. Um relacionamento saudável com o outro proporciona, assim, formas de mudar a sua forma de se relacionar. Outro aspecto é a solidariedade. O estar e caminhar junto com a outra pessoa em seus tempos de sofrimento. Assim, Hoch afirma:

O genuíno Aconselhamento Pastoral se dá sob o signo da cruz. Aconselhamento Pastoral sob o signo da cruz é o exercício da solidariedade

---

11 BLASI, Marcia; HERBES, Nilton Eliseu. **Introdução ao aconselhamento pastoral**. São Leopoldo, RS: EST, 2018. p. 13.

12 HOCH, Lothar Carlos. A comunicação como chave do Aconselhamento Pastoral. In.: HOCH, Lothar Carlos; NOÉ, Sidnei Vilmar (Orgs.). **Comunidade terapêutica**: cuidando do ser através de relações de ajuda. São Leopoldo, RS: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2003. p. 96.

na fraqueza. Aconselhamento cristão é o ato de permanecer ao lado do outro na mais profunda escuridão, sem apelar para soluções mágicas, mas trazer perante Deus tanto a dor e a fraqueza do outro quanto a minha própria impotência.[13]

A relação de aconselhamento deve ser de diálogo, não de discurso ou pregação. O aconselhamento não tem a intenção de oferecer soluções prontas ou preconcebidas. O aconselhamento se dá na procura por pistas alternativas para uma situação determinada de sofrimento, estimulando assim a comunicação e o inter-relacionamento pessoal terapêutico.[14]

Um trabalho como o de acompanhamento, de cuidado ou de aconselhamento pastoral é de fundamental importância dentro das comunidades cristãs. No estar do lado, no caminhar junto, fazemos visível o amor fraterno que existe dentro de uma comunidade. Como pessoas cristãs somos chamadas e desafiadas a nos pôr à disposição de Deus para a construção de Seu Reino. Pôr-se à disposição é deixar Deus agir no meio do seu povo através de nós.

O amor fraterno nos chama a ajudar a carregar as cargas uns dos outros, nos chama para ir ao encontro dos que mais necessitam. Se sempre falamos ou ouvimos falar do amor ao próximo, no acompanhamento podemos experimentar o que é isso de forma muito real. Pois, é no ir ao encontro da outra pessoa que eu encontro os mais necessitados, os que mais precisam de ajuda, os pequeninos de Deus.

O caminho de Emaús – onde Jesus é o conselheiro – pode ser motivação para nós como comunidade, como igreja, como pessoas religiosas, e pode ser modelo a ser seguido. Que possamos ver esse texto como desafio e motivação para o nosso agir dentro e para fora de nossas comunidades cristãs de filhos e filhas de Deus.

Há desafios para pensar capelanias, para implantar capelanias e desenvolver bons trabalhos em nosso contexto. Como igrejas cristãs, somos desafiados a encarar isso como um desafio que nos é posto e, motivados pela nossa fé, devemos levar o evangelho de forma viva às pessoas que mais precisam dele, para que assim possam experimentar no nosso agir, o agir de Deus em favor dos mais necessitados, dos pequeninos de Deus.

---

13 HOCH, Lothar. Carlos; HEIMANN, Thomas (Orgs.). **Aconselhamento Pastoral e espiritualidade**. Anais do VI simpósio de Aconselhamento e Psicologia Pastoral. São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2008.

14 HOCH, 2003, p. 99.

Referências

BLASI, Marcia; HERBES, Nilton Eliseu. Introdução ao aconselhamento pastoral. São Leopoldo, RS: EST, 2018.

CLINEBELL, Howard J. Aconselhamento pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento. 6. ed. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2016.

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

FABER, Heije; SCHOOT, Ebel Van Der. A prática da conversação pastoral. São Leopoldo: Sinodal, 1985.

HOCH, Lothar Carlos. A comunicação como chave do Aconselhamento Pastoral. In.: HOCH, Lothar Carlos; NOÉ, Sidnei Vilmar (Orgs.). Comunidade terapêutica: cuidando do ser através de relações de ajuda. São Leopoldo, RS: Escola Superior de Teologia, Sinodal, 2003.

HOCH, Lothar. Carlos; HEIMANN, Thomas (Orgs.). Aconselhamento Pastoral e espiritualidade. Anais do VI simpósio de Aconselhamento e Psicologia Pastoral. São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2008.

OLIVEIRA, Roseli Margareta Kühnrich de. Cuidando de quem cuida: um olhar der cuidados aos que ministram a Palavra de Deus. 4. ed. revista. Joinville, SC: Grafar, 2012.

Diferenciando capelania e visitação hospitalar

Rosângela Beatriz Hünemeier Hessel
Nilton Eliseu Herbes

Resumo: A capelania tem papel significativo na vida da pessoa hospitalizada. O artigo traz a diferenciação que existe entre Visitação Hospitalar e a Capelania. Cada uma exerce e faz a diferença na vida da pessoa que é acompanhada pelo profissional. O que se percebe é que a atuação direta de um profissional dentro de um hospital como capelão ou capelã consegue estar ainda mais próximo da pessoa que se encontra enferma. A visitação hospitalar ocorre por uma pessoa já conhecida pela pessoa doente, pois faz parte da sua Comunidade Eclesiástica, fazendo com que o diálogo seja a continuação da sua história. Diferente na capelania que será estabelecido o primeiro contato. E este ainda poderá acompanhar as pessoas que se encontram ao lado do ou da paciente, bem como funcionários e funcionárias da instituição. Respeitando sempre a religiosidade de cada pessoa e vivendo a espiritualidade e individualidade de cada paciente.

Palavras-chave: Capelania. Visitação Hospitalar. Espiritualidade.

1 Introdução

Essa pesquisa tem a intenção de refletir sobre a importância da capelania no contexto hospitalar e o que a diferencia da visitação pastoral às pessoas internadas, assim como normalmente acontece no trabalho pastoral. Especificamente, vamos estudar como a capelania hospitalar pode ajudar na ritualização da vida, quando a doença, de repente, chega e a rotina muda. A pessoa que antes tinha uma vida autônoma agora encontra-se doente, hospitalizada. E vai passar por diversos momentos. Como ritualizá-los?

Portanto, a pesquisa quer se ocupar com o específico de uma capelania hospitalar na sua diferenciação com a visitação pastoral hospitalar. Qual é, no caso, o específico da contribuição de uma capelania hospitalar? Como ela pode auxiliar no bem-estar do paciente internado e de sua família? Que alternativas ela oferece que a visitação pastoral hospitalar não oferece?

A visitação pastoral no hospital é uma atividade que faz parte do pastorado. As pessoas que estão vinculadas à Comunidade na qual o pastor, a pastora atua, recebem a visita quando estão hospitalizados. É uma visita que ocorre num determinado momento da semana. Não se consegue ter um acompanhamento mais integral pois são inúmeras as atividades na Comunidade e cada qual exige envolvimento e preparo. Já o capelão, que atua apenas no hospital, vinculado profissionalmente ao mesmo, tem a possibilidade de visitar mais de uma vez a pessoa internada ao longo da semana. Consegue estar próximo dos funcionários e das funcionárias que atuam no hospital, inclusive da família da pessoa internada. É inegável que a capelania consegue chegar mais perto de várias pessoas: paciente, sua família, funcionários da instituição. Também estas pessoas trazem suas dores e sofrimentos. Tudo isto será abordado na pesquisa que tem, como objetivo, analisar a relevância e diferença da capelania hospitalar, seu alcance, se a compararmos com a visitação pastoral.

Na atuação integral da capelania hospitalar lhe permitirá observar melhor as necessidades que existem neste ambiente. O seu olhar de cuidado para com todas as pessoas que sofrem. Hospital é lugar onde há muita dor. Mas, claro, também é lugar de alegria; por exemplo, quando nasce uma criança, o filho ou a filha que tanto se esperava; ou quando a cirurgia é bem-sucedida. Mas nem sempre esta dimensão da "alegria" é percebida pelas pessoas. Não vamos esquecer que, ao lado das pessoas internadas, encontramos os e as acompanhantes, que percebem a dor do seu familiar ou pessoa amiga de forma diferente. Às vezes, cansados, exaustos, dias só dormindo no sofá, não se alimentando bem... Também para estes e estas, que cuidam, o capelão ou a capelã poderá ser ouvido empático, solidário, acolhedor e dar-lhes do seu tempo de forma generosa – o que não é o caso da visitação hospitalar assim como ela normalmente acontece – realizado pelo pastor ou pela pastora da comunidade, eventualmente por pessoas voluntárias.

Nesta pesquisa, a partir da classificação de Antônio Carlos Gil, a presente pesquisa é de natureza básica e qualitativa do ponto de vista da abordagem do problema. Em relação aos objetivos, trata-se de uma investigação exploratória e descritiva que adotará, quanto aos procedimentos técnicos, à pesquisa bibliográfica.15.

---

15 GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 207.

2 A diferenciação da Capelania e Visitação Hospitalar

Para abordar teoricamente o tema e a diferença entre capelania e visitação pastoral no contexto hospitalar, esta pesquisa partirá da reflexão de Howard Clinebell na obra Aconselhamento Pastoral.16 O autor aborda a importância de estar próximo das pessoas que estão hospitalizadas. É papel importante no trabalho pastoral. A visitação pastoral no hospital faz parte do ministério eclesiástico. Visitar o doente é o que Jesus ensina em Mateus 25.36: "Eu estava enfermo e me visitaste."17 É, portanto, função de todos os cristãos e cristãs ir ao encontro de pessoas que estão sofrendo e padecendo. "Visitas no hospital deveriam ter alta prioridade na agenda do pastor, porque o põem em contato com pessoas em crise."18

Nem sempre é possível estar presente junto às pessoas que estão doentes. Pois existe uma demanda de trabalho no campo eclesiástico que não permite uma participação mais intensa na vida das pessoas hospitalizadas.

O autor Rodolfo Gaede Neto destaca a importância da ritualização, estar junto às pessoas nos momentos de passagens de sua vida:

Um desafio para a Igreja dos tempos atuais é resgatar uma liturgia do cuidado. Essa deve ter o rito como base, ou seja, a ritualização das passagens. As pessoas tem necessidade de celebrar a passada de uma situação a outra: do estado de saúde para uma internação hospitalar ou vice-versa.[19]

Tudo isto é trazer para perto das pessoas enfermas o cuidado de Deus, testemunhando-lhes, pelo rito, a presença de Deus também nos momentos de sofrimento que a vida tem, ou quando da superação do sofrimento (a volta para casa, o sucesso da cirurgia).

É claro que "todo mundo precisa de mais assistência e nutrição quando está em apuros."20 E é o olhar de um capelão ou de uma capelã que está no hospital de forma integral, que melhor poderá perceber estes apuros e necessidades.

Mas a pessoa que assume essa função precisa estar preparada para esse trabalho. O seu compromisso será visitar as pessoas internadas e todas as

---

16 CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento Pastoral**: Modelo centrado em libertação e crescimento. São Leopoldo: Editora Sinodal, 2007.

17 BÍBLIA de Estudo Almeida. Barueri, SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 1999.

18 CLINEBELL, 2007, p. 189.

19 GAEDE NETO, Rodolfo. Implicações para as relações de cuidado. In: HOCH, Lothar Carlos; ROCCA, Susan M. (Orgs.). **Sofrimento, resiliência e fé**: implicações para as relações de cuidado. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2007. p. 69.

20 CLINEBELL, 2007, p. 179.

demais, envolvidas com o paciente (familiares, acompanhantes, funcionários e funcionárias do hospital). Para isto, claro, exige-se preparo, para colocar-se à disposição de todas as pessoas envolvidas com um ouvido empático e solidário.

Assim, como Maria Luiza Rückert escreveu:

A capelania hospitalar consiste num ministério de apoio, aconselhamento pastoral, fortalecimento e consolação, desenvolvido junto aos enfermos e seus familiares bem como aos profissionais da saúde e demais funcionários de uma instituição hospitalar.[21]

A capelania hospitalar é sinal visível do amor de Deus pelas pessoas. É através desse trabalho que pessoas são encontradas em suas necessidades e tem a oportunidade de expressar os sentimentos que carregam na sua vida. É oportunidade de cuidado, de amparo.

2.1 Definindo Visitação Hospitalar

Visitar alguém coloca pessoas em movimento, deslocar-se do seu contexto para ir ao encontro de outra pessoa. Conforme o dicionário Michaelis, visitar significa ir a algum lugar para estar com alguém, com determinado objetivo, como cortesia, sentimento de afeto.[22]

A visitação hospitalar compõe o quadro de atividades no ministério eclesiástico. É uma oportunidade que a Igreja tem de ir ao encontro daquele que sofre no leito de um hospital. A pessoa hospitalizada alegra-se em receber o seu pastor, a sua pastora ou amigos de sua Comunidade Eclesiástica, sente-se importante ao ser lembrada, e que essas pessoas estejam intercedendo por ela.

Visitar, escutar, estar ao lado de pessoas é uma maneira de valorizar o ser humano e a situação que o mesmo vive. É através do encontro que serão possíveis sentimentos de proximidade e familiaridade, bem como comunhão, pois visitar possibilita resgatar da solidão, do afastamento e apatia uma pessoa que espera ser vista e lembrada. Todo ser humano necessita de calor humano e de vínculos. O ser humano necessita do comunitário, pois este lhe é um referencial no mundo. O grupo ou comunidade é de grande importância no

---

[21] RÜCKERT, Maria Luiza. **Capelania hospitalar e ética do cuidado.** Viçosa, MG: Ultimato, 2016. p. 85.

[22] VISITAR. **Michaelis**: Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=visitar>. Acesso em 13 nov. 2019.

desenvolvimento humano. Através da comunhão de crenças e valores com o grupo do qual faz parte, o ser humano orienta sua vida.[23]

Colocar-se a caminho e ir ao encontro daquela pessoa que sofre é viver na prática o que Jesus ensinou: ir ao encontro da pessoa fragilizada, colocar-se ao lado e ouvi-la em seus anseios e em suas necessidades. Estender a mão para a pessoa que está só e que necessita de uma palavra de alento, conforto e consolo. Que seja empático em seu sofrimento e que compreenda o que se passa no coração desta pessoa que se encontra acamada, quem sabe no limite da sua existência e cansada em sua dor.

A visita pastoral é uma expressão de iniciativa pastoral, um meio importante de trazer um ministério de poimênica às pessoas em suas casas e, desta maneira, de identificar pessoas que necessitam de poimênica e aconselhamento e de construir pontes de relacionamento em direção a elas.[24]

Observa-se a importância que a visitação hospitalar tem sobre a pessoa que é procurada em sua necessidade e ainda mais no momento da fragilidade na sua vida. Sendo que a visitação pastoral é uma das tantas atividades que existem dentro do Ministério Eclesiástico. E visita-se apenas as pessoas ligadas à sua denominação religiosa. Por isso, o olhar sobre a atuação específica de uma capelania hospitalar deve ser vista com mais atenção. E o que a Capelania pode oferecer a mais, qual será o seu diferencial no contexto hospitalar?

2.2 Definindo Capelania Hospitalar

A Capelania Hospitalar consiste em ir ao encontro da pessoa hospitalizada. É a prática do aconselhamento pastoral, ouvir o que a pessoa tem a dizer, ter sensibilidade e perceber se ela está a fim de falar da sua situação. Ser poimênico, compreender o que se passa com ela, sem dar respostas prontas. Empatia no diálogo estabelecido e observar os limites, até onde a pessoa deseja ir com o seu diálogo. Colocar-se ao lado da pessoa acamada como instrumento de Deus. Saber-se um ser a serviço da vida de

---

[23] SCHMIDT, Carina Inês. **Ministério da visitação comunitária:** desafios e estímulos. São Leopoldo, 2019. p. 68. *Apud* HAACKE, 2011, p. 11. Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdades EST, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2019. Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR- SlFE/1006/1/schmidt_ci_tmp650. pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

[24] CLINEBELL, 2007, p. 68.

outrem que carece de atenção, ouvido atento, alguém que de fato venha a se interessar na sua história de vida e sua dor que a aflige.

A pastoral hospitalar não quer salvar, nem ser promessa vaga, mas existe para testemunhar a vida querida e presenteada por Deus. Quer ser alegria e esperança junto ao leito hospitalar. Em meio à condicionada, por vezes, dramática e sofrível existência humana, ela vai ao encontro do/a irmão/ã para com ele/a tecer o sonho da *cura*; bordar a ponte do calor e da afeição; abraçar em conjunto a lágrima que brota, sentindo mutuamente o amargo sabor do finito e da despedida. Ainda assim, sempre de novo e com o/a irmão/ã, amar o incompreensível mistério da vida; de abrir-se a ele a partir do raio solar que ilumina a feição do sofrer. Nas trevas da noite, surge a sólida esperança de um novo amanhecer, sem dor, sem sofrer. Assim postula o salmista: "*Ao anoitecer, pode vir o choro, mas a alegria vem pela manhã*" (Sl 30.5).[25]

A Capelania Hospitalar é um braço importante dentro do hospital. É uma ação junto à pessoa próxima; existe uma equipe que se interessa pela pessoa que ali se encontra. Cada profissional interage e juntos conseguem um trabalho mais eficiente. E o capelão e a capelã tem a oportunidade de se dirigir à pessoa doente para ouvi-la em suas angústias e perceber como pode ser instrumento importante no processo de cura ou consolo da pessoa acamada.

O mais importante em tudo isso é ter a sensibilidade de ouvir e de permitir que o doente consiga dizer o que pretende, sem ser atropelado pela necessidade prematura da pastora ou do pastor em lhe trazer consolo. Ouvi atentamente as minhas razões e isso já me será a vossa consolação, afirma Jó, alguém indiscutivelmente experimentado pelo no sofrimento.[26]

Enfim, a Capelania traz um diferencial importante dentro do contexto hospitalar para a pessoa que ali necessita de ajuda e cuidados. As diferentes áreas são fundamentais para o cuidado integral do ser humano doente e fragilizado em suas limitações. "Como parte da equipe hospitalar, cabe à Capelania atuar de forma integrada e multidisciplinar no acompanhamento aos enfermos e seus familiares e nos projetos da instituição.27

O olhar da equipe multidisciplinar está voltado ao paciente de forma integral. Não se cuida apenas da doença, da dor, mas se vai além. Cabe à

---

25 HOEPFNER, Daniel; HOCH, Lothar Carlos. **Fundamentos bíblico-teológicos da Capelania Hospitalar:** uma contribuição para o cuidado integral da pessoa. 2008. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2008. p. 107. Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SlFE/604/1/hoepfner_d_tm177.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

26 HOCH, Lothar. Acompanhamento pastoral a moribundos e enlutados. *In*: MOLZ, Cláudio; WEHRMANN, Guenter F. K. (Coord.). **Proclamar Libertação**: Ofícios – Suplemento 2. São Leopoldo: Sinodal 1988. p. 58.

27 RÜCKERT, 2016, p. 88.

capelania ouvir o que mais a pessoa traz consigo. Quais as cargas que pesam em seus ombros e o que a atormenta além da doença física. Assumir com sensibilidade e amor o papel da capelania neste contexto de tantos sentimentos é seguir os ensinamentos deixados pelo próprio Cristo.

3 A importância da Capelania Hospitalar

Como a Capelania pode ajudar e ser uma ferramenta importante no processo de cura do enfermo hospitalizado? A pessoa que assume essa missão no contexto hospitalar como capelão ou capelã sabe que possui um papel importante junto com a equipe de saúde e conhece o motivo da sua atuação. Ir ao encontro daquele que está acamado, que traz consigo sua história e que precisa ser ouvido além das suas dores físicas. Assim, como Deolindo Feltz escreve:

A capelania hospitalar pode ser definida como um conjunto de ações de cunho religiosos desenvolvidas num ambiente hospitalar. A perspectiva é que a assistência espiritual prestada por meio dessas ações venha a se constituir num instrumento de ajuda ao paciente, ao familiar ou mesmo ao funcionário para o enfrentamento da doença e de seu processo.[28]

Quem assume a Capelania precisa estar preparado e qualificado para essa significativa missão. Além de ir ao encontro da pessoa que está fragilizada em sua dor, tem a possibilidade de ouvir a sua história e a partir dali ajudar no processo de cura. Saber que a capelã e o capelão são instrumentos de Deus, e através da sua inserção estarão anunciando consolo, compreensão, ouvido empático, sem julgamentos, e por vezes, o anúncio do perdão de pecados. Ter grande sensibilidade e observar os sinais que se manifestam, por exemplo, a leitura de um texto bíblico que pode ser solicitado pela pessoa doente, uma oração ou momentos de silêncio, o fato de ter alguém do seu lado já lhe traz tranquilidade e segurança, um gesto da manifestação do amor de Deus.

Cabe ao serviço da capelania levar conforto em horas de angústia, incerteza, aflição e desespero, e compartilhar o amor de Deus por meio de atitudes concretas: presença, silêncio, gestos, palavras, orações, textos bíblicos, música, celebrações litúrgicas, o sacramento da Ceia do Senhor. A capelania faz-se presente, também, nos momentos de alegria, quando há vitórias a serem celebradas, momentos significativos a serem festejados.[29]

---

28 FELTZ, Deolindo. **Câncer e espiritualidade:** sofrimento e ajuda. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2018. p. 70.

29 RÜCKERT, 2016, p. 85.

É graça de Deus poder estar ao lado da pessoa hospitalizada neste momento da sua vida. Nas horas de dificuldades e sofrimentos, quando a vida parece estar desestruturada, quando o corpo geme. E, também, nos momentos de alegrias quando do nascimento de um filho, uma filha. Da cirurgia bem-sucedida, da esperança de dias melhores.

Jesus, aquele que ensinou o amor incondicional, cuidou e amparou muitas pessoas em suas dificuldades. Ele compreendeu as pessoas em sua integralidade. Certa ocasião, o seu discípulo Simão Pedro o indagou: "Senhor, a quem iremos?" (João 6.68-69). Conforme Maria Luiza Rückert:

Também nós, como Pedro, perguntamos: para quem iremos? Com quem buscaremos alívio para a nossa dor, cura, sentido de vida, forças para prosseguir? Como Pedro, também nós sabemos que só ele, Jesus, tem palavras e gestos de vida eterna. Pela graça de Deus, cabe à Capelania Hospitalar ser um canal por onde fluem tais palavras e gestos de vida eterna que aprendemos com Jesus.[30]

A capelã ou o capelão, além das atribuições de ir ao encontro do ou da paciente internado, precisa dialogar e acompanhar profissionais de saúde quando da comunicação de notícias dolorosas. Ouvir, colocar-se ao lado dos familiares do paciente internado; ter um momento de reflexão, meditação com o corpo clínico e um olhar voltado para o todo do hospital. Diferente da Visitação Hospitalar que ocorre de forma pontual e destinada para algumas pessoas, somente para aquelas que fazem parte da Comunidade Eclesiástica onde participa.

Assim, a capelania hospitalar "resgata a relevância de profissionais aptos para trabalharem questões mais profundas que extrapolam a dimensão física como a espiritualidade, o sentido da vida e o temor da morte."31

O profissional que assume a capelania irá atuar em parceria com os profissionais da saúde. Ou seja, "a capelania hospitalar trabalha em consonância com o discurso médico e com os demais profissionais da saúde. Nunca deverá encorajar ou aconselhar o paciente a deixar de tomar medicamento receitado pelo médico por acreditar que foi curado pela fé."32

---

30 RÜCKERT, 2016, p. 87.

31 HERBES, Nilton; RODRIGUES, Rafael. Perdão no Horizonte da Vida: Acompanhamento Espiritual Hospitalar a Pacientes Diante da Morte. In: WONDRACEK, K.; BRÍGIDO, M.; HERBES, N.; HEIMANN, T. (orgs.). **Perdão**: onde saúde e espiritualidade se encontram. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016. p. 159-172.

32 SILVA, Alexsandro Coutinho da; HOCH, Lothar Carlos. **A capelania hospitalar:** uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico. São Leopoldo, 2010. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Superior de Teologia, Programa de Pós-graduação, São Leopoldo, 2010

Isto também é atitude de respeito e cuidado. Saber o que é atividade de capelania e o que compete a outros profissionais.

É importante compreender que a atitude de quem se coloca na postura de aconselhador/ouvinte é ativa, que não está como um mero espectador, receptor de informações. Ele é quem está atento, voltado para ouvir o que o outro traz de ameaças, fragilidades, dificuldades da vida, de sua existência.[33]

A pessoa que encontra-se acamada traz consigo perguntas, dúvidas, medos, inseguranças. Algumas vezes nem sabe o que a espera, pois aguarda ansiosamente os resultados dos exames realizados. A espera causa ansiedade. Dependendo do resultado dos exames pode mudar a sua vida de forma radical. Por isso, "só medicar o paciente não é suficiente para aliviar a dor sentida, mas escutá-lo com a finalidade de fazer com que ele ressignifique sua dor é primordial na conduta do tratamento no contexto hospitalar."[34]

Hoje, com o avanço de pesquisas científicas, constata-se que a espiritualidade tem papel importante no processo de cura e cuidado integral da pessoa que está num hospital, conforme escreve Nilton Eliseu Herbes e Rafael Souza Rodrigues:

O aconselhamento pastoral, mais especificamente a capelania hospitalar, realizada por padres, irmãs, pastores e pastoras, rabinos, pessoas de comunidades, sempre esteve presente no cuidado a pacientes internados em instituições hospitalares. Mas esse atendimento sempre foi entendido como algo isolado, pontual e pessoal. Hoje, com o conceito de cuidado integral, o grande desafio para religiosos e religiosas é assumir esse cuidado religioso em si, mas sim a um cuidado com a espiritualidade da pessoa enferma.[35]

A espiritualidade perpassa a vida humana. Cada pessoa experimenta e vive sua fé a partir da sua história e trajetória de vida, também e principalmente quando se encontra no leito de um hospital. Assim, como Fernando Lucchese explica:

Disponível em: http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SlFE/133/1/silva_ac_tm219.pdf. Acesso em: 13 nov. 2019. p. 47.

33 ROMÃO, José Valdecy; HOCH, Lothar Carlos. **A arte do aconselhamento pastoral na reconstrução do ser humano:** Projeto Girassol: abrindo novos caminhos. São Leopoldo, 2011. 172 f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Escola Superior de Teologia, Programa de Pós-graduação, São Leopoldo, 2011 Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SlFE/230/1/Romao_jv_tmp164.pdf.>. Acesso em: 15 nov. 2019.

34 ROMÃO; HOCH, 2011, p. 49.

35 HERBES; RODRIGUES, 2016, p. 164.

A espiritualidade vem sendo estudada na saúde e na doença. Na doença, fica claro que o indivíduo com espiritualidade ativa processa melhor o problema, no sentido de aceitar melhor, de tratar mais adequadamente. Não estamos indicando a espiritualidade como tratamento, mas como apoio a ele. Isso faz diferença no resultado. Na saúde, é a questão da aceitação. Existem duas maneiras de ser rico: uma é ter muito dinheiro, outra é estar muito contente com o que se tem. As duas maneiras levam ao mesmo efeito final, até diria que o sujeito que está contente com pouco tem maior longevidade do que aquele que tem de trabalhar para manter o que tem.[36]

A capelania traz em sua bagagem a espiritualidade. Respeitar a forma de crer da pessoa e sua religiosidade. A capelania não tem como objetivo o proselitismo, e sim, o cuidado através da espiritualidade e a vivência do Ecumenismo. Ir ao encontro de qualquer pessoa independente de que denominação religiosa esteja vinculada. Ouve-se a pessoa em sua dor, como ela se percebe diante da doença e vive sua fé. A espiritualidade é um instrumento que auxilia a pessoa acamada a perceber novas perspectivas diante da sua vida, que agora está limitada em quatro paredes.

A relação de cuidado é uma relação de convivência, de comunhão, de fraternidade, de intimidade um para com o outro. Cuidar é se colocar a postos, estar em sintonia, prevalecendo o sentimento que o cuidador traz consigo e oferece para o outro, proporcionando uma visão holística daquele que necessita de cuidados. Para que haja um 'cuidado' integral é necessário enfatizar dimensões corporais, psíquicas e espirituais, pois assim o sujeito será entendido em sua completude.[37]

Colocar-se ao lado da pessoa acamada expressa o amor e cuidado que recebemos de Deus. Semeamos o que de Deus recebemos. O paciente que recebe todo esse cuidado sente-se como que amparado pelo próprio Deus. Experimenta o cuidado na sua totalidade, como escreve Herbes e Rodrigues:

As equipes multidisciplinares estão cada vez mais presentes na realidade de cuidado às pessoas hospitalizadas. O cuidado integral da pessoa é visto como algo necessário para sua cura. Assim corpo, mente e espírito devem ser cuidados e curados. A assistência espiritual é desafiada a se integrar

---

36 LUCCHESE, Fernando. **"A visão otimista prolonga a vida", afirma médico e escritor Fernando Lucchese.** Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2016/12/a-visao-otimista-prolonga-a-vida-afirma-medico-e-escritor-fernando-lucchese-8566986.html.>. Acesso em: 17 nov. 2019.

37 RODRIGUES, Ana Cristina de Quadros. **A ética do cuidado no contexto hospitalar:** uma visão teológica. São Leopoldo, RS, 2016. 63 p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdades EST, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2016 Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SlFE/776/1/rodrigues_acq_tmp482.pdf.>. Acesso em: 15 nov. 2019.

nas equipes multidisciplinares como parte de uma equipe de cuidado que visa ao ser humano como um todo.[38]

A espiritualidade no contexto hospitalar pode ajudar a pessoa enferma a lidar melhor com a sua angústia, suas perguntas, suas inquietudes e seu sofrimento. A espiritualidade pode mostrar que há esperança e possibilidade de trilhar esse caminho com a companhia de mais pessoas, não precisa carregar o seu fardo sozinho. A capelania é uma forma de cuidar bem do ser humano fragilizado em sua dor.

4 A Visitação Hospitalar e a Capelania anunciam a esperança através da Espiritualidade

No contexto hospitalar experimenta-se diversos sentimentos. Por um lado, a alegria do nascimento do filho ou da filha, a vida nova que surge e todas as suas novas atenções. A cirurgia esperada que é realizada com êxito. É a nova esperança que brota. E, por outro lado, a descoberta da doença, o corpo já cansado de tanto lutar, os fiapos de esperança que sobram, por fim, acabam sendo o alento diante do fim que se aproxima. Ou do tratamento que está prestes a iniciar. Dúvidas permeiam a vida da pessoa e de seus familiares, a insegurança passa a tomar conta da sua vida. Alternativas são tomadas, tenta-se de tudo para obter a cura. É difícil pensar na despedida, na morte, não estamos preparados para entregar de volta à Deus aqueles que amamos e repartimos a vida.

Por isso, a visitação hospitalar tem seu papel importante, pois vai ao encontro do seu membro que encontra-se acamado no leito. Este alegra-se em receber a visita do seu pastor ou da sua pastora, bem como de membros que fazem parte da equipe de visitação da Comunidade Eclesiástica na qual ela pertence. Uma palavra de consolo e esperança que ela tanto necessita neste momento de fragilidade, quando o corpo está fraco e necessita de cuidados especiais. Como a oração, uma leitura bíblica, uma palavra de bênção lhe traz tranquilidade, assim faz-se lembrar que ela não está sozinha nesta caminhada, e que possui uma comunidade que está intercedendo por ela.

E agora, pensar na Capelania, quando se tem um profissional atuando direto, de forma integral, no contexto hospitalar, pode contribuir para a evolução do paciente na sua recuperação. O capelão ou a capelã, na maioria

[38] HERBES; RODRIGUES, 2016, p. 164.

das vezes, não será alguém conhecido pela pessoa enferma, mas é a pessoa que estará ao lado para ouvir e lhe anunciar uma palavra de consolo, conforto e uma palavra de bênção, quando for desejado pelo paciente. Inclusive poderá voltar no dia seguinte se o paciente assim desejar.

A Capelania pode ser compreendida conforme a texto bíblico de Gálatas 6.2: "Levai as cargas uns dos outros." Podemos ajudar a pessoa doente a carregar a sua carga, para que torne a não ficar tão pesada sobre os seus ombros, assim como Rückert expressa de forma tão significativa: "Com a ajuda de Deus, capelães hospitalares propõe-se a serem companheiros de jugo dos enfermos e de colegas de trabalho. A figura do jugo (canga) é muito apropriada para o serviço da capelania."[39]

A pessoa que assume essa vocação no trabalho da capelania estará ao lado de muitas pessoas e com diferentes formas de sentir suas dores e experimentarem suas angústias. Por isso, precisa estar preparada profissionalmente para essa área, e também buscar viver a sua própria espiritualidade, ter tempo para si mesma, pois só fará bem a sua função estando bem consigo mesma. O capelão ou a capelã não poderá projetar as suas dores e coisas mal resolvidas sobre o paciente. Assim, prejudicando o desenvolvimento da escuta empática.

Já o pastor ou a pastora da Comunidade Eclesiástica que visitar o seu membro hospitalizado terá um histórico prévio da sua vida. Já terá um vínculo construído antes dessa situação. Por isso, já não será nem necessária a apresentação pessoal. E quando este paciente sair do hospital poderá continuar acompanhado pela sua comunidade.

O capelão ou a capelã poderá, se for vontade do paciente, fazer um contato com o ministro religioso ou ministra religiosa de sua Comunidade, expressando a vontade do paciente em receber a visita pastoral.

A capelania respeita cada pessoa na sua forma de crer e acreditar nas coisas da fé. Ou seja, coloca-se ao lado do paciente sem o intuito de proselitismo. Quer ser ouvido atento, ombro que ajuda a carregar pesados fardos, fazer com que essa caminhada no hospital seja menos dolorosa, que há possibilidade de falar sobre esperança e buscar consolo e conforto nas palavras de Deus. A oração pode ajudar a preencher o vazio e amenizar as dúvidas alojadas no coração. Assim, como escreveu Rückert: "O sofrimento é inevitável. Mas, é possível evitar que as pessoas sofram sozinhas. O sofrimento provocado pela enfermidade tem o seu próprio curso."[40]

---

39 RÜCKERT, 2016, p. 95.
40 RÜCKERT, 2016, p. 59.

Como é acalentador sentir-se carregado por alguém quando se está fraco ou as forças estão diminuindo. Experimentar o cuidado de tantas pessoas que são instrumento de Deus também no hospital. O amor de Deus se revela através das mãos e dos ouvidos daqueles que cuidam. Rodrigues fala do cuidado:

Cuidar do outro é priorizar uma relação de respeito mútuo, acolhimento e principalmente, escutar a dor que o indivíduo adoecido traz juntamente com toda a sua trajetória de vida. É justamente nessa relação de cuidado que há uma possibilidade de recuperar uma subjetividade que se encontra, na maioria das vezes, "perdida" em conflitos psicológicos e adoecida corporalmente, suscitando um autocuidado necessário ao retorno de uma vida saudável.[41]

A capelã ou o capelão tem a possibilidade de ajudar a juntar cacos e a mostrar uma nova possibilidade, quem sabe, com os fragmentos a montar um lindo mosaico. O que se sabe, o que passou não volta mais. Mas o que está por vir pode ser experienciado de forma diferente. A doença chega e com ela a vida pode recomeçar. Não é o fim de uma caminhada, pode ser o começo de uma caminhada. Enxergar que mesmo diante da tristeza e dor há esperança. E se a vida estiver no limiar da morte, ainda assim, tentar perceber que a vida foi um presente de Deus. Por isso, a espiritualidade é fundamental nesta caminhada da Capelania. Ela ajuda a dimensionar o que está oculto. Assim como Vera Weissheimer escreve:

A espiritualidade talvez tenha entrado na vida do ser humano a partir do primeiro sopro de Deus nas narinas do primeiro humano: "E lhe soprou nas narinas o fôlego de vida, e o homem passou a ser alma vivente" (Gênesis 2.7). Desde então o ser humano passou a ter saudades de Deus, saudades de novamente sentir sua existência tocada pelo fôlego da vida. Portanto, espiritualidade não é religiosidade. Espiritualidade é a experiência de contato com o divino, com o que transcende nosso cotidiano. É experimentar o mistério da vida e se deixar experimentar por ele.[42]

A visitação hospitalar e a capelania, cada uma particularmente, buscam ajudar a pessoa que se encontra doente num hospital. O olhar é de cuidado e busca ser uma ferramenta no processo de cura ou de menos sofrimento para a pessoa fragilizada na sua enfermidade. O que se constata na pesquisa deste artigo é que a Capelania consegue estar ainda mais próxima das pessoas

---

41 RODRIGUES, 2016, p. 47.

42 WEISSHEIMER, Vera Cristina. **'Eu vi as tuas lágrimas':** amparo e consolo no sofrimento. São Leopoldo: Sinodal, 2009. p. 56.

enfermas, de seus familiares (acompanhantes), funcionários e funcionárias da instituição. Ela pode estar mais próxima e atender melhor as demandas que vão surgindo no decorrer do dia a dia. A capelania poderá contribuir e muito na evolução dos pacientes, atuando numa área tão nobre que é a espiritualidade.

5 Considerações Finais

Hospital é lugar onde se anuncia a esperança. Há tristezas, há alegrias, mas também há esperança. É o que a Capelania faz ao lado das pessoas fragilizadas que carecem de uma boa palavra ou um ouvido atento. Saber que Deus se revela na fraqueza e se faz presente através das pessoas que se dispõe a caminhar com a pessoa hospitalizada, mesmo que seja por breve momento, mas que pode representar um cuidado significativo para a pessoa que recebe essa atenção. O capelão ou a capelã se coloca ao lado do paciente, ajuda a carregar o jugo da dor e sofrimento durante o tempo da internação, ampara, consola, enxuga lágrimas, anuncia uma palavra de esperança e bênção.

Essa presença do capelão ou da capelã faz uma diferença na vida da pessoa que está doente. Ela se sente como que amparada e carregada pelo próprio Deus. Consegue ver novas perspectivas através da situação de pouca esperança em que ela se encontra. São sinais do amor de Deus que se revelam através de um gesto que pode parecer simples, mas exige preparo e entrega. A capelã ou o capelão se coloca ao lado do paciente, neste tempo e neste espaço, nesta casa que cuida da saúde, que é o hospital. Onde pessoas buscam alívio para a sua dor. Esperança de uma nova chance de vida.

A pessoa que está no hospital está fora do seu convívio familiar, fora da sua rotina, tudo muda na sua vida quando a doença chega, pois, a angústia e os temores passam a fazer parte dos sentimentos, e nesta hora, como é aconchegante alguém que se coloca ao lado do leito para ouvi-lo com profundidade, e anunciar, se necessário, uma palavra de consolo, conforto ou bênção.

É nisto que a capelania difere da visitação hospitalar, ela consegue estar mais presente na vida da pessoa doente. Pode estar mais próxima do ou da paciente e viver mais momentos significativos com ele ou ela. E, também, acompanhar as pessoas que cuidam dos familiares hospitalizados. Tem a oportunidade de acompanhar equipes de funcionários e funcionárias através de meditações, reflexões, diálogos. Pois atua diretamente no contexto hospitalar. E a visitação hospitalar ocorre, de forma específica, num determinado dia da semana, para os membros da Comunidade Eclesiástica que o ou a paciente participa.

Na visitação pastoral, a pessoa que realiza a visita já é conhecida pelo ou pela paciente. Neste caso, o pastor ou a pastora, ou grupo de visitadores da sua Comunidade Eclesiástica serão pessoas que conhecem parte da sua história. O diálogo já fluirá melhor pelo fato de serem pessoas conhecidas, por já existir um convívio anterior. Diferente da capelã ou do capelão que precisa iniciar o diálogo com o ou a paciente sem ter um breve histórico da pessoa que acompanhará. Mas, por outro lado o ou a paciente também se sentirá acolhida por ter essa chance e oportunidade de dialogar com um capelão ou uma capelã que ouvirá suas necessidades mesmo sendo o primeiro contato que será estabelecido. A capelania estará à disposição de qualquer pessoa que está hospitalizada independente da sua denominação religiosa. Respeita-se, pois se busca viver o ecumenismo. O olhar para além da religiosidade, voltado para a espiritualidade.

Deus se revela na fragilidade da vida. Ele o faz, através das pessoas. E de forma especial, olhamos para dentro do hospital e vislumbramos o abrigo e o cuidado de diversas formas. As diferentes áreas de atuação precisam estar entrelaçadas para que aconteça o cuidado integral da pessoa que busca a cura ou alívio da sua dor. Ela quer se sentir cuidada e amparada. O capelão e a capelã tem o papel de ajudar a carregar o jugo através da espiritualidade. Diante da incapacidade, e por vezes, da desesperança que a pessoa enferma vive, ela pode encontrar nova perspectiva de vida através da sua fé. São esses pequenos sinais que podem trazer grandes curas e significativas esperanças para a pessoa que está buscando reorganizar a sua vida, pois enquanto houver sopro haverá esperança.

Referências

BÍBLIA de Estudo Almeida. Barueri, SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 1999.

CLINEBELL, Howard J. Aconselhamento Pastoral: Modelo centrado em libertação e crescimento. São Leopoldo: Editora Sinodal, 2007.

FELTZ, Deolindo. Câncer e espiritualidade: sofrimento e ajuda. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2018.

GAEDE NETO, Rodolfo. Implicações para as relações de cuidado. In: HOCH, Lothar Carlos; ROCCA, Susan M. (Orgs.). Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2007.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

HERBES, Nilton & RODRIGUES, Rafael. Perdão no Horizonte da Vida: Acompanhamento Espiritual Hospitalar a Pacientes Diante da Morte. In:

WONDRACEK, K.; BRÍGIDO, M.; HERBES, N.; HEIMANN, T. (orgs.). Perdão: onde saúde e espiritualidade se encontram. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016. p. 159-172.
HOCH, Lothar. Acompanhamento pastoral a moribundos e enlutados. In: MOLZ, Cláudio; WEHRMANN, Guenter F. K. (Coord.). Proclamar Libertação: Ofícios – Suplemento 2. São Leopoldo: Sinodal, 1988.
HOEPFNER, Daniel; HOCH, Lothar Carlos. Fundamentos bíblico-teológicos da Capelania Hospitalar: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa. 2008. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2008 Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SlFE/604/1/hoepfner_d_tm177.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.
LUCCHESE, Fernando. "A visão otimista prolonga a vida", afirma médico e escritor Fernando Lucchese. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2016/12/a-visao-otimista-prolonga-a-vida-afirma-medico-e-escritor-fernando-lucchese-8566986.html.>. Acesso em: 17 nov. 2019.
RODRIGUES, Ana Cristina de Quadros. A ética do cuidado no contexto hospitalar: uma visão teológica. São Leopoldo, RS, 2016. 63 p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdades EST, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2016 Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SlFE/776/1/rodrigues_acq_tmp482.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.
ROMÃO, José Valdecy; HOCH, Lothar Carlos. A arte do aconselhamento pastoral na reconstrução do ser humano: Projeto Girassol: abrindo novos caminhos. São Leopoldo, 2011. 172 f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Escola Superior de Teologia, Programa de Pós-graduação, São Leopoldo, 2011 Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SlFE/230/1/Romao_jv_tmp164.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.
RÜCKERT, Maria Luiza. Capelania hospitalar e ética do cuidado. Viçosa, MG: Ultimato, 2016.
SCHMIDT, Carina Inês. Ministério da visitação comunitária: desafios e estímulos. São Leopoldo, RS, 2019. p. 68. Apud HAACKE, 2011, p.11. Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdades EST, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2019 Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SlFE/1006/1/schmidt_ci_tmp650.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.
SILVA, Alexsandro Coutinho da; HOCH, Lothar Carlos. A capelania hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico. São Leopoldo, 2010. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Superior de Teologia, Programa de Pós-graduação, São Leopoldo, 2010 Disponível em:

<http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SlFE/133/1/silva_ac_tm219.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.
VISITAR. Michaelis: Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Disponível em: http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=visitar. Acesso em 13 nov. 2019.
WEISSHEIMER, Vera Cristina. 'Eu vi as tuas lágrimas': amparo e consolo no sofrimento. São Leopoldo: Sinodal, 2009.

A dimensão do cuidado mediante a capelania hospitalar na ótica da subjetividade do Paciente

Cátia Patrícia Berner
Daniel Annuseck Hoepfner

Resumo: A dimensão do cuidado através da prática da capelania hospitalar, considera a subjetividade do paciente: suas emoções, angústias, preocupações e alegrias. Todos estes sentimentos trazidos para o ambiente hospitalar influenciam no processo de cura. O presente artigo tem como objetivo, apresentar alguns aspectos e subsídios para repensar a forma de abordagem do trabalho da capelania. Considerar a subjetividade do paciente é criar condições para entender e acolher melhor a dor do outro. O trabalho da capelania tem as ferramentas para o cuidado, por este motivo é necessário discutir o conceito de subjetividade e sua relação com o cuidado. E desta forma, a capelania ajudará o paciente a entender e compreender a situação diante da enfermidade, valorizando, assim, a vida digna e o cuidado integral na ótica da subjetividade.

Palavras-chave: Aconselhamento. Capelania. Subjetividade. Cuidado.

1 Introdução

Esta pesquisa quer destacar o tema da dimensão do cuidado mediante a capelania na ótica da subjetividade do paciente. Quando se fala sobre dimensão do cuidado com a vida, não podemos desconsiderar os aspectos da existência e da vida humana, que acabam fazendo parte do ambiente hospitalar e de todo processo de cura. Mesmo com o avanço tecnológico da medicina que traz tantos benefícios na vida das pessoas, ainda assim, as questões subjetivas e espirituais, muitas vezes, ficam despercebidas pelos profissionais da saúde. Quando conversamos sobre cuidado é importante entender de qual cuidado estamos falando. Quem cuida e por que se cuida. Refletir sobre o cuidado nos faz entender que o lidar com pessoas implica em ter uma certa aproximação, um ouvido atento, respeito pela dor do outro. Cuidar é entrar em sintonia, é acolher sem interferir, é caminhar ao lado.

Dessa forma, o ser humano consegue sentir o verdadeiro cuidado e ajuda que necessita para sua vivência e talvez compreender a situação difícil que está experenciando.

Ultrapassar o paradigma cartesiano, significa trazer novos elementos para dentro da prática e na dinâmica da instituição hospitalar. A capelania também abre seu leque para melhor compreender o próximo. Considerar os aspectos da condição humana, principalmente ligados a subjetividade, poderá se entender que ela é parte essencial do ser humano e precisa ser ponderada na dimensão do cuidado. Conforme artigo publicado sobre saúde, consta a seguinte afirmação: "Compreender o significado da vida no processo do cuidado inclui não somente atribuições técnicas do profissional, mas capacidade de perceber e compreender o ser humano, como ele está em seu mundo, como desenvolve sua identidade e constrói a sua própria história de vida".[43] Somos todos seres frágeis e suscetíveis a enfermidade, na qual necessitamos de ajuda e cuidados, desta forma a capelania vem ao encontro como ferramenta de solidariedade, empatia e esperança. Cada pessoa é um ser único e tem necessidades distintas, cabe aqui refletir e trazer outras formas de abordagem para as pessoas que buscam suprir suas dores físicas, emocionais, sociais e espirituais.

O cuidado através da capelania na ótica da subjetividade, ajudará no atendimento ao paciente e seus familiares, possibilitando um entendimento mais específico da enfermidade e toda a sua envoltura. A capelania hospitalar necessita observar os aspectos singulares do paciente, sendo importante considerar estes elementos como impulsionadores para o agir curador e consolador. Assim, a dimensão do cuidado integral terá seu fundante neste olhar subjetivo que ajudará no processo da cura. Desta forma a capelania hospitalar é uma ferramenta relevante do cuidado integral, pois, auxiliará no processo de bem-estar do paciente. O adoecimento traz fragilidades, incertezas e dúvidas que necessitam de respostas, assim como o isolamento social e familiar também fazem parte do processo. São questionamentos que até então a pessoa nunca tinha passado e presenciado, que agora fazem parte de sua rotina diária. O que fazer com estes sentimentos? De que forma entendê-los? Nestes aspectos, da vida fragilizada, que a capelania encontra espaço para atuar e ajudar o paciente a compreender suas angústias, dúvidas, medos e perspectivas em relação a condição de vulnerabilidade que se encontra.

---

43 O MUNDO DA SAÚDE - São Paulo, ano 27, v. 27, n. 2, abr/jun. 2003, Artigo: **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar**. p. 232.

2 Fundamentação Teórica

Entender o ambiente hospitalar a partir da perspectiva do paciente traz elementos de estudo bem importantes, na qual o visitador necessita conhecer. Os sentimentos do paciente com o medo, insegurança e esperança são pontos relevantes no tratamento. O ambiente hospitalar geralmente vem carregado de muitas expectativas, medos e alegrias. A vida frágil sendo depositada em confiança, nas mãos dos profissionais da instituição. Lugar de muita emoção, tensão e alívio diante da fragilidade humana, onde não se consegue mascarar a dor e a alegria, tudo é vivido com muita intensidade. Nesta realidade, encontramos pessoas em busca de esperança, conforto e consolo. É nesse contexto que o paciente se confronta com a presença inoportuna da dor e do sofrimento que palavras nem sempre conseguem descrever. Outras vezes, depara-se com questionamentos a Deus, olhares ao vazio, em silêncio, momentos de despedida, esperança e alegrias. Conforme Pessini descreve sobre o ambiente hospitalar:

> Dentro de um hospital, como nas antigas catedrais, recapitulam-se todas as fases da vida do ser humano. O nascimento, com suas festas e esperanças, as doenças, a restauração da saúde, a cura, as pesquisas na busca de novos medicamentos, as cruzadas das campanhas preventivas, as vigílias nas UTIs – as corporações ou as equipes profissionais combatendo o "inimigo" infecção; as orações e meditações nos oratórios e/ou capelas, sem esquecer do silêncio e da inquietude em momentos de despedida de vida.[44]

Como estamos preparados para lidar com as fragilidades da vida? De que forma demostramos cuidado às pessoas que buscam na instituição hospitalar suas últimas alternativas para restaurar a vida? Somos capazes de acolher o quebrantado, ferido, caído? O ensinamento de Jesus, descrito nas palavras do Evangelho de Mateus 25.36: "estava nu, e me vestistes; enfermo, e me visitastes; preso, e fostes ver-me",[45] nos inspira na tarefa do cuidado e acolhimento.

A exemplo de Cristo que veio estar próximo daqueles que tem dor e que necessitam de cuidado, assim também a capelania é espaço de ouvidos atentos a dor humana. Jesus demonstrou várias formas de cuidado, de amor

---

[44] PESSINI, Léo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Ver. **Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v.10, n. 2., 2000. p. 53.

[45] BÍBLIA Sagrada com reflexões de Lutero. Tradução de João Ferreira de Almeida. 2 ed. rev. e atual. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2012. p. 900.

e consolação. Portanto, a entrega neste serviço é demonstração de amor, assim como Cristo o fez, por nós na cruz (Mt 25.40). Jesus ensina a forma, as palavras, o jeito como olhar, falar e amar o nosso próximo, bem como aqueles convalescidos. Realizar a tarefa da capelania é exercer o ensinamento de Cristo, respeitando o sofrimento e a dignidade da pessoa. Da mesma forma, como Deus cuida de cada pessoa, assim também, somos chamados a estender o amor ao próximo. A receber o consolo de Deus para poder consolar aqueles que sofrem, estar ao lado, sendo presença de Deus, esperança e alento. Quando a capelania consegue ser instrumento de amor, esperança, solidariedade e consolo estará cumprindo sua missão e testemunhando o amor de Deus.

Da mesma forma, Rückert menciona a capelania hospitalar, como uma oportunidade para atuação da pastoral junto ao paciente. A autora descreve a capelania hospitalar como sendo um serviço de missão, onde se tem oportunidade de fortalecer a pessoa enferma no momento de sofrimento e dor. Bem como uma oportunidade para atuação da pastoral de aconselhamento junto ao paciente e também em todo âmbito hospitalar envolvendo neste processo de cuidado todos os profissionais da instituição. Considera a capelania hospitalar como um Ministério de apoio e ajuda. Ela tem a tarefa de ser auxílio nas horas de dor e sofrimento e também por outro lado, participa dos momentos de alegria e celebração da vida. No ambiente hospitalar tem esta dualidade de vida e de morte, por isso a importância daqueles que escutam estas vozes, ter escuta com empatia e sensibilidade considerando estes dois contextos da vida.[46]

Cuidado integral requer o empenho e esforços da equipe multidisciplinar para ajudar o paciente em suas dores físicas, emocionais e espirituais. Considerar os aspectos humanos na instituição hospitalar é ter o olhar voltado para a dimensão da humanização e não apenas técnico e patológico. Lidar com o outro responsabiliza as ações, visto que toda a dimensão do cuidado está voltada em entender e ouvir as angústias deste ser, para depois, lidar melhor com suas fragilidades decorrentes da enfermidade. Segundo Rückert, "o que realmente importa é o paciente, tudo aquilo com que ele se ocupa, as coisas que ele traz para o diálogo conosco. O paciente tem dentro de si muitas possibilidades de melhora, transformação e crescimento, que podem ser concentradas num encontro autêntico com o cuidador".[47]

---

46 RÜCKERT, Maria Luiza. **Capelania hospitalar e ética do cuidado.** Viçosa, MG: Ultimato, 2016. p. 85.

47 RÜCKERT, 2016, p. 32.

O aconselhamento pastoral descrito por Clinebell, traz o aspecto da relevância para as necessidades das pessoas que sofrem, são necessidades humanas importantes na qual a *poimênica* [48] e o aconselhamento são ferramentas para acolher e cuidar das mais profundas feridas. O desafio de ser igreja é traduzir a boa nova do amor e da solidariedade onde a vida está ameaçada. O amor de Deus se torna visível na ação do cuidado e no acolhimento da dor do outro.

Na atual sociedade a forma de crer vem mudando, pouca religião e de muita espiritualidade. A crença na religião tradicional está sendo substituída pela crença em vieses espirituais sem muita ligação com as doutrinas e ritos tradicionais. Toda espiritualidade é uma experiência de relação com o Transcendente, enquanto fenômeno religioso. É a vivência como um "estado de valor absoluto".[49] Enquanto a religião aponta para o aspecto externo da vida do crente, a espiritualidade, por sua vez, revela a interioridade.[50] Portanto, a subjetividade relacionada às experiências espirituais é essencial, pois seus modos de compreensão e significados são únicos. Entende-se que cada indivíduo pode vivenciar, percepcionar e significar suas experiências de modo singular.

Assim, ensina Jesus, quando pergunta ao paralítico na piscina de Betesda: "Queres ser curado?" (João 5.6). Jesus oferece libertação ao doente, com a pergunta, tira-o da passividade e inibição, mostrando que é sujeito e não objeto de cuidado.[51] "Os sentimentos são os modos com os quais respondemos às coisas e às pessoas que nos cercam e aos acontecimentos que ocorrem em torno de nós. Conforme o autor, identificá-los e aceitá-los é condição indispensável para que possamos compreender e ajudar o doente".[52] Sendo assim, a capelania amplia sua missão de atuação que não se restringe apenas aos aspectos espirituais, mas se atenta a subjetividade da vivência humana.

---

48 Conforme Clinebell: a poimênica é uma resposta à necessidade de cuidado que cada pessoa tem. E esta aumenta em períodos de crise e estresse. O aconselhamento pastoral é uma forma reparadora da poimênica, que procura proporcionar cura aos que sofrem. CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento pastoral**: modelo centrado em libertação e crescimento. 3. ed. Tradução de Walter Schlupp e Luís Marcos Sander. São Leopoldo: Sinodal, 2000. p. 43.

49 TILLICH, Paul. La mia ricerca degli assoluti**.** Roma: Astrolabio Ubaldini, 1968. p. 95. In SILVA, Ronaldo Miguel; GOYA, Will. (Organizadores). **Filosofia clínica e espiritualidade.** Porto Alegre: Mikelis, 2018. p. 20.

50 SILVA, Ronaldo Miguel; GOYA, Will. (Organizadores). **Filosofia clínica e espiritualidade.** Porto Alegre: Mikelis, 2018. p. 21.

51 BALDESSIN, Anísio. **Como visitar um doente:** orientações práticas para padres, pastores e agentes de pastoral da saúde. São Paulo: Loyola, 2003. p. 17.

52 BERMEJO, J. C. Relação pastoral de ajuda ao doente. In: BALDESSIN, Anísio. **Como visitar um doente:** orientações práticas para padres, pastores e agentes de pastoral da saúde. São Paulo: Loyola, 2003. p. 25.

Para ajudar a refletir estes aspectos sugere-se as ideias do Filósofo Emmanuel Levinas, na qual destaca o conceito de Alteridade; em função da relação com o outro. Ou seja, pela proximidade acontece acolhimento da dor do outro, face a face, com empatia e compaixão.[53] Sendo assim, trago uma palavra muito usada pela filosofia, chamada alteridade, palavra que deriva do latim "alter", significa o esforço de se colocar no lugar "do outro"; respeitando seu espaço e seu jeito de ser. Deste modo, alteridade convida a refletir sobre as relações humanas, nossa própria história de vida em suas diferentes dimensões e experiências vividas.[54] Ou seja, a relação de cuidado perpassa pela ética mediante o olhar de respeito para com a dor do outro sem julgamentos e interpretações demasiadas.

Nesse sentido, é importante o olhar da *Filosofia Clínica*[55] que atenta e respeita a dor humana, considerando a subjetividade do indivíduo e sua história de vida.

> A Filosofia Clínica é uma práxis de alteridade da nossa época, que trouxe às psicoterapias todas as visões do mundo já pensadas nesses 2.500 anos de filosofia. Por se tratar de uma autêntica reflexão aberta, a crítica é a mesma, ela é capaz de entender a subjetividade de quaisquer indivíduos sem fugir a uma só manifestação existencial singular de ninguém.[56]

A Filosofia Clínica trabalha com um dos princípios fundamentais que é Singularidade. Cada pessoa é única, não existem duas iguais. Portanto, cada pessoa tem vivências singulares que direcionam a forma de ver o mundo e influenciam no jeito de encaminhar e acolher suas questões.[57] Apesar de muitos autores já atentarem para o cuidado integral no ambiente hospitalar, constantemente o doente ainda é visto como mais alguém em busca de cura. Tudo o que viveu até hoje, as relações, os sentimentos são desconsiderados. Em que momentos da vida a singularidade tem espaço, opinião e participação

---

53 Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp113166.pdf>. p. 40. Acesso em: 26 jul. 2019.

54 Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp113166.pdf>. p. 40. Acesso em: 26 jul. 2019.

55 "A Filosofia Clínica é um método terapêutico embasado em Filosofia acadêmica e que trata das questões relacionadas ao Ser Humano, possibilitando uma compreensão mais apurada das diferentes Estruturas de Pensamento e suas singularidades. É voltado principalmente para clínica (terapia), mas também é usado em escolas, empresas, hospitais e instituições por todo o país". Disponível em: <https://www.filosofiaclinicachapeco.com.br/filosofiaclinica>. Acesso em: 25 nov. 2019.

56 GOYA, Will. **A escuta e o silêncio:** lições do diálogo em Filosofia Clínica**.** Revisão de Ronaldo Miguel da Silva 3. ed. Porto Alegre: Mikelis, 2017. p. 30.

57 Disponível em: <https://www.clinicasaobento.com/filosofia-clinica/>. Acesso em: 25 nov. 2019.

nas decisões? Para ilustrar melhor, é necessário definir a terminologia e significado da palavra subjetividade.

> Subjetividade é caracterizado como algo que varia de acordo com o julgamento de cada pessoa, consistindo num tema que cada indivíduo pode interpretar da sua maneira, que é subjetivo. Desta forma, a subjetividade humana pode dizer respeito ao sentimento de cada pessoa, como a sua opinião sobre determinado assunto. O tema subjetividade varia de acordo com os sentimentos e hábitos de cada um, é uma reação e opinião individual, não é passivo de discussão, uma vez que cada um atribui um determinado valor para uma coisa específica. Portanto, a subjetividade que se refere neste artigo, diz respeito sobre as formas de pensar, sentir, os valores do indivíduo, com suas experiências e histórias de vida.[58]

Assim, como as coisas e sentimentos são diferentes para cada pessoa, da mesma forma, no processo de adoecimento, em cada paciente acontece de forma única.

> O adoecer, por sua vez, constitui-se em um fenômeno subjetivo, vivido de maneiras variadas, com significante influência cultural e ambiental, atribuindo formatações distintas, para cada pessoa. Cada cultura influencia na maneira de perceber, reagir e comunicar a doença, que se constitui em um fenômeno complexo, multideterminado, multifatorial e raramente previsto. Além destes importantes aspectos, a doença representa um ataque à estrutura da personalidade e à estrutura familiar, além de determinar uma crise acidental na existência do ser humano.[59]

Sem considerar as emoções, angústias e medos não é possível cuidar integralmente do paciente. Refletir sobre o cuidado é perceber e cuidar das coisas que importam para o outro. De acordo com Heidegger, "o cuidado é próprio da existência humana em todas as suas dimensões, compreendendo todas as possibilidades da existência vinculadas às coisas e aos homens. Acrescenta que o cuidado apresenta três dimensões: *sorge* (cuidar de si), *fürsorge* (cuidar de alguém) e *besorgen* (cuidar de algo)".[60] Desde o nascer até o morrer,

---

58 Disponível em: <https://www.significados.com.br/subjetividade/>. Acesso em: 24 jul. 2019.

59 Maria Alice Lustosa. Rev. SBPH v.10 n.1 Rio de Janeiro jun. 2007. Trabalho apresentado em Mesa Redonda no VI Congresso da SBPH, em Natal, setembro de 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100002 Acesso em: 24 jul. 2019. p. 04.

60 Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art11.pdf>. Acesso em: 24 de jul. 2019. p. 337.

o ser humano está rodeado de fatores que compõem a sua existência, que ele carrega e fazem parte da sua história de vida. E deste modo, interferem em suas ações e atitudes em relação ao outro. Sendo assim, há de se considerar o que habita no sujeito para melhor cuidar dele.

No mundo contemporâneo estão presentes diversas formas de cuidado, porém é importante entender qual a dimensão de cuidado se quer destacar. Boff descreve o conceito de cuidado de maneira ampla, tem a ver com o cuidado não só pessoal, mas se estende a tudo o que existe e vive no mundo. O cuidado é a essência da vida humana. Mesmo antes de seu o nascimento, o ser humano necessita de cuidados e estes não podem cessar quando a vida carece de sustentação. Segundo Boff,

> refletir sobre o cuidado nos faz perceber que cuidar das coisas implica ter intimidade, sentí-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele. Dessa forma, o ser humano consegue viver a experiência fundamental do valor, daquilo que tem importância e definitivamente conta. Tudo começa com o sentimento, este que nos faz sensíveis ao que está a nossa volta, que nos faz gostar ou desgostar. É o sentimento que nos une às coisas. Se formos capazes de sentir, podemos agir em prol da melhoria do eu e do outro.[61]

Leonardo Boff, em *Saber Cuidar,* desenvolve uma reflexão profunda sobre o cuidado. Segundo o autor, o cuidado faz parte do ethos humano, constitui o ser humano em todas as dimensões. Esta constituição pode, no entanto, ter sido descuidada afetando a imagem genuína do ser humano, que, nesta situação de descuido e abandono de si, de seu semelhante de toda terra, da qual provém, precisa sair em busca da restauração do sentido de cuidado que lhe dá vida e o liga a Deus.[62] Quando nos dedicamos à tarefa do cuidado pastoral, nos ocupamos com o cuidado de outros seres humanos e de toda vida criada por Deus. Aprender a cuidar mais adequadamente das relações, dos vínculos que estabelecemos entre nós, é uma busca e uma necessidade de todo ser humano. Da mesma forma, Pessini aborda o tema do cuidado no ambiente hospitalar, quando efatiza sobre a importância do cuidado da dor e do sofrimento.

> O sofrimento suscita compaixão, isto é, empatia traduzida em ação solidária. O ser humano é um todo uno, um nó de relações. Ser gente é possuir corpo, é ter um psiquismo e coração, é conviver com os

---

61 PESSINI, 2019, p. 474.

62 BOFF, Leonardo. **Saber cuidar:** ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis-RJ: Vozes, 2013. p. 33.

> outros, cultivar uma esperança e crescer na perspectiva da fé em valores humanos. É zelando, promovendo e cuidando desta unidade vulnerável pela dor e sofrimento que estaremos sendo instrumentos propiciadores de vida digna. Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta que a vida não é um bem a ser privatizado muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom ser vivido e partilhado solidariedade com os outros.[63]

A psicologia de Carl Rogers (1987), citado por Joana Tolentino e Paulo Mendes Taddei, traz a dimensão da terapia como ajuda para que cada pessoa encontre condições de buscar as respostas a partir de si. Considerar os sentimentos e significados dados pelo indivíduo, ajudará a experienciar a realidade em sua totalidade de sentimentos.[64]

No campo teológico Schneider-Harpprecht traz a dimensão do cuidado dada pelo próprio Deus. O ser humano como imagem e semelhança de Deus, precisa constantemente reconhecer sua condição de criatura dependente de Deus. Na condição de pecadores e constantemente afastados da essência da fé, na cruz de Cristo, o ser humano encontra redenção, na medida em que reconhece na cruz sua própria situação de sofrimento e se entrega ao amor incondicional de Deus. Neste amor encontrará vida e salvação, refúgio e fortaleza.[65]

3 Apresentação dos dados

A partir da classificação de Antonio Carlos Gil,[66] a pesquisa de cunho qualitativo e bibliográfico se concentra no estudo da abordagem da capelania hospitalar em relação ao paciente, considerando aspectos subjetivos para o cuidado integral. Em relação aos objetivos, trata-se de uma investigação exploratória e descritiva, que adotará esclarecimentos dos conceitos usados

---

63 PESSINI, 2019, p. 66.

64 Disponível em: <http://humana.social/teoria-geral-de-carl-rogers/>. Acesso em 30 de setembro de 2019.

65 SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). **Teologia Prática no contexto da América Latina**. São Leopoldo: Sinodal, 1998. p. 312.

66 GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas 1994. p. 207.

para fundamentar a práxis da capelania hospitalar. Após uma reflexão sobre os conceitos escolhidos, houve uma busca de artigos selecionados por assunto, que continham o foco nas palavras-chave: aconselhamento, capelania, subjetividade e cuidado. Tendo esta divisão, iniciou-se uma produção sistemática onde os conteúdos foram transcritos conforme a proposta da pesquisa. Dado a importância desta temática, destacou-se que os aspectos da pesquisa são de grande ajuda no cuidado integral do paciente e seus familiares. Desta forma serão discutidos a seguir.

3.1 A finalidade da Capelania na perspectiva da fé:

Todos os campos da vida humana são também campos da fé, principalmente nos momentos de maior fragilidade.[67] Mediante o adoecimento, muitas vezes, a pessoa percebe o quão frágil é a vida. Assim, como lembram as palavras do Salmo 103.15-16: "[...] *a vida do homem é semelhante à relva; ele floresce como a flor do campo, que se vai quando sopra o vento e nem se sabe mais o lugar que ocupava*". O ser humano é definido pelas Escrituras com o sopro divino. Enquanto o sopro divino estiver sobre o ser humano haverá vida. Sem sopro divino não tem vida. Gênesis 2.7b: "[...] *e lhe soprou nas narinas o fôlego de vida, e o homem passou a ser alma vivente*". Partindo deste princípio teológico, o capelão executa sua tarefa de levar aos pacientes uma profunda reflexão sobre a vida como dádiva de Deus, na qual se encontra frágil e necessita de amparo. É missão da Capelania atuar nos hospitais levando o amor de Deus, seu consolo e alívio nos momentos de dor. Através de gestos de solidariedade e compaixão, leva a Palavra de Deus não só aos pacientes, mas também aos seus familiares, sem esquecer dos profissionais de saúde que tantas vezes lidam com situações limítrofes.[68]

O ambiente hospitalar devido a sua complexidade pressupõe uma reflexão ampla e multidisciplinar com todos os profissionais, a fim de estabelecer cuidado integral e humanizado ao paciente! Embora, muitas vezes, no cotidiano dos hospitais aconteçam situações indesejáveis e diante das

---

67 PEREIRA, Marcos Cesar. **Capelania a Serviço da Humanidade**. Orientador Verner Hoefelmann. – São Leopoldo: EST/PPG, 2016. Disponível em: http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SlFE/691/1/pereira_mc_tmp451.pdf.Acesso em: 06 nov. 2019. p. 23.

68 PEREIRA, Marcos Cesar. **Capelania a Serviço da Humanidade**. Orientador Verner Hoefelmann. – São Leopoldo: EST/PPG, 2016. Disponível em: http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SlFE/691/1/pereira_mc_tmp451.pdf Acesso em: 06 nov. 2019. p. 32.

tensões e riscos, o distanciamento em cuidar do outro e o cuidado de si podem gerar desumanização em todos os aspectos. No decorrer do atendimento no ambiente hospitalar, Martini e Martins consideram que: "Deste modo, podemos dizer que espiritualidade e saúde se encontram no ato de cuidar, mesmo sabendo que assumir o paradigma do cuidado no âmbito da saúde traz, realmente, enormes desafios, pois supõem uma reorganização do que pensamos sobre o modo de ser pessoa e uma reorientação do nosso agir".[69]

No Brasil ainda engatinha esse trabalho pastoral, mesmo existindo há muitos anos. Recorda-se que há algumas experiências em nível nacional no sentido de organizar um projeto que unifique as capelanias individualizadas em cada hospital. Tal fato também deriva de que no Brasil:

> [...] aos poucos tem se construído uma cultura hospitalar que reconhece a contribuição do agente religioso. Sendo nossa população majoritariamente composta por confessantes de alguma fé, não se concebe a exclusão do fator espiritual na estratégia clínica, visando o suporte emocional e afetivo da pessoa enferma e de seus familiares. Isto é especialmente relevante no caso de pessoas com deficiências, nos pacientes crônicos e terminais.[70]

3.2 A capelania traz a perspectiva do cuidado:

O desempenho e atuação da capelania hospitalar sempre ocorre em diálogo e respeito às demais áreas e profissionais da instituição. A atividade da capelania deve ser desempenhada sem sectarismo, respeitando a fé daqueles que são atendidos, não devendo ter como intuito a pura e simples conversão daqueles que são auxiliados. Deve buscar o estabelecimento de um ambiente de paz e serenidade, ser facilitadora do encontro do paciente consigo mesmo, com a espiritualidade e a realidade que o cerca. Desta forma, a capelania hospitalar poderá participar ativamente do processo de humanização do ambiente hospitalar.[71]

---

69 MARTINI, Antonio; MARTINS, Alexandre Andrade. (Organizadores) **Teologia e saúde:** compaixão e fé em meio à vulnerabilidade humana. São Paulo: Paulinas, 2012. p.140.

70 ULTIMATO. **Para que serve a capelania hospitalar?** Disponível em: https://www.ultimato.com.br/conteudo/para-que-serve-a-capelania Acesso em: 20 fev. 2019.

71 SOUZA, Virginia H. S. de; MOZACHI, Nelson. **O Hospital - Manual do Ambiente Hospitalar** - 9 edição. Disponível em: https://www.cursosaprendiz.com.br/capelania-hospitalar/. Acesso em: 03 nov. 2019.

É plenamente reconhecido que a saúde dos indivíduos é determinada pela interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais, pois de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o bem-estar espiritual é uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões biológicas, psíquicas e sociais.

> A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades". Direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica, a saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos.[72]

Há vários artigos publicados, que documentam a influência da espiritualidade no tratamento de doenças.[73] Por este motivo, cresce o número de capelães nos hospitais brasileiros, cuja missão é oferecer apoio espiritual, emocional e social, aos enfermos, seus cuidadores e profissionais da saúde. Assim, a capelania hospitalar vem reestabelecer essa interação entre espiritualidade e saúde, contribuindo para o bem-estar dos pacientes.[74]

> Observando a história, constata-se que o tratamento de enfermidades teve início junto às igrejas. A partir da década de 80, iniciou-se um despertar de profissionais da saúde para os cuidados com a dimensão espiritual de seus pacientes, e houve, da parte dos religiosos, profundos avanços no que diz respeito à compreensão da antropologia e sociologia do ser humano, constatando-se, hoje, que o sistema de fé pode gerar um profundo bem-estar.[75]

A função do trabalho de capelania hospitalar é auxiliar o paciente na reflexão sobre sua enfermidade, ajudar na caminhada, apoio para enfrentar a dor e a finitude da vida.[76] Conforme menciona Hoepfner, "a cura deve ser vista, sempre, como uma consequência do cuidar. Afinal, o propósito cura,

---

[72] Disponível em: <https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizadores.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.

[73] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100023 Acesso em: 04 nov. 2019.

[74] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100023>. Acesso em: 04 nov. 2019.

[75] SOUZA, Virginia H. S. de; MOZACHI, Nelson. **O Hospital - Manual do Ambiente Hospitalar** – 9 edição. Disponível em: https://www.cursosaprendiz.com.br/capelania-hospitalar/ Acesso em: 03 nov. 2019.

[76] SOUZA, Virginia H. S. de e MOZACHI, Nelson. **O Hospital - Manual do Ambiente Hospitalar** - 9 edição. Disponível em: https://www.cursosaprendiz.com.br/capelania-hospitalar/ Acesso em: 03 nov. 2019.

inúmeras vezes, encontra-se distante das sábias e habilidosas mãos humanas, ao contrário do simples e terapêutico cuidar".[77] Ser apoio solidário nos momentos limítrofes da vida é de extrema importância. Pois, contempla toda essência do ser humano, também no processo de morrer. "O alicerce desta humanização é o próprio indivíduo enfermo, respectivamente a sua inalienável dignidade. É a dignidade da pessoa doente o pressuposto de uma assistência que priorize o cuidar e não o mero tratar".[78]

4 Discussão e Análise de Dados

A doença mostra o quanto somos frágeis e limitados, carentes da graça e da misericórdia de Deus. Diante de tantas circunstâncias e situações, o serviço de capelania aos enfermos é presença do divino diante do sofrimento humano. Conforme cita Lustosa, o adoecer constitui-se em um fenômeno subjetivo, vivido de maneira diferente a partir das influências culturais e ambientais de cada pessoa e desta forma, atribuindo formatações distintas.[79] É o anúncio de que Deus sempre se faz presente, mas de maneira especial, na fragilidade. A ação de Jesus Cristo deixa claro a missão perante os enfermos, o testemunho bíblico mostra claramente a sensibilidade de Jesus para com os necessitados.

O cristianismo em toda sua história sempre tem dado atenção especial aos enfermos. Por isso, mesmo diante das mudanças na atualidade, a fé cristã sempre tem uma palavra para entusiasmar a pessoa fragilizada, pois a vida moderna esfria muitos corações, deixando os enfermos na solidão. Diante da fragilidade, a pessoa dispõe-se para receber mensagens de conforto e esperança. A fé cristã tem o maravilhoso anúncio pascal. Por mais trágica que seja a situação em que o enfermo esteja, Deus se mostra propício como aquele que se põe a seu lado na luta contra o mal físico e espiritual. Ele é o primeiro interessado a consolar quem se aflige com as dores e fraquezas. Desta forma, as visitas se tornam sinais concretos, da graça de Deus, mediante a fragilidade humana.

---

77 HOEPFNER, Daniel; HOCH, Lothar Carlos. **Fundamentos bíblico-teológicos da Capelania Hospitalar:** uma contribuição para o cuidado integral da pessoa. 2008. p. 80.

78 HOEPFNER; HOCH, 2008, p. 80-81.

79 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100002>. Acesso em: 07 nov. 2019.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa, pode-se destacar aspectos importantes para o trabalho da capelania. A dimensão do cuidado, a partir da ótica da subjetividade do paciente, aponta vários elementos que são relevantes durante o trabalho da capelania junto ao paciente. Falar sobre a atuação da capelania traz aspectos significativos para todos os profissionais que atuam na área da saúde e da espiritualidade. O objetivo desta pesquisa foi elencar alguns conceitos para o trabalho da capelania, considerando os aspectos teológicos com acréscimo da filosofia. Entender a subjetividade nem sempre é fácil, porém compreender o outro que está diante de mim, ouvi-lo e amá-lo me tornará próximo dele.

O adoecimento traz à pessoa e seus familiares muitos aspectos que antes nem eram imagináveis, componentes rígidos, decisões difíceis, adequações necessárias e perda de autonomia. Nem sempre o paciente se sente preparado para enfrentar tudo isso. Com dor e angústia, busca fortalecimento pela fé e esperança. Considerar os aspectos subjetivos do paciente ajudará ele a organizar e refletir sobre todas as questões que necessitam encaminhar com o tratamento. Assim, com escreve Pessini, "considerar a pessoa não simplesmente como um corpo, não reduzindo-a à biologia, pura e simplesmente, é um grande desafio. O ser humano é um todo uno, um nó de relações. Ser gente é possuir corpo, é ter um psiquismo e coração, é conviver com os outros, cultivar uma esperança e crescer na perspectiva da fé em valores humanos".[80]

Este relato procura realçar a importância e a necessidade da dimensão humana no cuidado da dor e do sofrimento no âmbito da saúde, especificamente no hospital. O papel de humanização perpassa por esta dimensão do cuidado da pessoa e não só da doença. Mesmo em situações onde, apesar de... Há vida e uma vida que tem sentido, mesmo que por algumas horas, alguns dias... Resgatar o que não está doente é uma experiência de espiritualidade que oportuniza a ação de Deus. O resgate daquele lugar que não adoece, o lugar do sopro de vida, onde habita o Espírito de Deus, ali onde não adoeço posso ser capaz de encontrar esperança. Desta forma, precisamos compreender o que passa no coração daquele que sofre, a capelania se torna relevante neste cuidado e auxílio, sendo apoio neste momento de dor e angústia.

---

[80] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23(2)037.pdf. Acesso em: 06 nov. 2019.

Toda ação pastoral deve ser baseada na necessidade do doente, que é sujeito da ação e não objeto. Pois a doença gera conflitos que podem abalar e transformar toda existência, chegando a perturbar o relacionamento com Deus.

No entendimento geral, hospital é lugar/abrigo para cuidar da saúde. Onde as pessoas buscam refúgio e proteção no momento de doença e fragilidade. A proposta da capelania hospitalar é exercer este cuidado integral com o ser humano diante do sofrimento. Ser apoio e ajuda para a família que exerce também o papel de cuidador. Frágil e impotente diante da doença ou da morte, o ser humano geralmente busca, através da fé, refúgio e conforto para seu momento de enfermidade. O trabalho de capelania hospitalar nas instituições de saúde traz o aspecto da humanização. Quando a pessoa se encontra enferma ela busca meios possíveis de cura e bem-estar, saindo do ambiente frio e sombrio que muitas vezes a doença proporciona.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde não é apenas a ausência de doença, ela corresponde ao bem-estar humano no aspecto físico, psíquico e social. Todos estes semblantes precisam ser analisados e considerados ao se fazer o trabalho de visitação hospitalar. Pois este trabalho envolve toda essência do ser humano, que é a vida. Portanto, necessita ser realizado com cuidado, respeito e amor.

A bíblia valoriza os doentes de forma especial, destacando a forma de cuidado e visitação. O trabalho de visitação para enfermos tem destaque fundamental na prática de Jesus: *"Estive enfermo e me visitastes"* (Mt 25.36ss). Encontramos, na atuação de Jesus, referência para o trabalho de visitação. Com seu profundo amor e misericórdia, Jesus vai ao encontro dos desvalidos, lhes oferecendo escuta, acolhimento e compreensão. Cristo ensinou que só é possível o amor a Deus se este amor se estende ao próximo (1Jo 4.20).

Como diz o músico espanhol Pablo Casals, em uma frase: *"A capacidade de cuidar é o que dá à vida seu mais profundo sentido e significado"*. Assim como as palavras de Jesus: "como eu vos fiz, façais vós também". João 13. 15. Certamente motivados pela prática e as palavras do mestre Jesus, exercer o cuidado junto ao próximo é estender o amor e a misericórdia de Deus. Aquele que sofre merece um olhar de bondade, uma voz acolhedora, uma palavra de compreensão e de paz.

Referências

BALDESSIN, Anísio. **Como visitar um doente:** orientações práticas para padres, pastores e agentes de pastoral da saúde. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2003.

BÍBLIA Sagrada com reflexões de Lutero. Tradução de João Ferreira de Almeida. 2 ed. rev. e atual. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2012.
BOFF, Leonardo. **Saber cuidar:** ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis-RJ: Vozes, 2013.
CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento pastoral**: modelo centrado em libertação e crescimento. 4. ed. Tradução de Walter Schluppe Luís Marcos Sander. São Leopoldo: Sinodal, 2007.
GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.
GOYA, Will. **A escuta e o silêncio: lições do diálogo em Filosofia Clínica.** Revisão de Ronaldo Miguel da Silva. 3. ed. Porto Alegre: Mikelis, 2017.
Heidegger Martin. **Ser e tempo**. 8a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.
HOEPFNER, Daniel. **Fundamentos bíblico-teológicos da capelania hospitalar: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa** / Daniel Hoepfner; orientador Lothar Carlos Hoch. – São Leopoldo: EST/PPG, 2008.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23(2)037.pdf Acesso em: 29 out. 2018.
https://www.filosofiaclinicachapeco.com.br/filosofiaclinica Acesso em: 25 nov. 2019.
http://humana.social/teoria-geral-de-carl-rogers/ Acesso em: 30 set. 2019.
http://normalizacao.eci.ufmg.br/?Reda%E7%E3o_e Estilo: Metodologia: Tipos_de_pesquisa Acesso em: 13 ago. 2018.
https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizadores.pdf: Acesso em: 03 nov. 2019.
http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art11.pdf Acesso em: 05 set. 2018.
http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a13.pdf Acesso em: 29 out. 2018.
http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf Acesso em: 29 out. 2018.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100023 Acesso em: 04 nov. 2019.
https://www2.unifesp.br/acta/pdf/v24/n3/v24n3a17.pdf Acesso em: 29 out. 2018.
https://www.significados.com.br/subjetividade/ Acesso em: 24 jul. 2019.
Maria Alice Lustosa. Rev. SBPH v.10 n.1 Rio de Janeiro jun. 2007. Trabalho apresentado em Mesa Redonda no VI Congresso da SBPH, em Natal, setembro de 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100002 Acesso em: 24 jul. 2019.

MARTINI, Antonio e MARTINS, Alexandre Andrade. (Organizadores) **Teologia e saúde: compaixão e fé em meio à vulnerabilidade humana**. São Paulo: Paulinas, 2012.
O MUNDO DA SAÚDE -São Paulo. ano 27 v. 27 n. 2 abr./jun. 2003. Disponível em: ≤ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf ≥ Acesso em: 05 out. 2018.
PEREIRA, Marcos Cesar. **Capelania a Serviço da Humanidade**. Orientador Verner Hoefelmann. – São Leopoldo: EST/PPG, 2016. Disponível em: http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SlFE/691/1/pereira_mc_tmp451.pdf. Acesso em: 06 nov. 2019.
PESSINI, Léo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Bioética. Brasília: Conselho Federal deMedicina, v.10, n. 2., 2000. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214/215 Acesso em: 25 jul. 2019.
PESSINI, Léo. **Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar**. Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v.10, n. 2., 2000.
TILLICH, Paul. **La mia ricerca degli assoluti.** Roma: Astrolabio Ubaldini, 1968.
RÜCKERT, Maria Luiza. **Capelania hospitalar e ética do cuidado**. Viçosa, MG: Ultimato, 2016.
SILVA, Ronaldo Miguel; GOYA, Will. (Organizadores). **Filosofia clínica e espiritualidade.**, Porto Alegre: Mikelis, 2018.
SOUZA, Virginia H. S. de e MOZACHI, Nelson. **O Hospital - Manual do Ambiente Hospitalar** - 9ª edição. Disponível em: https://www.cursosaprendiz.com.br/capelania-hospitalar/ Acesso em: 03 nov. 2019.
ULTIMATO. **Para que serve a capelania hospitalar?** Disponível em: https://www.ultimato.com.br/conteudo/para-que-serve-a-capelania. Acesso em: 20 fev. 2019.

O "EU" e o Aconselhamento Pastoral hospitalar

Adélcio Kronbauer
Márcia Blasi

Resumo: Pastoral de Aconselhamento Hospitalar é realizado por pessoas experientes com formação teológica sistemática e prática bem como por um corpo de voluntariado. O objetivo deste artigo é propor uma investigação teológica que aponte um caminho libertador para as pessoas que empreendem o serviço de Aconselhamento Pastoral Hospitalar. O tema central é encontrar uma forma emocional e psíquica equilibrada para fazer o confronto existencial da questão da finitude da vida, isto é, como lidar com a morte. O caminho a ser percorrido é o processo de consciência e de autoconhecimento do "Eu". Na medida em que a consciência de si mesmo se efetiva o ser é afetado por perturbações. O artigo é uma demonstração de que a teologia sistemática comprometida com o ser em sua totalidade contribui de forma profunda para que o ser perturbado, desesperado possa alcançar estabilização na sua condição finita de vida. E isto é essencial para a atividade de acompanhamento pastoral em ambiente hospitalar

Palavras-chave: Aconselhamento Pastoral Hospitalar. Autoconhecimento. Consciência de si mesmo.

1 Introdução

A busca por um fazer científico solidário. Uma ciência comprometida com o cuidar. Desenvolver formas de pensar que desemboquem na criação de uma práxis libertadora do ser. Libertadora no sentido de erigir equilíbrio entre o necessário e o possível a fim de alcançar o bem-estar de vida.

Ciência é conhecer as partes e o todo. Ainda que o ser e o viver sejam multifacetários e que cada uma delas deve ser conhecida à parte, é igualmente imprescindível a consciência em relação ao todo.

A Teologia é um tipo de ciência que pode proporcionar práxis libertadora e conhecimento de uma parte isolada, bem como se insere no

todo. Este artigo quer apresentar investigações teológicas que realizam ciência "compromissiva", imperativo da dogmática da fé do tipo cristã, nos termos usados por Eberhard Jüngel.

A Ciência geralmente procura responder questões proeminentes. A pergunta proposta aqui é como lidar com a finitude do ser durante o Aconselhamento Pastoral Hospitalar. Como quem realiza o aconselhamento pode se defrontar com a morte sem se desestabilizar a tal ponto de tornar o serviço poimênico infrutífero ou altamente frustrante. Elencar uma resposta teológica para esta indagação é o intuito proposto.

O autoconhecimento, a autocrítica, a procura do "Eu" é a premissa básica. A ciência teológica cristã concebe luz para o ministério do Aconselhamento pastoral hospitalar a fim de que haja o encorajamento para percorrer este caminho. O autoconhecimento expõe a realidade do ser, isto é, seus paradoxos e suas verdades indeléveis. A consciência de si mesmo pode causar desespero, porém, é necessária para alcançar a liberdade do ser. A fé cristã possui em seu âmago uma resposta que produz equilíbrio e, por consequência, possibilita uma poimênica promotora de possibilidades de vida mesmo em condições inóspitas da existência impostas pela finitude do ser. Sem deixar de mencionar a condição do ser, que ele é mortal, e que disso deve estar consciente o tempo todo, exalta a esperança em um Deus infinito presente na finitude do ser.

De acordo com a classificação de Carlos Antônio Gil, o artigo é fruto de uma pesquisa do tipo básico quanto à sua natureza, qualitativa quanto à abordagem do problema, exploratória no que diz respeito aos objetivos e bibliográfica quanto aos procedimentos técnicos.1

2 O autoconhecimento

Todo conhecimento adquirido ao longo do tempo pela humanidade possui uma busca intrínseca pelo autoconhecimento. O ser humano quer conhecer-se a si mesmo. Inclusive ao conhecer o que o rodeia procura efetivamente estabelecer o seu lugar, o seu ethos, e isto também é autoconhecimento. Um dos principais aspectos que o diferencia dos outros entes vivos é a variedade de formas de conhecimento que é capaz de desenvolver e formular, sua capacidade de sistematizar saberes, de acumular e de transmitir entendimentos através da experiência empírica e de

1 GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994. 307 p.

formulações abstratas de ideias. O ser humano possui em sua estrutura ontológica a capacidade de perguntar em relação a si e em relação às alteridades. O ser humano pode se autoexplicar – desenvolver consciência sobre si mesmo – e pode conjecturar sobre tudo o que vê ao seu redor – ele faz e cria a ciência.

A ciência desenvolvida ao longo da existência dos seres humanos, por um lado, concentra-se em se apropriar de conhecimentos sobre a dinâmica do seu meio e do seu próprio mecanismo material de vida, o seu corpo e, por outro lado, dispensa um grande esforço para abordar questões não visíveis, mas sentidas e vivenciadas, a saber, sentimentos, emoções, bem como o próprio sentido e o valor da existência. Estes dois lados ou caminhos epistemológicos, ao se desenvolverem, criam tensões e conflitos, ainda que estejam falando do mesmo ser. Também ocorre deles se complementarem e colaborarem um com o outro produzindo um saber do todo e não só de partes isoladas. Estes caminhos de conhecimento possuem uma dinâmica constante de aproximação e distanciamento, de colaboração e de conflito. Este artigo parte da premissa de que o ser humano é um todo indivisível e que o conhecimento ou autoconhecimento do mesmo só pode ser completo, amplo e profundo se contemplá-lo como um todo.

> Não se conhece a vida humana sem a corporalidade da vida. Mas conhecemos, na corporalidade da vida, atos da vida espiritual e da vida psíquica que, como tais, são algo diferente do que atos corporais, e sem os quais o ser humano não seria ser humano. Ele tem a faculdade de ouvir e de entender, de responder e silenciar; pode desejar e renunciar desejando; mesmo estando em plena força física, está sujeito a sofrimentos indizíveis, pode sonhar e calcular, pode ser bom e mau ou estar acima do bem e do mal. O ser humano tem a faculdade de crer, amar e esperar. Também aí a corporalidade de sua vida desempenha um papel que não deve ser subestimado. (JÜNGEL, 2010, p. 25)

O saber ou a ciência possui um propósito. É conhecida a expressão: "saber é poder". Com frequência na história da humanidade tem-se usado o conhecimento como ferramenta para criar relações desproporcionais entre as pessoas e mesmo entre estas e demais entes. A intensão proposta neste escrito é a busca por uma ciência solidária; instrumento para o cuidado com o ser.

O ser humano desenvolveu muitas formas epistemológicas. Inclusive, não são poucas as teorias elaboradas sobre o próprio conhecimento, de como ele é e pode ser adquirido. As diferentes formas de abordagem recebem nomes: filosofia, matemática, medicina, antropologia, sociologia, história, psicologia, teologia, entre outras. Teologia? Teologia pode ser uma ciência, uma forma de o ser humano se conhecer? Ela pode contribuir de forma

relevante na busca de um saber? Ela oferece um aparato para o cuidado do ser? Sim, ela pode; ela é um "tipo de resposta possível" para um tipo específico de investigação, neste caso uma investigação teológica do tipo cristão.

> Estamos fazendo uma investigação teológica. As respostas possíveis fazem parte da área da dogmática cristã, portanto, de uma ciência que se ocupa com a fé em Deus. Respostas científicas têm de ser compromissivas, ainda que de modo diverso conforme o tipo de ciência. Resultados da ciência natural são compromissivos de modo diferente do que resultados das ciências do espírito. A dogmática cristã reivindica para si um caráter compromissivo próprio. O seu caráter compromissivo só pode ser o caráter da fé. (JÜNGEL, 2010, p. 26)

Resposta para qual pergunta? A Finitude, a morte na atividade de Aconselhamento Pastoral Hospitalar. Como uma pessoa agente de Aconselhamento Pastoral pode lidar com a morte em sua atividade? Qual resposta "compromissiva" pode dar o caráter da fé - da fé cristã - para pessoas envolvidas com este ministério?

A busca é por resposta solidária, por um aparato de cuidado. Aqui o cuidado é com as pessoas que realizam o Aconselhamento Pastoral. Elas necessitam de uma Resposta e, nos termos de Jüngel, uma resposta libertadora.

> O caráter compromissivo da fé verdadeira é, portanto, uma certeza que livra tanto da incerteza como de comprometimentos errados. A fé assegura-nos a liberdade. Ela compromete as consciências libertando-as. Porque a causa da fé é Deus. E não se pode estar seguro de Deus sem tornar-se um ser humano liberto. Portanto, (...) se quiser ser reposta de fé compromissiva, deve ser uma resposta libertadora. Se não houver uma resposta libertadora (de incerteza e comprometimentos errôneos) (...), então não haverá resposta de fé compromissiva... (JÜNGEL, 2010, p. 26-27)

As pessoas que estão atuando em uma atividade de Aconselhamento Pastoral Hospitalar são pessoas que cuidam de outras pessoas, elas cuidam do aspecto espiritual, especialmente. Isto pode ser feito de forma espontânea – e acontece muito neste meio – porém, pode alcançar maior êxito no sentido de ser um cuidado libertador quando conduzido por saberes provenientes de uma ciência. A ciência aponta para o autoconhecimento, e nele encontram-se respostas compromissivas para atuar de forma equilibrada, com sabedoria, com liberdade e criatividade.

> Acreditamos, então, que, para se resgatar o verdadeiro sentido do cuidado, faz-se necessário e urgente que o homem tenha, principalmente, a consciência do que ele é, das suas capacidades e fragilidades, e o que ele efetivamente quer. Ou seja, o homem precisa

> fazer o exercício da autoconsciência/autoanálise e autocrítica dando significado ao viver. Precisa cuidar-se. (AMORIM, 2013)

Ao "fazer o exercício da autoconsciência" a pessoa depara-se com o aspecto imutável, irrevogável, emblemático, ela é mortal. Uma investigação teológica cristã, segundo Jüngel, será capaz de apresentar uma resposta libertadora para este evento existencial inexorável. Um saber que possui "o caráter da fé". Resposta que liberta para um cuidado libertador. Jüngel alerta para o fato de que na ausência de resposta compromissiva a pessoa busca respostas substitutivas, além de poder, neste caso, ser envolvida por uma linguagem ou um silenciar inescrupulosos.

> Em todo caso, a proclamação cristã impossibilita à teologia deixar a questão da morte entregue à própria sorte. A fé cristã é determinada pelo fato dessa pergunta ter encontrado uma resposta. É tarefa da teologia apresentar essa de forma adequada e atualizada. (JÜNGEL, 2010, p. 27)

Juntamente com a investigação teológica de Eberhard Jüngel, será apresentada aqui a de Sören Kierkegaard no sentido de se vislumbrar uma resposta de caráter compromissivo, típico da fé, da fé cristã.

3 O "Eu" mortal nas obras de Eberhard Jüngel e Søren Kierkegaard

3.1 Eberhard Jüngel

Jüngel discorre sobre o tema em seu livro intitulado "Morte". O seu intuito é encontrar uma resposta teológica adequada e plausível que signifique "libertação para a vida e para o próprio morrer". "Resgate da morte é libertação para uma nova relação com Deus e consigo mesmo" (JÜNGEL, 2010, p. 22) "Poder morrer, portanto, pressupõe uma afirmação da vida." (JÜNGEL, 2010, p. 93)

Teologia supõe o uso de expressões, de palavras, uso do discurso, portanto, de linguagem, não diferente das demais ciências para externar processos, métodos e conclusões, descobertas, respostas. A Linguagem é uma capacidade humana extraordinária que possibilita atitude positiva. A linguagem tem poder. Ao falar da morte Jüngel enfatiza: "A literatura de todos os tempos com suficiente clareza revela o quão poderosa é a mera linguagem da morte. A linguagem da morte - ameaças, angústias, mas também

atrações e seduções – faz parte do seu poder de dominação." (JÜNGEL, 2010, p. 12)

Conceituar é uma atitude positiva da linguagem. Conceituar é delimitar, mas também estabelecer conexões; é separar em partes – isolar – porém, também conhecer a ação da parte isolada inserida no todo. Para Jüngel, a tarefa é inóspita tratando-se da morte, pois existe uma dificuldade natural, tendo em vista que a morte por si mesma não consegue ser analisada ou inquirida; não é possível perguntar para a própria morte o que ela é. Podemos, no entanto, segundo ele, questionar a vida para conhecer a morte. A morte é conhecida relacionando-a com a vida. Para Jüngel a "ciência não evoca mortos, nem mesmo para questioná-los a respeito da morte" e a teologia tão pouco, pois "os mortos são eliminados como possível instância para consulta sobre a morte. Eles estão mortos." Isto faz com que a morte não possa ser "inquirida e definida com exatidão". (JÜNGEL, 2010, p. 16.)

> [...] apenas a vida humana entra em cogitação como instância inquirível sobre a morte. A vida humana entra em cogitação por efetivar-se como relação com a morte e dar-se conta desta experiência. No entanto, essa experiência resulta antes numa compreensão mais precisa da vida humana, a saber, como um "ser para a morte" (Heidegger). E isto, por sua vez, pode representar um ganho na busca por um questionamento metodicamente orientado a respeito da morte, na medida em que se esclareça que a morte só pode ser compreendida pelo que ela é no horizonte da vida humana. (...) A morte alimenta-se da vida. (JÜNGEL, 2010, p. 19)

Sendo assim, o falar sobre a morte é também um falar sobre a vida da pessoa humana. Conceituar a morte só pode ser realizado a partir da vida. O conceito implica conhecer uma relação, o conceito se dá a partir de uma relação. Morte não pode ser conhecida de forma isolada, somente na relação com o todo. A afirmação de que a vida só pode ser conhecida em sua relação com a morte também é verdadeira? Jüngel exprime a questão da seguinte forma:

> A relação da vida humana com a morte revela esta como um acontecimento sem o qual o vivente não pode compreender a si mesmo. O ser compreende-se como um ser que tem tempo (e ao qual, por isso mesmo, também pode faltar tempo), mas não tem um tempo ilimitado. Os dois fatos determinam a nossa existência que, em cada um dos seus atos, é temporal, mas que, ao mesmo tempo, constantemente experimenta a sua limitação temporal. (JÜNGEL, 2010, p. 18)

A vida evidencia que a morte é a única realidade indubitável. A morte é uma condição fundamental da existência. Parece bem natural asseverar

sobre a morte do ser humano sem estabelecer enfaticamente que se está falando também e especialmente da própria morte. "Eu" sou mortal, a morte faz parte da minha existência. Segundo Jüngel, isto causa estranheza, pois para qualquer outra situação o ser humano consegue adaptar-se, deve dar conta dela, menos em relação à morte, já que ela põe termo a vida, a existência. A morte é o que temos de mais estranho e de mais próprio.

> [...] pois a morte não é só o estranho por excelência em relação à existência humana, mas é simultaneamente *o que de mais próprio temos*. Pode haver muitas incertezas em nossa vida; a morte, porém, é certa. *Incerta Omnia, sola mors certa (Agostinho).* Tudo nos pode ser tirado, até mesmo a vida: somente a morte não nos pode ser tirada. Ela é o que de mais próprio temos. (JÜNGEL, 2010, p. 15)

A morte não se faz presente somete na hora derradeira, no momento em que uma vida deixa de existir. Ela faz sombra sobre a vida o tempo todo. Isto impõe ao ser humano viver, agir em função do que ela é, ela impõe limites. E desta forma ela possui um reinado sobre a vida, determina a vida. "Ela reina não apenas como *brutum factum*, como fato em si, mas determina fundamentalmente o ser humano já em suas situações de vida mais humanas." (JÜNGEL, 2010, p. 12)

Jüngel fala de uma discrepância. Da discrepância entre uma "vida vivida e as possibilidades de uma vida por viver" (JÜNGEL, 2010, p. 25). A morte impossibilita o que ainda se poderia viver. E a pergunta que se apresenta é se esta vida, cujo porvir foi inviabilizado pela morte, foi vivida até "exaurir todas as possibilidades"? Jüngel denuncia que vivemos uma realidade na qual a morte alcança por término em vidas antes que todas as "possibilidades realizáveis" tenham sido vivenciadas. (JÜNGEL, 2010, p. 25)

A morte se dá a conhecer também socialmente. Ela põe termo nas relações com os outros. Ela interrompe, ela separa: "a morte do outro, especialmente do próximo, atinge a minha existência como perda de possibilidade para o meu próprio existir." (JÜNGEL, 2010, p. 30)

A morte é implacável no quesito de clarear uma verdade indelével: Nem "tudo é controlável e dominável." (JÜNGEL, 2010, p. 31)

Jüngel traz à tona a pergunta "até que ponto eles são atingidos pela morte", referindo-se a questão dos conceitos sobre alma, espírito, processos psíquicos ou do que ele chama de "atos da vida espiritual." "A morte põe fim a vida psíquica e espiritual?" E aí que entra a investigação teológica – dogmática cristã - propriamente dita. (JÜNGEL, 2010, p. 25)

Segundo Jüngel, ao contrário da compreensão platônica, que entende a morte como uma libertação da alma para o pleno conhecimento, que percebe o corpo como entrave a fim de que este conhecimento seja alcançado, o Antigo e o Novo Testamento expressam a realidade da morte como um mal

e afirma que o bem é a vida. Este mal que é a morte deve ser aceito, não negado. Jüngel conclui baseado no seu entendimento bíblico que a essência da morte é a completa ausência de relacionalidade. "A pessoa morta, no entanto, não está somente sem relação com tudo o mais fora dela mesma, mas especialmente consigo mesma." (JÜNGEL, 2010, p. 61) "O que é a morte, já que, por um lado, podemos ser responsabilizados por ela e, por outro lado, somente podemos defrontar-nos com ela na total ausência de relação, em perplexidade e impotência total?" (JÜNGEL, 2010, p. 11)

A diferença fundamental entre Antigo e Novo Testamento é de que se, no primeiro, predomina a visão da falta de relacionalidade, inclusive com Deus, no segundo, esta falta é superada através da morte de Jesus. A morte de Jesus é uma morte que ressignificou profundamente a questão da finitude da vida, pois agora Deus desceu ao mundo dos mortos. Isto, claro, tem a ver com fé. Esta fé só pode ser possibilitada e não exigida, segundo Jüngel. A fé na Morte de Jesus nos reposiciona diante da nossa morte e nos possibilita crer em sua ressurreição e na ressurreição de todos nós. (JÜNGEL, 2010, p. 35) Esta é a esperança que tem como critério a fé cristã.

No Antigo Testamento a morte aliena a vida de Deus e também a vida da vida. (JÜNGEL, 2010, p. 61) A esperança é pôr um fim justo:

> A morte não teria de ser necessariamente isto, que tenhamos de morrer sem poder morrer. Não haveria necessidade dela se constituir em ameaça; poderia ser apaziguamento da vida. Ela não teria de ser, necessariamente, antinatural; poderia ser bem natural. Não teria que vir prematuramente, inoportunamente, em má hora (Ec 9.12); poderia sobrevir em hora oportuna. Não precisaria ser rompimento, mas poderia ser o fim justo. (JÜNGEL, 2010, p. 59)

3.2 – Sören Kierkegaard

A indagação de Kierkegaard em seu escrito intitulado "O desespero Humano" diz respeito ao "Eu". Usa um pensamento dialético para determinar que o "Eu" é uma síntese proveniente de uma relação, uma relação estabelecida consigo mesma. O Eu é encontrado quando acontece um "orientar-se para a interioridade". Esta faina justifica-se pelo fato da necessidade da pessoa humana tornar-se consciente de si mesma. Ser conhecedor de si mesmo implica reflexão árdua até chegar a uma completa conscientização do "Eu". O "Eu" é o conhecimento que a pessoa tem de si mesma depois de ter sido estabelecida a relação consigo, não é a relação em si, mas a consciência adquirida. É necessária a consciência aliada à vontade para isto acontecer:

> [...] assim a consciência, a consciência interior, é o fator decisivo. Decisivo sempre que se trata do "Eu". A consciência dá a sua medida. Quanto mais consciência houver, tanto mais "Eu" haverá. Pois que, quanto mais ela cresce, mais cresce a vontade, e haverá tanto mais eu quanto maior for a vontade. Num homem sem vontade, o "Eu" sou inexistente. Todavia, quanto maior for a vontade, maior será a consciência de si mesmo. (KIERKEGAARD, 2001, p. 33)

Kierkegaard constrói formulações complexas ao dizer que este processo de conscientização está inevitavelmente enredado com o desespero. Quanto mais consciente, mais desesperado é o "Eu", no entanto, a falta da consciência é a pior forma do "Eu" ser desesperado. De qualquer forma o ser humano vive em desespero. O desespero é a sua doença mortal. Há vários níveis de desesperados desde o estado que Kierkegaard chama de vegetativo, o menos consciente, até o estado mais profundo, quando se tem de fato a consciência do próprio desespero. É categórico ao afirmar: "Portanto, o desespero está em nós." (KIERKEGAARD, 2001, p. 22)

No processo de interiorização em busca do "Eu" entra a relação dialética entre finito e infinito, bem como entre as "categorias do possível e do necessário." É sobre estas categorias ou características que se processa a consciência do "Eu" - do espírito - que é o ser humano.

> Abstratamente pode-se distinguir as diversas personificações do desespero, sondando os diversos fatores desta síntese que é o eu. O eu sou formado de finito e de infinito. Contudo sua síntese é uma relação que, apesar de derivada, se relaciona consigo mesma, o que é a liberdade. O eu sou liberdade. Mas a liberdade é a dialética das duas categorias do possível e do necessário. (KIERKEGAARD, 2001, p. 33)

Kierkegaard indaga sobre a possibilidade de "o nosso Eu" ter sido estabelecido por ele mesmo – o próprio "EU ter criado a relação que o constitui - ou por outrem". (KIERKEGAARD, 2001, p. 20) Responde de que é vantajoso pensar na segunda hipótese. A primeira desembocaria no desejo de "querermo-nos desembaraçar do nosso Eu, de querermos ser outro." A segunda oferece a oportunidade de desenvolver "a vontade desesperada de sermos nós mesmos" e encaminha o ser humano para uma cura, "equilíbrio e repouso". Essa é a fórmula que descreve o estado do eu, quando deste se extirpa completamente o desespero: orientando-se para si mesmo, querendo ser ele mesmo, o eu mergulho, através da sua própria transparência, até ao poder que o criou. (KIERKEGAARD, 2001, p. 20)

Kierkegaard aponta a fé como forma do ser humano, necessariamente desesperado, viver de forma equilibrada a relação do possível e do necessário, do finito e infinito. Na fé cristã, especialmente, o "Eu" encontra este modo

de vida. "O crente tem no possível o eterno e seguro antídoto do desespero. Porque Deus "pode" a todo instante. É esse o combustível da fé que resolve as contradições." (KIERKEGAARD, 2001, p. 42)

> O contrário de desesperar é crer; [...] como fórmula dum estado do qual o desespero foi eliminado, vem a ser afinal a fórmula de fé: descendo em si próprio, querendo ser si mesmo, o eu mergulho através da sua própria transparência no poder que lhe deu existência. (KIERKEGAARD, 2001, p. 20)

Imprescindível é pensar sobre a regra e a medida diante das quais o "Eu" se posiciono para deslindar-se. Poderia a pessoa humana ser a sua própria regra e medida? Kierkegaard manifesta-se da seguinte forma: "Apenas a consciência de estar frente a Deus faz do nosso eu concreto, individual, um eu infinito." (KIERKEGAARD, 2001, p. 76)

> Que acento infinito Deus dá ao homem tornando-se sua medida. A medida do eu é sempre o que este tem diante de si, e assim se define o que seja a medida. Medida que é ao mesmo tempo sua regra ética. Portanto medida e regra exprimem a qualidade das coisas. Contudo não sucede o mesmo no mundo da liberdade. Aqui se não for idêntica à medida e a regra, tem de ser, contudo, responsável desta qualificação de modo que regra e medida, quando chega o juízo final, permanecem, contudo, invariáveis, manifestam o que não somos: nossa regra e nossa medida." (KIERKEGAARD, 2001, p. 75)

O cristianismo ensina que Deus oferece o arrimo. Deus assume o "Eu" humano, e o "indivíduo perante Deus" passa a ser uma realidade. Esta é a loucura da fé.

> [...] esse homem está frente a deus, pode falar com deus quando quiser, com a certeza de ser escutado, e é a ele que propõem viver na intimidade de Deus! Se não bastasse foi por esse homem, por ele também que deus veio ao mundo, se deixou encarnar, sofreu e morreu. É esse deus de sofrimento que lhe roga e quase suplica que aceite o socorro, que é um oferecimento! Em verdade, se há no mundo coisa para enlouquecer, não será esta? Quem quer que não o ousa crer, por falta de humilde coragem, escandaliza-se. Em se escandalizando, é porque a coisa é demasiada elevada para ele, porque não lhe pode entrar na cabeça, porque não pode neste caso falar com toda a franqueza, e eis porque lhe é necessário pô-la de lado, considera-la vazia, uma loucura, uma ingenuidade, de tal modo ele se sente sufocado. (KIERKEGAARD, 2001, p. 80)

4 O desespero e o equilíbrio do "Eu" no Aconselhamento pastoral Hospitalar

A Consciência é o paradigma que une as obras analisadas. Inclusive, ao ler Jüngel, fica-se com a impressão de que este tem como pano de fundo a visão filosófica de Kierkegaard, ainda que o tenha citado diretamente uma única vez. Ambos tratam do fato mais profundo e evidente da existência humana, saber quem somos. E saber quem somos implica em saber sobre a finitude. Reconhecer a finitude como parte inexorável da existência. Para Kierkegaard, isto é o estágio mais evidente da consciência do "Eu", mas acarreta desespero. Jüngel apresenta uma resposta que chama de compromissiva, cuja busca é por libertação para viver e para morrer (vida e morte com sentido de existência), usa como caminho o que denomina de investigação teológica sobre a morte. Da consciência sobre o que é a morte, sobre qual seu sentido, seu valor ou função resulta o verdadeiro entendimento sobre o valor da vida. Partindo da premissa de que a morte somente pode ser compreendida a partir da vida e de que a vida, por sua vez, é caracterizada pela existência da morte, ocorre uma relação paradoxal e enigmática. Paradoxos, enigma e desespero; a consciência pode levar a estes elementos.

Estar consciente de si mesmo, conhecer-se é auferir com expressões de linguagem ou através de um processo mental de interiorização quem é a pessoa humana. A pessoa Humana é finita e a finitude imprime sobre esta consciência o seu poder. A consciência desafia a pessoa humana, questiona e desequilibra. A consciência faz com que a pessoa, o "Eu" entre em crise. Kierkegaard denomina isto de desespero.

Ao realizar o Aconselhamento Pastoral Hospitalar é bem provável deparar-se com uma pessoa que queira falar sobre a sua morte, sobre a possibilidade de morrer ou mesmo sobre o seu desespero por ter sido, neste momento de internação, desafiada, questionada e desequilibrada pela consciência de sua finitude, pela consciência da realidade do "Eu". Possui necessidade urgente de falar sobre a crise. Como será a reação ou postura de quem estiver realizando o Aconselhamento Pastoral neste contexto? A conduta será proporcional ao nível de consciência vivenciado pessoalmente? Será espontâneo? Equilibrado, sereno, tranquilo, confiante? Ou angustiado, ansioso, confuso com um olhar voltado para dentro de si mesmo e bem distante da pessoa a ser visitada e ouvida? Evocará uma postura no sentido de se desviar do tema proposto pela pessoa hospitalizada? Despertará uma atitude positiva com um olhar atento, sensível e respeitoso em vistas de uma audição ativa que possa cativar a confiança da pessoa visitada a fim de que esta consiga externar os temas que a estão sufocando?

Kierkegaard e Jüngel articulam uma argumentação asseverando a fé como forma de cura do desespero humano e do espectro da morte ser digerido com resiliência. A fé é a "boia" (KIERKEGAARD, 2001, p. 78) que talha um viver de forma equilibrada a relação do possível e do necessário, do finito e infinito. A fé encaminha a pessoa a se por diante do homem Jesus. O homem Jesus passa a ser a medida do ser; caso o próprio ser seja sua própria medida fecha-se a possibilidade de cura. Cura é uma vida equilibrada, é estar consciente da "ambiguidade tanto da morte como da vida" (Jüngel). Ser curado é não fugir da realidade de quem somos. O ser diante do homem Jesus é um ser que vê além de si mesmo. "A definição da fé pela qual me guio em todo este escrito, como por uma segura boia. Então, crer, é: sendo nós mesmos e querendo sê-lo, mergulhar em Deus por intermédio de sua própria transparência." (KIERKEGAARD, 2001, p. 78)

Disto advém a pergunta pela práxis. Primeiro, cativar as pessoas envolvidas com acompanhamento pastoral hospitalar para a necessidade de estarem convencidas de que o autoconhecimento é primordial. De que é inerente ao autoconhecimento a questão da morte. De que havendo profundas dificuldades em relação ao tema da finitude a assistência espiritual hospitalar pode ser bem superficial e não atender a necessidade de pacientes em suas crises existenciais, principalmente. Segundo, como desenvolver um processo estruturado para assessorar e facilitar a busca por autoconhecimento neste contexto. Atingir um nível de consciência profundo pode exigir atividades conjuntas e individualizadas. Leituras, conversas, compartilhamento de relatos em grupos, assessorias especializadas em determinados temas podem ser algumas das maneiras de apurar e aguçar o autoconhecimento. A prática constante de análise de protocolos de aconselhamento pastoral hospitalar é outra ferramenta extraordinária.

Não é verídico que as pessoas não estejam conscientes da sua finitude. É comum nas manifestações das pessoas esta consciência. Mas percebe-se uma veleidade nestas manifestações. Existe uma fuga, um receio, um medo. Apesar de ser óbvio, e apesar de ser mencionado constantemente, parece haver uma falta de liberdade para tratar deste assunto indelével. Esta falta de liberdade traz prejuízos para a vida. Se a afirmativa de Jüngel de que a morte determina o que é a vida for levada em consideração é fundamental ir muito além de constatações rasas. Na medida em que se tem clareza do que de fato é a morte para o ser humano, o que ela impõe, a vida vai recebendo ressignificações, ampliando o seu valor e libertando o ser de falsas expectativas, de ilusões. A maneira correta de ver a morte sugere a maneira possível de viver.

Aconselhamento Pastoral Hospitalar tem como competência estar aberto para o tema morte; somente se assim proceder poderá encaminhar para

uma vida ainda possível mesmo que seja em um momento de despedida. Uma pastoral de Aconselhamento hospitalar não pode prescindir ou negligenciar o oportunizar às pessoas o enfrentamento consciente em relação ao morrer e tudo o que implica. Morrer não é vergonhoso – aspecto que adquiriu a partir da metade do século XIX (ARIÈS, 203, p. 84). Morrer pode ser injusto em muitas situações e condições – fato que sempre precisa ser denunciado enfaticamente – porém, no seu devido lugar ela não é uma derrota. Muitas pessoas morrem repentinamente, outras ficam inconscientes durante longo período, impedindo ou dificultando a comunicação, a interação, mas quando estas condições estão dadas e não são aproveitadas é uma verdadeira tragédia. O papel do Aconselhamento Pastoral Hospitalar é ter olhares e ouvidos atentos e trabalhar no sentido de que as ansiedades, angústias, crises, enfim, necessidades sejam percebidas e levadas em consideração. Quando o tema da morte é uma espécie de tabu, quando este tema desequilibra a vida de quem cumpre o papel de aconselhar é bem provável que o olhar e o ouvir ficarão turvos e o objetivo do aconselhamento será confuso e atrapalhado, possivelmente sem benefícios.

Em que sentido as ideias de Jüngel e Kierkegaard podem subsidiar o desenvolvimento de um Aconselhamento pastoral hospitalar no que diz respeito ao enfrentamento da finitude da vida? Os dois autores asseveram sobre a necessidade da pessoa estar ciente de sua própria condição, adquirir consciência. Sem esta consciência o ser é cativo; somente através da consciência, ainda que traga desespero, alcança liberdade. A consciência desemboca em uma atitude positiva. Através dela, mesmo com sofrimento, ocorre um processo de aceitação, conformação. A consciência sugere que a vida é uma oportunidade, cujas possibilidades e necessidades – possível e necessário, finito e infinito – acontecem em um movimento paradoxal e dialético. A conclusão é de que na medida em que a morte deixa de ser um fantasma assustador, mas uma realidade, ela é encarada naturalmente. Para quem desenvolve aconselhamento pastoral hospitalar esta consciência é fundamental. Jüngel e Kierkegaard exortam para a questão da consciência e apontam para uma postura equilibrada; e este é o subsídio que nos apresentam.

As obras analisadas são escritos teológicos. E como tal, vão além de constatações. Apontam para a esperança. Jüngel discorre sobre a esperança no Antigo e no Novo Testamento. Kierkegaard é mais direto ao pensar sobre o amor de Deus pelo ser humano ao se fazer homem. Em ambos, a esperança última está em Jesus, Deus encarnado. Deus nos oferece um infinito, pois é de sua natureza. No homem Jesus é superado a finitude. A finitude, a morte põem termo às relações, mas Jesus é a possibilidade de que a morte não o pode fazer entre Deus e o ser. Este último aspecto ainda estava bem dúbio

no Antigo Testamento, onde a esperança move o ser a almejar vida longa e bem vivida, depois pode virar pó, pois foi uma vida abençoada, segundo a interpretação de Jüngel. Uma teologia da esperança é um pilar no aconselhamento pastoral hospitalar. Confrontar as situações inexoráveis, paradoxais, indeléveis com esperança, ser um "Eu" com esperança. Paul Tillich diz que esperança é um dos três elementos da fé e se refere a ela da seguinte forma: de expectativa por uma participação final na unidade transcendente da vida sem ambiguidades". "[...] o elemento que caracteriza a fé como antecipatória, que é a qualidade da esperança por uma criatividade plenificadora do Espírito Divino. (TILLICH, 1984)

Aconselhamento Pastoral Hospitalar não é um serviço desvinculado das questões dos relacionamentos sociais e meio ambiente, pois sua práxis acontece em um determinado contexto econômico, político, religioso, ambiental, cultural, familiar, de relações de gênero. Os escritos sobre os quais foi construído este artigo não mencionam estes aspectos com veemência, o âmago dos seus conteúdos passa ao largo destas temáticas. Kierkegaard desenvolve o pensamento voltado para um processo de interiorização como forma de conscientização sobre o "Eu". Faz breves referências ao mundo exterior para exemplificar níveis de consciência. Quando alguém não conformado consigo mesmo atinge a ideia de que é um "Eu" que não quer ser, um "Eu" que chega à consciência de querer ser outro porque a felicidade está neste outro e na ânsia de sê-lo pauta a sua vida de forma frenética para alcançar aquela condição (ter fama, ter riquezas por exemplo). Jüngel, por sua vez, menciona a questão da vida não ter sido vivida em todas as suas possibilidades. Uma vida ainda a ser vivida que foi interrompida. Ele também diz que a morte tem uma função sociopolítica, que é igualar todas as pessoas. É imperativo ao Aconselhamento Pastoral Hospitalar, desenvolvido a partir "da investigação teológica compromissiva da fé cristã", ancorar-se também nas questões contextuais, conscientizar-se delas. Desta forma poderá entregar um serviço não apenas para indivíduos isolados, mas sensibilizar a sociedade para mudanças ou transformações.

Ouvir é o mote do Aconselhamento Pastoral Hospitalar. Para Dietrich Bonhoeffer, trata-se de um dentre três serviços – ouvir, servir e suportar – com o qual a pessoa cristã deveria se preocupar fielmente. Jüngel e Kierkegaard não abordam este aspecto especificamente. É uma questão prática que não se fazendo presente o "aconselhamento" simplesmente não acontece.

> O primeiro serviço que alguém deve ao outro na comunidade é ouvi-lo. Assim como o amor a Deus começa quando ouvimos a sua Palavra, assim também o amor ao irmão começa quando aprendemos a escutá-lo. É prova de amor de Deus para conosco que não apenas nos dá a sua Palavra, mas também nos empresta o seu ouvido. Portanto, é

> realizar a obra de Deus no irmão quando aprendemos a ouvi-lo. (BONHOEFFER, 1997)

5 Considerações Finais

Muitas pessoas realizam visitas a pacientes em hospitais. Uma parcela significativa se deve a relações de amizade, e quem o faz por este motivo vai ao hospital esporadicamente. Geralmente há, neste caso, indecisão sobre o que dizer ou como se portar diante da pessoa enferma. A presença de gente amiga faz bem, mas muitas vezes pode ser inoportuno e acarretar em constrangimento. Parentes também costumam muitas vezes efetuar este tipo de visita. Aos Familiares mais próximos cabe o cuidado, a preocupação cotidiana, o acompanhamento, a administração de crises, enfim, a continuidade da relação familiar em uma realidade de internação hospitalar. Acontece com frequência a contratação de cuidadoras ou cuidadores, que podem ser pessoas anteriormente bem estranhas ou que já eram conhecidas, ainda que elas possam ter relações próximas de afetividade a condição estabelecida é de prestação de serviço, assim como profissionais da instituição hospitalar. E há também uma enorme gama de pessoas que acessam os hospitais para realizarem visitação religiosa. Estas porque foram solicitadas para uma visita específica ou com o intuito de visitar indistintamente pessoas internadas.

Especificamente em relação às visitas religiosas, mesmo que pareça que tudo seja feito com as melhores intenções, propósitos dúbios também podem estar presentes. Geralmente as visitas religiosas "em massa" acontecem com a ideia doutrinadora ou "evangelizadora", com posturas prosélitas. Um discurso religioso com respostas prontas e arranjadas, cujo conteúdo poucas vezes atende a necessidade essencial da pessoa enferma, ainda que convença ou envolva o receptor. De fato, a pessoa visitada passa a ser um receptor de conteúdo religioso.

O que foi proposto neste artigo é um estudo sobre visitação religiosa – Aconselhamento Pastoral Hospitalar – qualificada, cujo interesse é proporcionar à pessoa enferma externar de forma ativa e por outro lado uma audição ativa por parte de quem visita. Evidenciou-se ser fundamental para isto ocorrer o desenvolvimento da autoconsciência, do autoconhecimento. O autoconhecimento do ser, especialmente de quem assume o papel de ouvir.

Para ouvir bem é importante silenciar-se, silenciar as dores, as feridas, os dramas e os medos de quem ouve. Ainda que tudo esteja ali presente é hora de ouvir as dores, feridas, dramas e medos do outro. Somente com o exercício constante de tomada de consciência da realidade do "Eu" isto se faz possível. Quando esta tomada de consciência é realizada sem pensamentos esquivos, o

"Eu" será defrontado de uma forma inequívoca com o tema da morte do ser, com a morte do seu ser, do "Eu". Isto pode dificultar o silenciar-se na atividade de ouvir. É primordial oportunizar às pessoas envolvidas com Aconselhamento Pastoral Hospitalar, sejam elas ministros e ministras religiosas experimentadas ou voluntárias, maneiras de facilitar o processo de autoconhecimento.

A investigação teológica se apresenta como um alicerce para assegurar a construção de um aconselhamento pastoral hospitalar libertador. A ciência teológica a serviço de libertar o "Eu" do desequilíbrio existencial causado pelas questões paradoxais, indeléveis e ambíguas tanto da vida quanto da morte.

Referências

AMORIM, Karla Patrícia Cardoso. **O cuidado de si para o cuidado do outro.** São Paulo: Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo – v.7 n. 4, p. 437-441, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/155557/a09.pdf> Acesso em: 28 set. 2018.

ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente**. Ediouro; Rio de Janeiro, 2003.

BONHOEFFER, Dietrich. **Vida em comunhão.** 3. ed. Revisada. São Leopoldo :Sinodal, 1997.

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

KIERKEGAARD, Søren. **O desespero humano.** São Paulo: Editora Martin Claret, 2001.

TILLICH, Paul. **Teologia Sistemática.** São Leopoldo: Sinodal, 1984.

Auxílio espiritual na oncopediatria

Sandro Moraes
Nilton Eliseu Herbes

Resumo: O objetivo deste trabalho é descrever como o espiritual auxilia os familiares e cuidadores que lidam com crianças com doenças terminais, mais especificamente, na oncopediatria. A justificativa para desenvolver uma pesquisa sobre este tema se deve à importância que se tem dado a questão espiritual dentro de ambientes hospitalares e clínicas, como a oncopediatria. Dentro deste contexto hospitalar, foi analisado como a fé e a esperança em Deus auxiliam os familiares e cuidadores. Quanto à metodologia, em primeiro momento, será trabalhada uma visão geral do aspecto espiritual e sua necessidade no contexto da enfermidade que é o câncer. Em um segundo plano, o autor examinará alguns autores que escreveram sobre espiritualidade e familiares/cuidadores. Em terceiro e finalizando, como os familiares e cuidadores lidam com a esperança e a fé em Deus e como isto se dá neste ambiente de incertezas. A partir dos resultados encontrados, podemos afirmar que a esperança e a fé em Deus fazem parte ativa dos familiares e cuidadores para obterem conforto e direção frente aos momentos de incógnitas produzidos pela doença. Em síntese, constatamos que esta esperança e fé em Deus é algo individual que transcende nosso entendimento, mas proporciona através da oração, ler as Escrituras e outras formas de adoração, forças para continuar vivendo o dia a dia mesmo quando o resultado for negativo ou positivo.

Palavras-chave: Câncer. Criança. Cuidador. Espiritual. Familiares e Fé.

Introdução

A OMS – Organização Mundial da Saúde[81] relatou, através de folha informativa, no relatório de setembro, que no ano de 2018, houve um total de 9.6 milhões de pessoas mortas devido ao câncer. Essa contabilização indica que, a cada seis pessoas mortas no mundo, aproximadamente uma é em consequência do câncer. Mais raro, um estudo feito pelo cientista Zachary Ward *et al*, com resultado em 2019 da Universidade Harvard, nos Estados Unidos, menciona que uma em cada duas crianças com câncer não são diagnosticadas. É mencionado que nos infantes existem 200.000 diagnosticadas com a doença a cada ano, mas o dobro, 400.000, ainda sem diagnóstico.[82]

O número de mortes devido ao câncer tem aumentado consideravelmente nos últimos anos. Thâmara Sena Barreto e Rita da Cruz Amorim reforçam o fato do aumento do número de pessoas mortas pelo câncer e comentam que desde o momento do receber a notícia da doença até a morte, a estrutura familiar se altera:

> A comunicação do diagnóstico de uma doença pode provocar alterações físicas, emocionais e sociais no cliente e, frequentemente, se estendem à sua família. Em se tratando de uma doença como o câncer, que ainda tem índice de mortalidade alto, a sua descoberta pode desestruturar a família, pois as alterações provocadas por ela e por seu tratamento são motivos de sofrimento para a pessoa doente e seus entes queridos.[83]

Esses dados causam um desespero por parte dos familiares devido à ineficácia ou descoberta tardia para o tratamento, muitas vezes, e ao sofrimento que a doença causa nas vítimas e em seus familiares, pois a dinâmica da família acaba mudando. A fé auxilia na esperança dos familiares, a qual tem trazido resultados positivos aos que a utilizam como suporte na

---

81 OMS - Organização Mundial de Saúde. Folha informativa: Câncer. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=839. Acesso em 23 out. 2018.

82 WARD, Zachary J; YEH, Jennifer M; BHAKTA, Nickhill; FRAZIER, A. Lindsay; ATUN, Rifat. **Estimating the total incidence of global childhood cancer: a simulation-based analysis**. ***The Lancet***, February 26, 2019.

83 BARRETO, Thâmara Sena; AMORIM, Rita da Cruz. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. 2010, p. 463. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-am%C3%ADlia-frente-ao-adoecer-e-ao-tratamento-de-um-Barreto-Amorim/fb61bd3545ce8cf2b348b737fa569b 1d34184eae>.

vida para enfrentar esse desafio. Ana Cristina Mancussi Faro menciona que "os familiares precisam receber suporte não apenas para cuidar do paciente, mas em todos os aspectos da vida para enfrentar e compreender a doença, bem como auxílio para lidar com seus problemas, conflitos, medo e aumento das responsabilidades"[84].

Muitas vezes, o foco de cuidado e atenção está apenas no ou na paciente. Contudo, seus cuidadores e suas cuidadoras, pais/mães e outros familiares, estando ao lado das crianças para dar motivação e apoio também precisam de auxílio. Identificar como os familiares conseguem suportar esta carga ou sofrimento tem sido o objetivo de pesquisadores e pesquisadoras, pois junto com o câncer infantil vem o estigma do sofrimento do(a) paciente e de seus familiares. Como os familiares lidam com essa situação de enfermidade? Tem a fé alguma utilidade no tratamento de pessoas com câncer, crianças? A pesquisa partiu do contexto das necessidades do familiar/cuidador e como o aspecto espiritual/fé o auxilia na oncopediatria.

A partir da classificação de Antonio Carlos Gil[85], a presente pesquisa é de natureza básica e qualitativa do ponto de vista da abordagem do problema. Em relação aos objetivos, trata-se de uma investigação exploratória e descritiva, que adotará, quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa bibliográfica a fim de conhecer como o assunto vem sendo tratado.

Após uma reflexão sobre o assunto escolhido, houve uma busca de artigos selecionados por assunto. Foram selecionados artigos que continham o foco nas palavras-chave: espiritual, fé, familiares, cuidador, criança e câncer. Os artigos foram lidos e divididos por assuntos de maior abordagem.

Tendo esta divisão, iniciou-se uma produção sistemática onde os assuntos foram transcritos conforme a proposta da pesquisa.

O espiritual e a fé como mecanismos de ajuda

No desafio do dia a dia do tratamento do enfermo, as pessoas procuram em primeiro plano o médico. Jonathan William Neves Costa, Luana de Oliveira Zarpelan e Jerson Joaquim Silva confirmam isto quando citam:

> Portanto, é preciso buscar tratamentos médicos ao ser diagnosticado com algum tipo de enfermidade, prosseguir com as recomendações

---

84 FARO, Ana Cristina Mancussi. Uma proposta de levantamento de dados para a assistência à família e ao cuidador de lesados medulares. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n. 4, p. 334-41, dez. 1999.

85 GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

> médicas durante o período em que se encontra doente e agregar ao tratamento a fé, buscar promover uma relação consigo e com seu ser Superior a fim de juntos encontrarem forças para superação contra os empecilhos que surgem em suas vidas.[86]

Procurar o médico, em determinados casos é necessário, no entanto essa pesquisa deseja chamar a atenção ao fato de existir o que chamamos de espiritual/fé, independentemente da religião ou credo, para o auxílio dos familiares. Tal fé se baseia em um Ser superior: Deus. Segundo Dailon Araújo Alves *et al*., "pode-se perceber que a confiança em Deus, ou a fé no poder divino é um recurso utilizado por esses cuidadores no enfrentamento do câncer infantil, depositando nele suas esperanças ao reconhecerem sua limitação diante da doença".[87] Muitos cuidadores e familiares, ao depararem-se com o câncer, percebem a necessidade de algo mais do que a medicina clássica. Buscam auxílio na espiritualidade e depositam em Deus suas esperanças, pois reconhecem sua limitação e a limitação dos tratamentos da medicina. Isso chamamos de fé. É importante notar que quanto mais nova a criança, mais frágil é, e mais suporte necessita de seus familiares. Ana Raquel Medeiros Beck e Maria Helena Baena de Moraes Lopes constataram esta dependência:

> Constatou-se que a intensidade de dependência estava relacionada com a idade da criança. Sabe-se que, na faixa etária de 3 a 6 anos, a criança ainda é dependente para desempenhar as AVD (atividades variadas diárias). Quando somado a isso, há um quadro de doença grave, causa uma sobrecarga para o cuidador. A faixa etária do receptor de cuidados deve, portanto, ser considerada ao se avaliar as implicações do cuidar na vida do cuidador.[88]

Aliada à dependência da criança, Beck e Lopes ainda mencionam que a vida da pessoa cuidadora familiar é modificada em vários outros fatores, por exemplo: trabalho, saúde, estudo, lazer, prazer, vida familiar, cuidado pessoal

---

86 COSTA, Jonathan William Neves; ZARPELAN, Luana de Oliveira; SILVA, Jerson Joaquim. *A fé como propulsora para enfrentar doenças do novo século.* **Colloquium Humanarum**, v. 12, n. Especial, 2015, p. 16.

87 ALVES, Dailon Araújo; SILVA, Luanna Gomes; DELMONDES, Gyllyandeson de Araújo; LEMOS, Izabel Cristina Santiago; KERNTOPF, Marta Regina; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar. Cuidador de criança com Câncer: Religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. **Revista Cuidarte** [online] v. 7, n. 2, 2016, p. 1322.

88 BECK, Ana Raquel Medeiros e LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. **Rev. bras. enferm**. v. 60 n.6 Brasília Nov /Dec. 2007, p. 673.

entre outros. Para outras pessoas cuidadoras familiares, a vida espiritual/fé também possui alteração, reforçando a fé ou desacreditando em Deus e culpando-o pelo acometido:

> A fé, a religiosidade, a busca de um Ser superior foi o hábito menos prejudicado no presente estudo. Apenas dois cuidadores relataram ter sua fé abalada, quando seus filhos tiveram recaída da doença. Os comentários mais frequentes foram que, com o surgimento da doença, a fé aumentou e que passaram a buscar mais a presença de Deus em suas vidas por meio de orações, independente de religião ou crença. Também atribuíram a Deus as forças que estavam tendo.[89]

Beck e Lopes frente aos resultados encontrados pontuaram que as equipes hospitalares deveriam ser múltiplas, contendo profissionais nas mais variadas áreas, como por exemplo: psicológica, social e espiritual, pois os familiares enfrentam os mais diversos desafios ao lidarem com doenças terminais como o câncer.[90]

Ainda, Alves menciona que, no artigo Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento, os familiares e outras pessoas cuidadoras são ao mesmo tempo seres biológicos e espirituais. Estas, buscam para sua vida esperança e apoio na espiritualidade, que move a religiosidade na busca da fé para suas fraquezas e ansiedades, a fim de ter suporte diariamente na rotina terapêutica hospitalar da oncopediatria.[91] Alves acrescenta ainda que:

> o apego dos cuidadores à fé, apresentou-se como uma fonte de apoio para enfrentar a presença do câncer na criança. Uma experiência tão desgastante que é vivenciar uma criança em tratamento de câncer acaba por ser amenizada por meio da confiança de que pode ocorrer o milagre da cura.[92]

Os familiares e as pessoas cuidadoras são indivíduos como qualquer outro ser humano que necessitam de auxílio para enfrentar seus maiores desafios na vida. Dentro do contexto, ver um filho, uma filha ou familiar acometido de uma doença, que em muitos casos traz a morte, gera desgaste emocional e físico. A fé vem para auxiliar em um momento trágico da vida, pois alguns cuidadores e pacientes entendem que somente um milagre vindo

---

89 BECK; LOPES, 2007, p. 674.
90 BECK, LOPES, 2007, p. 674.
91 ALVES *et al*, 2016, p. 14.
92 ALVES et al. 2016, p. 1323.

deste Ser, que é o Criador e mantenedor de todas as coisas, pode ajudar na doença do câncer.

Margareth Angelo em "Ouvindo a voz da família: narrativas sobre sofrimento e espiritualidade", afirma que há "[...] evidências de que a espiritualidade emerge como um componente gerador de esperança para as crianças e suas famílias, ao mesmo tempo protegendo-os contra o desespero e auxiliando-os no enfrentamento das dificuldades".[93]

A autora também reporta a espiritualidade em um contexto de enfrentamento e significado desta brusca experiência de seus familiares quando comenta:

> A experiência de sofrimento conecta-se à espiritualidade, quando os membros da família, ao buscarem extrair significado para seu sofrimento, refletem a respeito de sua limitada e frágil condição humana e agem no sentido de transcendê-la. Este movimento é observado quando a família formula questões sobre a vida e o evento da doença na vida da família, e também quando formula questões relativas a descobrir como fazer para lidar com a experiência.[94]

Como gerenciar este momento? Como entender tal sofrimento? Até que ponto consigo suportar essa experiência? Quando isto vai terminar? O que acontecerá no final desse processo de tratamento? Perguntas e mais perguntas que são levantadas ou abordadas pelos familiares e cuidadores nas horas de agonia, desespero, inquietação, e, por que não dizer, traumáticas, que muitas vezes se tornam infinitas dentro de um ambiente hospitalar. Bruna Stamm cita que muitas vezes os familiares se fazem "fortes" devido às incertezas do futuro e recordando as experiências negativas do passado:

> Embora se sintam desamparados e se reconheçam frágeis, alguns familiares tendem a assumir e manter a postura de "fortes", para auxiliar a pessoa doente e apoiar a família como um todo. Pode-se inferir que a revelação do diagnóstico imprime uma dualidade de sentimentos à experiência, pois apesar dos aspectos negativos causados pela descoberta do câncer, após o primeiro impacto ou simultaneamente os familiares começam a ter sentimentos positivos, como esperança, fé e otimismo quanto ao futuro, o que, de certa

---

93 ANGELO, Margareth. Ouvindo a voz da família: narrativas sobre sofrimento e espiritualidade. Mundo Saúde, 34:437–443, 2010. p. 438.

94 ANGELO, 2010, p. 439-440.

> forma, contribui para irem abrandando a sensação de incerteza e fragilidade, presente desde o momento da revelação do diagnóstico.[95]

Para muitos dos familiares, essas perguntas estão ligadas ao tempo, que possivelmente torna-se o maior inimigo ou amigo, pois não passa ou passa muito rápido e não se consegue ver mudanças no quadro clínico da criança. É nesse contexto que o espiritual/fé age na vida das pessoas, dando um conforto e a esperança de que momentos melhores virão, de que existe o Todo Poderoso – que conforme pessoas religiosas mencionam – pode modificar todo o contexto de enfermidade que os familiares e pacientes estão enfrentando.

Ainda, Angelo apresenta que a experiência da prática espiritual reforça a esperança para sobrepor o sofrimento que, em muitas vezes, parece insuportável:

> As práticas espirituais são as ações realizadas pela família destinadas a aliviar o sofrimento e focalizar a atenção na esperança. A esperança é um elemento fundamental para a família e é um sentimento que basicamente ajuda a família saber que é possível encontrar um caminho ou uma saída para o sofrimento e assim inspira coragem para superar as aflições que a atormentam. E nos momentos difíceis de sofrimento, em que a aflição parece insuportável, a família recorre a práticas significativas às suas crenças, sejam elas de natureza religiosas ou não, e também recorrem a ligações que são ou se tornam significativas no decorrer da experiência, pois ajudam a família a encontrar força, consolo, a tomar uma decisão, a vencer o desânimo e a reencontrar a esperança.[96]

Essa experiência do sofrer e do viver com a esperança através da espiritualidade é vivida tanto pelos familiares quanto pela criança em tratamento. Para esses familiares, o aspecto espiritual é o elemento fundamental para dar significado no existir e forças para superar o desânimo, cansaço e estresse. O espiritual auxilia trazendo consolo, ajudando em decisões e motivando diuturnamente as pessoas cuidadoras e/ou familiares na luta contra uma das doenças que mais tira a vida as últimas décadas, o câncer. Esta esperança que vem da fé em Deus produz um desejo de que o

---

95 STAMM, Bruna. **Intervenção por telefone como estratégia para manejo da ansiedade durante tratamento radioterápico**: um ensaio clínico randomizado. Dissertação de mestrado apresentada a Universidade Federal de Santa Maria. 2015, p. 744.

96 ANGELO, 2010, p. 440.

impossível para muitos pode tornar-se possível para estes, através de um milagre.

Esperança em deus que vem pela fé

Através da análise da literatura, destacou-se três aspectos: Deus, esperança e fé. Independente da sequência, todos são de suma importância ao familiar/cuidador. Estes três pontos serão discutidos a seguir.

Muito se tem pesquisado sobre o assunto fé e em que sentido esta pequena palavra, mas de grande significado para muitos no que diz respeito ao conforto e confronto nas maiores dificuldades da vida, pode influenciar a vida das pessoas. Napoleon Hill menciona que "a fé é um estado de espírito que pode ser conduzido ou criado pela afirmação ou repetição de instruções ao subconsciente empregando-se o princípio da auto sugestão."[97] Agregado a isto, pode-se mencionar que esta fé é a confiança em alguém que é superior a tudo que é conhecido e desconhecido: Deus. Hill menciona que a oração ou prece é o meio de comunicação com este Ser infinito.[98]

A fé tem sido apresentada como uma grande aliada ao tratamento de doenças, como apresentou o programa "Bem Estar" no ano de 2013: "a fé pode ser uma grande aliada da saúde, faz bem para a imunidade, melhora a resposta a processos de quimioterapia ou radioterapia, por exemplo, e ainda pode ajudar a combater depressão, ansiedade e problemas de sono"[99]. Segundo Catarina Nívea Bezerra Menezes *et al.*, a fé vem como auxílio ao tratamento do câncer:

Aspectos como o impacto emocional do diagnóstico, a ansiedade frente ao desconhecido desvelado pelo tratamento, a presença da fé como recurso auxiliar no enfrentamento das dificuldades vivenciadas a importância do contato com outras pessoas que passam por uma situação de vida semelhante são elementos-chave para a compreensão psicossocial do câncer.[100]

---

97 HILL, Napoleon. **Quem pensa enriquece**. São Paulo: Editora Fundamento Educacional, 2009, p. 57.

98 HILL, 2009.

99 BEM ESTAR. Dica de Leitura. **Fé pode ajudar muito no tratamento e cura de doenças, defendem médicos**. 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/ noticia/2013/07/fe-pode-ajudar-muito-no-tratamento-e-cura-de-doencas-defendem-medicos.html>. Acesso em: 18 de jul. 2018.

100 MENEZES, Catarina Nívea Bezerra; PASSARELI, Paola Moura; Drude, Fernanda Souza; SANTOS, Manoel Antônio dos e VALLE, Elizabeth Ranier Martins.Câncer infantil: organização familiar e doença. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. VII, n. 1, mar/2007.

Alves *et al* citam a fala de um cuidador familiar apontando que a fé tornou-se o suporte e ao mesmo tempo esperança da melhora da criança durante o processo de tratamento:

> Mas eu penso, eu tenho fé em Deus, que ele vai ficar bom, nunca desisti pra dizer, ele (meu neto) vai morrer, tô com uma fé tão grande, que Deus vai ajudar, que ele vai ficar bom. Por que a gente vê quando as pessoas tão ficando bom. Graças a Deus, tá com um dois mês que ele vem bem melhor.[101]

Os familiares têm depositado sua fé em Deus tendo a certeza que Ele pode operar um milagre na vida de seus queridos. Os parentes, ao mencionarem sua confiança em Deus, entendem que possuem limitação em seus esforços e contam com o sobrenatural. Importante observar que a cuidadora, avó, relatou melhoras na vida de seu neto pela confiança que possui em Deus. Noeli Marchioro Liston Ferreira *et al.* comentam que "[...] quando os problemas se tornam demasiadamente pesados a família recorre à fé, às orações e práticas religiosas. Anseiam por auxílio para superar os momentos difíceis e alimentam a possibilidade de ver concretizado o milagre da cura para seu familiar."[102] Alves *et al.* ainda acrescentam que o ser humano é um ser biológico, mas em suas frustrações e necessidades mais profundas recorre a religiosidade na busca da fé para enfrentar seus temores.[103] Paula C. Fletcher *et al.* em seu artigo mencionam que a fé é uma necessidade e auxilia nos momentos de maiores dificuldades dando força para continuar a jornada:

> Sentimentos sobre fé, pensamento positivo e esperança. Todas as mães falaram sobre seus sentimentos, particularmente sobre sua necessidade de ter fé, pensar positivamente e/ou ter esperança. Esses sentimentos deram-lhes algo a que se agarrar durante os tempos difíceis e deram-lhes a força para continuarem sua jornada. Para algumas mães, ter fé lhes proporcionou uma saída para o apoio ou uma avenida para desabafar seus sentimentos.[104]

---

101 ALVES *et al*, 2016, p. 1321.

102 FERREIRA, Noeli Marchioro Liston; DUPAS, Giselle; COSTA, Danielli Boer; SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa. Câncer e família: Compreendendo os significados simbólicos. **Cienc Cuid Saúde**. 2010, Abr/Jun; 9(2):269-277, p. 276.

103 ALVES et al, 2016, p. 1321.

104 FLETCHER, Paula C.; HARRY, Rebecca J.; SCHNEIDER, Margaret A.; How Do I Cope? Factors Affecting Mothers' Abilities to Cope With Pediatric Cancer. 2010, p. 5. **Journal of Pediatric Oncology Nursing.** Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/ 10.1177/1043454209360839>.

Nada melhor que observar o relato de pessoas que estavam no processo de cuidado do filho na oncopediatria e ver o processo da fé como suporte nos momentos de maior angústia e incertezas da vida. Ferreira *et al.* dizem que "a família enfrenta a doença e seu tratamento com garra e perseverança, buscando superação, mudando hábitos e apegando-se a Deus."[105] É neste momento que a teoria ou o academicismo muda. Pode-se escrever muito sobre o assunto da fé, mas somente aquelas pessoas que passam por situações em que realmente necessitam dela, podem relatar como funciona. Fletcher *et al.* ainda mencionam outro relato reforçando o que é o sentimento da vida espiritual das pessoas que estão na vida real, agindo no cotidiano, vivenciando o terror desta doença, não sabendo se o processo irá terminar positivamente ou negativamente, ou quando vai terminar:

> Muitas pessoas que nos dizem o tempo todo que você sabe que estamos, ainda estamos orando por você e isso é ótimo, se isso funciona para você e para mim, é espiritual. Sou eu acreditando que [nome do filho] ainda está aqui. Que seu espírito está por perto e que ele cuida de nós e, hum, é esse tipo de... me mantém indo.[106]

É o espiritual/fé que mantém a vida de muitos familiares antes, durante e depois do tratamento, mesmo quando a pessoa continua viva ou vem a morrer. Ferreira *et al.* ainda complementam que "para manter a fé e a participação no tratamento, é preciso força espiritual que leva o indivíduo a acreditar na existência de um Ser superior. A vitória conseguida em cada fase da doença, além da motivação para vencer, é atribuída à sua fé nesta força que é Deus e seu poder de cura."[107] Este aspecto espiritual deve ser conferido não apenas aos familiares, mas também às crianças, concluem Dynnette Hart e Dawn Schneider[108]. Em cada fase do processo existe um desgaste diferente por parte de ambos, familiares e paciente.

Já Adriana Pereira e Marcela Milrea Araújo Barros[109] entendem que o desgaste é algo natural para quem está envolvido neste processo, pessoa cuidadora e cuidada, mas que a religiosidade traz conforto e esperança de um Ser superior, pois os familiares e seus filhos e suas filhas almejam uma cura

---

105 FERREIRA et al, 2010, p. 275.

106 FLETCHER et al, 2010, p. 5.

107 FERREIRA et al, 2010, p. 275.

108 HART, Dynnette; SCHNEIDER, Dawn. **Spiritual Care for Children with Cancer**.1997. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/13838112_ Spiritual_care_for_children_with_cancer>.

109 PEREIRA, Adriana, BARROS, Marcela Milrea Araújo. Sobrevivendo a tempestade: o câncer e o Morrer na ótica dos pais. **Revista Uningá**. 2015, p. 37 – 43. v. 22, n. 3, pp. 37-43 (Abr - Jun 2015).

devolvendo a vida normal. Esta confiança está relatada nas palavras de alguns pacientes "Fé, muita fé e a família também com muitas orações [...]", "O meu Deus [...] porque é a única fonte de inspiração pra mim neste momento é ele [...]." Só o que desejam é retornar a uma vida regular, normal como existia antes de receberem a notícia do câncer. Esta esperança está na raiz da vida, da existência das pessoas para serem normais como todas as outras. Diante do relato desta genitora, permite-se entender que este processo oncológico na oncopediatria acarreta emoções como tristeza, insegurança etc., pois a vida está presente, mas a morte bate à porta. Estas genitoras mencionaram que dentre os métodos utilizados para se manterem fortes e firmes no tratamento constituíram a fé e o apoio familiar, relata Pereira e Barros.[110]

Contribuindo, Silvio Eder Dias da Silva *et al.* confirmam através de um entrevistado que no íntimo do ser humano existe um desejo de ter uma vida de qualidade. O familiar quer passar confiança e dar uma vida com boas condições ao seu filho ou a sua filha. Quer vê-lo crescer e viver igual a outras crianças. Talvez viver igual ele ou ela viveu, tendo oportunidades e opções de escolha nos mais diversos aspectos da vida. Toda esta esperança com tantos detalhes está sendo creditada no médico ou na médica, na medicação e em grande medida, em Deus. Tem ele a certeza/fé em um milagre, uma cura.[111]

Assim, verificou-se que nos momentos mais difíceis, tanto ao receber o resultado positivo de um câncer, o período do tratamento, o resultado de cura ou um falecimento, notamos que os familiares junto com seus filhos e suas filhas contavam com a presença de Deus através de sua fé. É de se afirmar que a esperança sempre esteve presente, pois no aguardo da cura, por mais que em alguns momentos o tempo estava corroendo as pessoas cuidadoras, filhos e filhas por não verem nenhuma alteração positiva no corpo e em alguns momentos negativos, esta esperança aliada à fé em Deus estava presente. Silvio Eder Dias da Silva resume através de um relato de um familiar como este processo se desenrola em alguns momentos do tratamento "[...] então, por mais assim que você saiba que isso não tem cura ainda, mas sempre tem uma esperança de você vê ela melhorando um pouquinho, a esperança da gente... esperança em Deus, um milagre a gente tá aí pra acreditar."[112] Acreditar que sempre tem algo a melhorar, que algo de especial vai acontecer,

---

110 PEREIRA, BARROS, 2015, p. 37 – 43.

111 SILVA, Éder Dias; DA COSTA, Joel Lobato; ARAÚJO, Jeferson Santos; MOURA, Adriana Alaíde Alves. O universo consensual do cuidador-familiar e sua ancoragem dentro do cuidado: um estudo de representações sociais. 2018. **Rev Fun Care Online**. 2018 out/dez; 10(4):1057-1062. p. 1061. Disponível em: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1057-1062>.

112 SILVA et al, 2018, p. 1061.

que um milagre é possível para aqueles que tem fé em Deus: isto está no coração de um familiar cujo filho ou filha está na oncopediatria, mas tem o auxílio espiritual.

Conclusão

Tais reflexões possibilitam compreender que o câncer é uma doença devastadora. Ela afeta a pessoa enferma, a família e pessoas amigas mais próximas bem como aqueles que estão trabalhando com o/a paciente no hospital ou em alguma clínica. Mais do que isto, o ser humano transpõe sua realidade para a busca de respostas que muitas vezes não estão ao seu alcance. O sentido da existência vem à tona bem como a brevidade da vida. Compreende-se que o que é cabível ao ser humano, o tratamento clínico, é desempenhado, mas o que está fora disto, um milagre, o familiar deposita nas mãos daquele que sempre esteve e está à disposição: Deus.

Percebeu-se também que o processo do tratamento e pós-tratamento traz transtornos e modifica a rotina familiar. Em meio aos ajustes de horários das idas e vindas ao hospital ou clínica, ao revezamento das permanências no hospital, mudança de hábitos alimentares, custos do tratamento, desafios no relacionamento entre o casal e entre os outros filhos, relacionamento com familiares e amigos, a fé e a esperança em Deus tem sido uma grande aliada nesta dolorosa demanda que para alguns familiares talvez fosse aceitável, mas para outros não. Nádia Nara Rolim Lima *et al* reforça que a fé amplia a esperança em Deus, além de trazer conforto e aceitação de uma condição crônica da criança por seus familiares.[113]

Através da fé e confiança neste Ser, que é o Criador de todas as coisas e tudo pode realizar, pois criou o ser humano também, são depositadas todas as esperanças de uma cura ou melhora. Esta esperança e experiência é algo individual que transcende nosso entendimento. A percepção e talvez entendimento daquilo que acontecia com os amigos, parentes ou colegas de trabalho agora se torna real, concreto e palpável no dia a dia dos cuidadores e cuidadoras. Este relacionamento que se dá através da oração, leitura das Escrituras, música gospel, participação em cultos e talvez outras formas, eleva

---

113 CARVALHO, Sionara Melo; LIMA, Nádia Nara Rolim; NASCIMENTO, Vânia Barbosa; ROLIM NETO, Modesto Leite. Espiritualidade no tratamento do câncer infantil. [Spirituality in childhood câncer care]. **Dove Press Journal**. 2013;9: 1539–1544.

o indivíduo mais próximo do seu Criador, dando a ele um conforto e direção durante e após o tratamento, com um resultado negativo ou positivo.

Referências

ALVES, Dailon Araujo; SILVA, Luanna Gomes; DELMONDES, Gyllyandeson de Araújo; LEMOS, Izabel Cristina Santiago; KERNTOPF, Marta Regina; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar. Cuidador de criança com Câncer: Religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. **Revista Cuidarte** [online] v. 7, n. 2, 2016.

ANGELO, Margareth. Ouvindo a voz da família: narrativas sobre sofrimento e espiritualidade. **Mundo Saúde**. 4:437–443. 2010.

BARRETO, Thâmara Sena; AMORIM, Rita da Cruz. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. 2010. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-fam%C3%ADlia-frente-ao-adoecer-e-ao-tratamento-de-um-Barreto-Amorim/fb61bd3545ce8cf2b348b737fa569b1d34184eae>. Acesso em: 16 jul. 2019.

BECK, Ana Raquel Medeiros; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. **Rev. bras. enferm**. v. 60 n. 6 Brasília Nov./Dec. 2007.

BEM ESTAR. Dica de Leitura. **Fé pode ajudar muito no tratamento e cura de doenças, defendem médicos**. 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/ noticia/2013/07/fe-pode-ajudar-muito-no-tratamento-e-cura-de-doencas-defendem-medicos.html>. Acesso em: 18 de jul. 2018.

CARVALHO, Sionara Melo; LIMA, Nádia Nara Rolim; NASCIMENTO, Vânia Barbosa; ROLIM NETO, Modesto Leite. Espiritualidade no tratamento do câncer infantil. [Spirituality in childhood câncer care]. **Dove Press Journal**. 2013;9: 1539–1544.

COSTA, Jonathan William Neves; ZARPELAN, Luana de Oliveira; SILVA, Jerson Joaquim. *A fé como propulsora para enfrentar doenças do novo século.* **Colloquium Humanarum**, v. 12, n. Especial, 2015.

FARINHAS, Giseli Vieceli; WENDLING, Maria Isabel; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato. Impacto Psicológico do Diagnóstico de Câncer na Família. **Pensando Famílias**, 17(2), dez. 2013, (111-129).

FARO, Ana Cristina Mancussi. Uma proposta de levantamento de dados para a assistência à família e ao cuidador de lesados medulares. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n. 4, p. 334-41, dez. 1999.

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston; DUPAS, Giselle; COSTA, Danielli Boer; SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa. Câncer e família: Compreendendo os significados simbólicos. **Cienc. Cuid. Saúde**. 2010 Abr/Jun; 9(2):269-277.
FLETCHER, Paula C.; **HARRY**, Rebecca J.; SCHNEIDER, Margaret A.; How Do I Cope? Factors Affecting Mothers' Abilities to Cope With Pediatric Cancer. **Journal of Pediatric Oncology Nursing.** Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/ 10.1177/1043454209360839>. Acesso em: 16 de jul. 2019.
FORNAZARI, Silvia Aparecida e *FERREIRA*, Renatha El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. [Religiousness/spirituality in oncological patientes: life quality and health]. **Psic: Teor e Pesq**. 2010;26: 265–272.
GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.
HART, Dynnette; SCHNEIDER, Dawn. **Spiritual Care for Children with Cancer**.1997. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/13838112_ Spiritual_care_for_children_with_cancer>. Acesso em: 16 de jul. 2019.
HILL, Napoleon. **Quem pensa enriquece**. São Paulo: Editora Fundamento Educacional, 2009.
MENEZES, Catarina Nívea Bezerra; PASSARELI, Paola Moura; Drude, Fernanda Souza; SANTOS, Manoel Antônio dos e VALLE, Elizabeth Ranier Martins. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. VII, n. 1, mar/2007.
OMS - Organização Mundial de Saúde. Folha informativa: Câncer. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5588: folha-informativa-cancer&Itemid=839. Acesso em 23 out. 2018.
PEREIRA, Adriana, BARROS, Marcela Milrea Araújo. Sobrevivendo a tempestade: o câncer e o Morrer na ótica dos pais. **Revista Uningá**. v. 22, n. 3, pp. 37-43 (Abr - Jun 2015).
SILVA, Éder Dias; DA COSTA, Joel Lobato; ARAÚJO, Jeferson Santos; MOURA, Adriana Alaíde Alves. O universo consensual do cuidador-familiar e sua ancoragem dentro do cuidado: um estudo de representações sociais. **Ver Fun Care Online**. 2018 out/dez; 10(4):1057-1062. Disponível em: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1057-1062>. Acesso em: 16 de jul. 2019.
STAMM, Bruna. **Intervenção por telefone como estratégia para manejo da ansiedade durante tratamento radioterápico:** um ensaio clínico

randomizado. Dissertação de mestrado apresentada a Universidade Federal de Santa Maria. 2015.
THE LANCET. (2019, February 26). Worldwide estimates suggest that nearly 1 in 2 children with cancer are left undiagnosed and untreated. **Science Daily**. Disponível em: <www.sciencedaily.com/releases/2019/02/190226184140.htm>. Acessado em: 16 jul 2019.
ZANELATO Ana Paula., ANGELO Margareth. A família vivenciando a situação de ter um filho com câncer. [The family's experience towards a child with cancer]. **Rev. Bras. Ciências Saúde**. 2003;1(2):44–48.
WARD, Zachary J; YEH, Jennifer M; BHAKTA, Nickhill; FRAZIER, A. Lindsay; ATUN, Rifat. **Estimating the total incidence of global childhood cancer: a simulation-based analysis**. *The Lancet*, February 26, 2019.

Unção – bênção com óleo: presença amorosa de Deus com pessoas enfermas em unidade de terapia intensiva

Mayke Marliese Kegel
Nilton Eliseu Herbes

Resumo: Esta pesquisa se ocupa com a unção como instrumental de acompanhamento pastoral às pessoas em terapêutica na Unidade de Terapia Intensiva com curta ou longa permanência. A presente pesquisa terá natureza básica, qualitativa e exploratória de bibliografia. Abrange o contexto bíblico e religioso da unção dos enfermos, como a utilização da mesma por capelães hospitalares. Contextualiza a dinâmica da Unidade de Terapia Intensiva, assim como os sentimentos da pessoa enferma neste ambiente e a importância de capelães na assistência espiritual da mesma. Apresenta a unção na dimensão terapêutica da "bênção com óleo". A "bênção com óleo" traz consigo a dimensão da ternura e da presença amorosa e libertadora de Deus. Apresenta um rito para dentro do contexto hospitalar.

Palavras-chave: Unção. Bênção com Óleo. Unidade de Terapia Intensiva.

1 Introdução

A unção remete ao momento em que Jesus foi ungido antes de ocorrer sua prisão e morte (Mateus 26.6-13; Marcos 14.3-9; João 12.1-8); à preciosidade do perfume usado pela mulher (Marcos 14.3); ao momento presente na perspectiva da perda futura, o afastamento das pessoas pela morte. A unção concretiza a presença amorosa de Deus na vida e o quanto o ser humano tem necessidade dela. Também remete à questão de ser algo precioso para o outro ser humano e para Deus.

Os textos de Mateus 26.6-3, Marcos 14.3-9 e João 12.1-8[114] remetem a unção antes da morte, o que influenciou para que a mesma, nomeada de "Extrema Unção" virasse uma prática para a partida eminente na Igreja Católica. Na contemporaneidade, a Igreja Católica, passou a não mais usar o termo "extrema unção", denominando-a como "unção dos enfermos", numa tentativa de não liga-la a morte, pois unção faz parte dos cuidados pastorais aos doentes:[115]

> Alguém de vocês está sofrendo? Chame os presbíteros da igreja, e estes façam oração sobre ele, ungindo-o com óleo, em nome do Senhor. E a oração da fé salvará o enfermo, e o Senhor o levantará. E se houver cometido pecados, estes lhe serão perdoados. (Tiago 5.14)[116]

Entretanto, o que percebemos é que na prática hospitalar a unção dos enfermos ainda é muito ligada à morte, pois as famílias pedem que se faça nos momentos em que a pessoa enferma já não interage e que a médica ou o médico comunica que a morte está próxima.[117]

Anselm Grün é um dos autores atuais que tem abordado o sacramento da unção na perspectiva do doente fragilizado psicologicamente pela falta de toque que a doença provoca lincando isto de forma integrativa com a fé. O autor supracitado afirma que no sacramento da unção dos enfermos, na Igreja Católica, percebe-se a profunda expressão no serviço da Igreja na ênfase do fortalecimento do enfermo de forma holística.[118]

Conforme Grün, o Espírito Santo é invocado na consagração do óleo, tornando-o um símbolo do poder curador do Espírito de Deus, o que provoca um efeito terapêutico à esposa enferma.[119] A prática da unção dos enfermos, pela Igreja Católica, preocupou-se com as pessoas e suas necessidades reais oferecendo-lhes "esperança concreta de cura para suas doenças", e esta concretude para pacientes em UTI possui um viés terapêutico espiritual intenso.[120]

---

114 BÍBLIA SAGRADA. Nova Versão Atualizada. 3ª Ed. Barueri/SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 2018. p. 756, 776, 825.

115 BALDESSIN, Anisio. **Como visitar um doente**. Orientações práticas para padres, pastores e agentes de pastoral da saúde. São Paulo: Edições Loyola, 5ª edição, 2006. p. 81.

116 BÍBLIA SAGRADA. 2018, p. 929.

117 BALDESSIN, 2006, p. 78.

118 GRÜN, Anselm. **Unção dos Enfermos Consolo e Afeto**. São Paulo: Ed. Loyola, 2007. p. 8.

119 GRÜN, 2007, p. 16.

120 GRÜN, 2007, p. 17.

A unção dos enfermos, com o seu óleo perfumado e com todo seu conteúdo espiritual, estimula a pessoa internada a sentir a presença amorosa de Deus, aplacando seu sentimento de solidão e abandono. Todos os contatos físicos que a pessoa enferma recebe na UTI são de cuidado físico e clínico, enquanto a unção traz toda uma carga de cuidado psicológico e espiritual. Este cuidado equilibra os sentimentos de ansiedade, medo e abandono. O testemunho da pessoa enferma para a família acaba trazendo também conforto a mesma.[121]

As UTI's, no imaginário coletivo, carregam consigo de ser um local para terminalidade, onde o quadro clínico é muito grave que levará a morte. É um local onde se perde um pouco, devido à complexidade, a questão do toque de carinho. A unção entra com este viés, alguém que toca o paciente trazendo carinho e o fortalecendo a presença amorosa de Deus, concreta e real.

Partindo da história bíblica, da história da Igreja, da constatação pelo isolamento e, a falta de toque, os sentimentos de perda, a falta de afeto, a distância familiar que pessoas enfermas nas UTI's passam, é pertinente refletir sobre como a unção dos enfermos pode ser um instrumental de acompanhamento e aconselhamento pastoral às pessoas internadas destas unidades com curta ou longa permanência. O cuidado integral do ser humano com o instrumental da unção da pessoa enferma leva o atendimento para além de uma assistência multi e interdisciplinar: concretiza a presença amorosa de Deus através do cheiro e do toque.

A partir da classificação de Antonio Carlos Gil[122]; a presente pesquisa terá natureza básica e qualitativa do ponto de vista da abordagem do problema. Em relação aos objetivos, trata-se de uma investigação exploratória e descritiva, que adotará, quanto aos procedimentos técnicos, à pesquisa bibliográfica. Considerando pertinente perguntar pela definição de unção; se a mesma continua sendo só para situações de terminalidade; o quanto ela remete ao toque amoroso de Deus; se é possível ministrá-la em outras situações e, ao recebê-la, o que isto evoca nas pessoas no período que passam numa UTI? Todos estes questionamentos conduzem ao seguinte problema de pesquisa: sobre em que medida a unção dos enfermos auxilia no acompanhamento pastoral em pacientes em UTI em curta ou longa permanência ou seria melhor denominá-la de bênção com óleo.

---

121 SCHMIDT, Jefferson. **Unção com óleo**: Uma proposta de rito no contexto Luterano Brasileiro. Dissertação (Mestrado) - São Leopoldo: Faculdades EST, 2016. p. 52.

122 GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994, p. 20.

2 Contextualização da unção na terapêutica da unidade de terapia intensiva

A unção na prática das igrejas católicas ficou no âmbito dos cultos de instalação de sacerdotes e nos momentos de terminalidade da vida do ser humano, a "extrema unção". Para fins de contextualização da unção na terapêutica junto a pacientes em UTI, apresentamos alguns dados de contexto bíblico, religioso da unção dos enfermos, do ambiente da unidade, da atuação de capelães hospitalares e aspectos bio-físico-psíquico da pessoa enferma internada nesta unidade.

2.1 Contexto Bíblico da Unção

No Antigo Testamento encontramos duas menções referentes ao termo *unção*, apresentando como fazer o óleo para unção, quais as especiarias que o compõe, sua utilização para ungir a tenda, os utensílios e quem seriam os sacerdotes.[123] Contudo, no Novo Testamento aborda-se o termo unção atribuindo ao mesmo um sentido de posse, relembrando aos seguidores de Jesus a sua missão.

O termo *ungido* no Antigo Testamento aparece vinte vezes, e no Novo Testamento uma única vez, sempre se referindo ao ungido de Deus. O termo *ungir* aparece no Antigo Testamento dezenove vezes, referindo-se às normas de utilização da unção, da mesma para os locais de culto e constituição dos reis. No Novo Testamento aparece treze vezes, referindo-se às práticas de fé, como jejum, assim como para momentos de doença/terminalidade, sacerdócio, perdão dos pecados, cura e preparação de Jesus para o caminho da cruz.[124] Portanto, "para ocasiões festivas (Lucas 7.46), para saúde (Tiago 5.14) e para sepultura (Marcos 16.1)."[125]

---

123 Êxodo 29.36-37; 30.23-33; 37.29.

124 CHAVE BÍBLICA. Baseia-se na Edição Revista e Aualizada no Brasil da tradução de João Ferreira de Almeida. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil, 1970, p. 488.

125 FERREIRA, Damy; ZITI, Lizwaldo Mário. **Capelania Hospitalar Cristã**: Manual didático e prático para capelães. 1ª ed. Santa Bárbara D'Oeste, SP: SOCEP – Sociedade Cristã Evangélica de Publicaçoes Ltda, 2002. p. 64.

2.2 Contexto Religioso da Unção

Na Igreja Católica a unção dos enfermos é o quinto sacramento e pode apenas ser ministrado por sacerdotes ordenados. Conforme Grün, na Igreja primitiva o óleo era sacramento e não a unção, e os fiéis utilizavam em casa como um produto terapêutico para o corpo e para a alma.[126] Por muitos anos, no atendimento às pessoas enfermas, a unção foi denominada de "Extrema Unção" por ser ministrada nos momentos terminais de vida do ser humano. Sua base bíblica mais forte sempre se baseou em Tiago 5.13s que fazem referência ao sofrimento e a doença.[127] Os textos de Mateus 26.6-3, Marcos 14.3-9 e João 12.1-8[128] remetem a unção antes da morte e a remissão dos pecados.

A Igreja Católica, na contemporaneidade, passou a não mais usar o termo "extrema unção", denominando-a como "unção de enfermos", numa tentativa de não liga-la tão fortemente à morte, mas ao cuidado pastoral às pessoas doentes.[129] Deixa claro que esse sacramento é para todas as pessoas e não somente para as que estão em fase de terminalidade evidente.[130] Jesus recomendou aos seus apóstolos, e nos dias atuais toma-se esta recomendação como missão diaconal da fé, que através da unção com óleo curassem os enfermos (Marcos 6.13).[131] Pressupõe-se que antes da unção já tenha havido visitas da ministra ou do ministro religioso à pessoa enferma e sua família.[132]

A unção dos enfermos é considerada um rito litúrgico e, na Igreja Católica Romana, subdividido em: "1) Rito Comum, 2) Rito da Unção dentro da Missa, e 3) celebração da Unção em grande concentração de Fiéis".[133] O Rito Comum de unção dos enfermos é composto pela Liturgia da Palavra e o ato sacramental em si ao ser humano.[134]

"O símbolo tem a propriedade de revelar e ao mesmo tempo ocultar o transcendente. A palavra está presente no rito simbólico para dar sentido ao

---

126 GRÜN, 2007, p. 16.

13 GRESHAKE, Gisbert. Doença e Cura. Unção dos enfermos: o vai-e-vem entre cura física e espiritual. **Concilium**/278-1998/5, Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1998. p. 98[682].

128 BÍBLIA SAGRADA. 2018, p. 756, 776, 825.

129 GRESHAKE, 1998, p. 98[682] e p. 102[686].

130 BALDESSIN, Anísio. **Pastoral da Saúde** – Orientações práticas. São Paulo: Edições Loyola, 2005. p. 119.

131 FERREIRA; ZITI. 2002, p. 67.

132 COLLINS, Mary. O Ritual Romano**:** Assistência Pastoral e Unção dos enfermos. **Concilium**, n.234, 1991/2, p. 14[150].

133 COLLINS, 1991, p. 15[151].

134 COLLINS, 1991, p. 16[152].

mesmo", conforme Lothar Carlos Hoch.[135] Na Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, utiliza-se a liturgia do Culto de Tomé, apresentando aos fiéis à oportunidade de receberem o perdão dos pecados através da unção, e é denominada de Bênção do Óleo. Este culto me parece uma iniciativa salutar de resgate de um rito do cuidado perdido pelo protestantismo no decorrer da história.[136]

2.3 Contexto da Unidade de Terapia Intensiva

A UTI objetiva a estabilidade do quadro clínico para continuidade do cuidado em Unidades de Internação e posterior alta hospitalar. Conforme Jayme Landmann as UTI's e unidades coronarianas surgiram dos antigos serviços de recuperação pós-operatória, mas logo "passaram a incluir pacientes com insuficiência respiratória, com septicemia, hemorragias digestivas, insuficiência renal aguda ou terminal e todas as espécies de problemas urgentes."[137] É um ambiente que além de uma equipe multidisciplinar disponibiliza muitos aparelhos:

> cardio-versor, monitor, aspirador, eletrocardiógrafo, respirador de pressão positiva, umidificador, ar comprimido, condicionador de ar, oxigênio, máquinas e material necessário à hemoterapia, hidratação e assistência respiratória, equipamento pra dissecção venosa, traqueostomia, drenagem, curativos e outros elementos necessários ao adequado atendimento do paciente.[138]

A pessoa enferma é envolta por um estresse constante. Muitas coisas motivam a isto como "luz artificial constante, ar-condicionado, atividade permanente interferindo com o repouso, ameaça constante de morte".[139] Conforme Daniel Hoepfner cita de Uenishi, a UTI é para pessoas enfermas graves recuperáveis, para os de estado crítico com perspectiva de morte.[140].

---

135 HOCH, Lothar C. Função Terapêutica dos Ritos Crepusculares: Aconselhamento pastoral junto aos que andam no vale da sombra da morte. **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, ano 38, n.1,1998, p. 65.

136 HOCH, 1998, p. 64.

137 LANDMANN, Jayme. **Evitando a saúde e promovendo a doença**. 3.ed. Rio de Janeiro: Achiamé Ltda, 1982, p. 65.

138 LANDMANN, 1982, p. 65-66.

139 LANDMANN, 1982, p. 66.

140 HOEPFNER, Daniel. **Cuidado pastoral num centro de tratamento intensivo adulto:** referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais. Tese (Doutorado) – Faculdades EST, São Leopoldo, 2012, p. 25.

2.4 A Pessoa Enferma na Unidade de Terapia Intensiva

A UTI provoca na pessoa enferma internada e seus familiares sentimentos intensificados e diversos. A pessoa internada fica ligada a muitos aparelhos, envolta a sons fixos e ritmados. Os cuidados com seu corpo são constantes e intensivos. Não há nenhuma privacidade e seus desejos são quase que anulados ou nem percebidos, pois a equipe decide tudo em quase cem por cento do tempo. A privacidade é restrita ao próprio leito, portanto, inexiste. O estresse aumenta a cada dia internado nesta unidade. [141]

"Com a doença, o sofrimento e a morte, lembramo-nos de que não somos suficientes por nós mesmo, mas sim humanos e desamparados".[142] Nossa humanidade, em meio a momentos de doença, nos mostra o quão frágeis somos, sem controle sobre o próprio corpo e carecemos do cuidado de Deus. Nesta fase, a busca pela espiritualidade aflora com muita intensidade. "A doença pode até aumentar a alienação do homem para com Deus e ocasionar uma crise espiritual"[143]. A crise espiritual no contexto de UTI é bastante presente tanto na pessoa enferma como nos familiares. Muitas vezes a pessoa enferma se sente abatida e com a sensação de que está fraquejando na fé.

2.5 Capelães Hospitalares no contexto da Unidade de Terapia Intensiva

Capelães hospitalares cada vez têm mais importância como participantes da equipe multidisciplinar da entidade hospitalar. Nas UTI's, devido a todo o estresse já citado, a presença religiosa cotidiana traz alento e equilíbrio emocional. Pode oferecer consolo, confiança na superação do medo, perdão para as culpas que assolam seu espírito, esperança frente à morte e na vida eterna.[144] Capelães hospitalares estão lá com a tarefa

141 BALDESSIN, 2002, p. 62.

142 FISH, Sharon; SHELLY, Judith Allen. **Cuidado Espiritual do Paciente**. São Paulo: União Médica Hospitalar Evangélica - UMHE, 1986, p. 17.

143 FISH; SHELLY, 1986, p. 18.

144 BALDESSIN, Anísio. **Entre a vida e a morte**: Medicina e Religião. São Paulo: Edições Loyola, 2012. p. 36.

primordial de auxiliar as pessoas enfermas e seus familiares a lidarem com as questões que estão no âmbito da espiritualidade, em seu presente e futuro.[145]

Exercem a habilidade de auxiliar a pessoa enferma a lidar com a culpa real e subjetiva.[146] Praticam, de forma sensível, o ouvir atento e o respeito a esta pessoa no intuito de auxiliá-la a transformar a culpa em redenção.[147] Capelães hospitalares são os instrumentos reais e concretos da espiritualidade no transmitir do amor de Deus através do acolhimento compassivo, da escuta, da oração, dos sacramentos e ritos.[148] Têm como missão no hospital "aproximar medicina e espiritualidade, mas principalmente aproximar-se de pessoas silenciadas pelo som de bips e encobertas por aparelhos, afazeres e aparatos."[149]

3 Unção dos enfermos ou bênção com óleo para pessoas enfermas

Na unção dos enfermos, conforme Grün, a pessoa é preparada para a participação na glória divina, pois a doença sempre nos remete à lembrança da morte. E por esta razão na oração se faz uma prece pela cura e também que a pessoa enferma aceite sua doença e lembre que é mortal, não tendo garantia nenhuma de recuperação da saúde.[150] Como a unção dos enfermos faz parte dos ritos de passagem,[151] pensando no contexto de UTI, setor também de passagem, entre centro cirúrgico e unidade de internação, ou alta clínica, ou morgue,[152] ela pode ser um diferencial na vida desta pessoa enferma enquanto estiver neste setor. A unção pode ser, e acreditamos que já o é, um instrumental visível de bênção. Por esta razão passamos a partir daqui a denominar a unção dos enfermos como "Bênção Com Óleo".

---

145 GARROS, Gerson; RODRIGUES, Rafael Souza. Culpa e Doença: Uma reflexão a partir da Capelania hospitalar. *In*. **Um olhara nos espelhos da culpa**. Organizado por Karin H.K. Wondracek; Thomas Heimann; Lothar Hoch. 2. Ed. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016. p. 73.

146 GARROS; RODRIGUES, 2016, p. 80.

147 GARROS; RODRIGUES, 2016, p. 80.

148 FELTZ, Deolindo. **Câncer e espiritualidade**: sofrimento e ajuda. São Leopoldo: Sinodal, 2018. p. 70.

149 FELTZ, 2018, p. 82.

150 GRÜN, 2007, p. 18, 19.

151 GRÜN, 2007, p. 19.

152 Morgue: s.m. necrotério. SCOTTINI, Alfredo. **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. Blumenau, SC: Todolivro Editora, 2009. p. 371.

3.1 Bênção

Conforme Jean-Jacques Von Allmen, a bênção "constitui o sêlo da história da salvação, e intervém de maneira precisa em cada uma das suas etapas" tais como na criação; após o diluvio firmando uma nova aliança e abençoando Abraão para a salvação de todas as nações.[153] Sissi Georg cita que o significado de abençoar do termo hebraico *"barak"* é "dotar com um poder benéfico."[154] Isto para o contexto da pessoa enferma na UTI e seus familiares é reconfortante e estimulador da esperança.

Capelães hospitalares têm na bênção um instrumental terapêutico intenso, pois ela preenche o coração do ser humano, traz o anúncio da salvação e aflora a alegria de viver. A bênção é o instrumental diário de capelães hospitalares para ser administrado às pessoas sem distinção de raça, credo ou morbidade.[155] Vida, não como "fenômeno natural, mas dádiva milagrosamente preservada pelo próprio Deus."[156] Anísio Baldessin escreve que "abençoar uns aos outros faz bem para as nossas almas."[157] Cita que *Chesed*, bênção, é uma das palavras bíblicas de especial beleza e transmite o amor leal de Deus e a sua bondade para conosco.[158]

3.2 Bênção com Óleo - Instrumental Terapêutico

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades".[159] A "bênção com óleo" entra como um instrumental terapêutico que visa auxiliar o bem-estar mental e espiritual da pessoa enferma. Camilo de Lellis dizia "mais coração nas mãos, irmão!"[160] A

---

153 ALLMEN, Jean-Jacques Von. **Vocabulário Bíblico**. 2ª ed. São Paulo: Associação de Seminários Teológicos Evangélicos, 1972. p. 54.

154 GEORG, Sissi. **Diaconia e Culto Cristão o resgate de uma unidade**. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia; Centro de Recursos Litúrgicos, 2006. p. 124.

155 BALDESSIN, 2012, p. 124.

156 ALLMEN, 1972, p. 54.

157 BALDESSIN, 2005, p. 48.

158 BALDESSIN, 2005, P. 48.

159 OMS Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>.

160 PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Bioética, cuidado e humanização**: sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, vol. II, 2014. p. XXVII.

"bênção com óleo" traz consigo a dimensão da ternura humana que está também na base dos programas de humanização, sem dispensar o conhecimento técnico-científico.[161] Ela é também uma questão de humanização "do cuidado da saúde, da dor e do sofrimento humano, numa perspectiva ético-filosófico-teológica para além da dimensão 'mistérica' portadora de difíceis interrogações existenciais, não raramente sem respostas ao porquê."[162] É um momento em que a pessoa enferma tem a possibilidade de expressar e apresentar para Deus suas necessidades e sentimentos.[163]

Ao abençoar com óleo a pessoa exerce-se o cuidado com compaixão. Com paixão coloca-se ela no centro da ação e a aproximação com quem unge se fortalece. Neste ato é oportunizada à capelã ou ao capelão hospitalar a sintonia com as dores da pessoa enferma.[164] Com pessoas enfermas que estão lúcidas e contactuantes, o cuidado através da "bênção com óleo" as auxilia a realizarem o que não podem, neste momento, fazer por si mesmas. Traz autonomia para decidir sobre a libertação dos pesos que carregam em seu espírito, como também de sentirem a presença concreta de Deus neste momento de sua vida, momento de fragilidade. [165]

"A doença pode intensificar o medo"[166] e defrontar o ser humano com sua vulnerabilidade. A "bênção com óleo" pode auxiliar na ativação de forças interiores de proteção psíquica e espiritual à pessoa enferma. "O Sentido profundo do ser humano é o acolhimento e a proteção de sua vulnerabilidade."[167] Quando se abençoa com óleo ou se é abençoado com o mesmo, aflora dentro da pessoa um sentimento de pertencimento, de cuidado, proteção e superação do desânimo e da revolta.[168] O espírito e a mente se aliviam frente a tudo o que se está passando e o que ainda há de vir. A "bênção com óleo" é uma expressão terapêutica perante as dores que não se consegue definir com palavras ou com comprovação científica. Ela é um ato de amor ao próximo que auxilia para aplacar o medo. "No amor não existe medo; pelo contrário, o perfeito amor lança fora o medo." (1 João 4.18).[169]

Na "bênção com óleo" se tem uma grande oportunidade de trabalhar os sentimentos de culpa que alimentam o medo na pessoa. "A culpa surge na

---

161 PESSINI; BERTACHINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. XXVII.
162 PESSINI; BERTACHINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 295.
163 BALDESSIN, 2005, p. 31.
164 PESSINI; BERTACHINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 287.
165 PESSINI; BERTACHINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 287.
166 FISH; SHELLY, 1986, p. 52.
167 PESSINI; BERTACHINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 293.
168 BALDESSIN, 2005, p. 119.
169 BÍBLIA SAGRADA, 2018, p. 937.

forma de remorso, tanto pelas coisas feitas quanto pelas não feitas."170 O ambiente da UTI assim como o diagnóstico que levou a pessoa para este local, ativa nela uma multiplicidade de pensamentos. Tem-se a sensação de que tudo o que estava quieto e resolvido sai do inconsciente e aflora no consciente com muita intensidade. Um destes sentimentos é a culpa perante si, frente às outras pessoas, familiares ou não, e junto à sociedade em geral. Culpa que acaba ligada ao entendimento de pecado.

"A doença nem sempre precisa estar condicionada ao pecado. O receptor da unção dos enfermos é um doente, e não necessariamente um pecador."171 A unção com óleo, por ter em sua origem a absolvição dos pecados, se transforma em bênção libertadora para a pessoa que se encontra frente a fragilidade da vida e com uma carga de sentimentos enorme. A pessoa é fortalecida, física, psíquica e espiritualmente, na absolvição que ativa um sistema interno de apoio e ajuda frente ao tratamento, independente do que acontecerá pela frente. Baldessin escreve que a "bênção com óleo" "é um símbolo que transmite a força divina. Portanto, é símbolo de força, resistência e missão. Sinal de vida e esperança, e não de morte."172

4 Rito na UTI

Um rito em ambiente como a UTI, onde há muita tensão emocional, aflorando estresse, angústia e cansaço, e a pessoa enferma está ao lado de outros pacientes, na maioria das vezes, não é possível que o mesmo seja demorado.[173] Capelães hospitalares não podem ignorar o ambiente, a pessoa enferma diretamente envolvida assim como as demais internadas no mesmo local.[174] Tanto a visita como um rito, deve ser sucinto e evitar elevar mais ainda o emocional da pessoa internada e seus familiares.[175]

Tentar realizar também na presença de alguma pessoa da família e inclui-la na bênção é sempre terapêutico para todas, inclusive para equipe de assistência. Os ritos podem ser individuais ou coletivos e realizados em

170 FISH; SHELLY, 1986, p. 54.
171 GRÜN, 2007, p. 15.
172 BALDESSIN, 2005, p. 120.
173 BALDESSIN, Anísio. **Como visitar um doente**: Orientações práticas para padres, pastores e agentes de pastoral da saúde. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 61.
174 BALDESSIN, 2005, p. 31.
175 BALDESSIN, 2002, p. 61-62.

espaços privativos ou compartilhados, como no caso de UTI.[176] Neste momento tem-se a oportunidade de acolher as preocupações dos familiares e estimular a esperança em seus corações.[177] Os ritos são uma expressão dos aspectos antropológicos do ser humano apresentando as necessidades humanas e sua relação com Deus.[178]

4.1 Presença Amorosa de Deus na UTI

Pelo estudo realizado e pela vivência da prática na UTI, percebe-se que a unção dos enfermos como "bênção com óleo" é bênção para a vida para todas as pessoas doentes, sejam elas ainda com perspectiva de vida ou no limiar da morte.[179]

> Considerar a pessoa não simplesmente como um corpo, não reduzindo-a à biologia, pura e simplesmente, é um grande desafio. Uma visão holística, multi, inter e transdisciplinar é imperiosa. O ser humano é um todo uno, um nó de relações. Ser "gente" é possuir um corpo, é ter um psiquismo e coração, é conviver com os outros, cultivar uma esperança e crescer na perspectiva de fé em valores humanos.[180]

Capelães hospitalares são as pessoas que vão transmitir e, através da "bênção com óleo", ativar na pessoa enferma forças internas para o enfrentamento do desânimo, da revolta, da desesperança entre tantos outros sentimentos.[181] Precisam estar cientes de que estão num ambiente secularizado, lidando com ciência e não religião, por isto entender-se como instrumento do Evangelho, da boa nova da salvação, tem que ser ministrado com amor e competência.[182]

---

176 SCHMIDT, 2016. p. 20.
177 BALDESSIN, 2002, p. 63.
178 SCHMIDT, 2016, p. 22.
179 BALDESSIN, 2002, p. 81
180 PESSINI; BERTACHINI; BARCHIFONTAINE, 2014, p. 296.
181 BALDESSIN, 2002, p. 81.
182 BALDESSIN, 2005, p. 32.

4.2 Proposta de Rito na UTI

Jefferson Schmidt propõe uma unção com imposição de mãos a pessoas enfermas, mas devido ao contexto e dinâmica de atendimento de pacientes na UTI propomos um rito curto denominado de "Bênção Com Óleo".[183] A sugestão abaixo visa o contexto hospitalar de UTI, mas pode ser ampliada para utilização em Instituições de Longa Permanência (ILPI) ou na própria residência de pessoas enfermas.

Saudação/Acolhida: Paz seja contigo da parte de Deus Pai, Filho e Espírito Santo. "_____(*nome do paciente*), desejo que este momento lhe traga paz e renove no teu coração a certeza de que Deus continua ao teu lado como sempre foi.

Oração: "Olho para os montes e pergunto de onde virá o meu socorro? O meu socorro vem do senhor que fez o céu e a terra." Salmo 121.1.[184]

Aquieta-nos, Senhor, neste momento. Que o coração desta tua amada filha/deste teu amado filho bata no ritmo do teu amor. Dá a ela/ele a serenidade dos montes eternos. Faz cessar as tensões de seus nervos e músculos. Renova suas forças através do teu ungir. Que este momento em que se encontra seja aguardado e protegido por Ti. Acolha as súplicas de seu coração. Perdoe seus pecados com tua graça e amor incondicional.

Pai nosso que estás no céu, santificado seja o teu nome. Venha o teu reino. Seja feita a tua vontade assim na terra como no céu. O pão nosso de cada dia nos dá hoje. E perdoa as nossas dívidas assim como perdoamos aos nossos devedores. E não nos deixe cair em tentação, mas livra-nos do mal. Pois teu é o Reino, o poder e a glória para sempre (Mateus 6.9-13).[185] Amém.

Unção: Esta unção é o "Sim" de Deus. No batismo Deus disse "Sim". Deus continua dizendo "Sim". Como é bom saber e vivenciar este "Sim", pois geralmente ouvimos "Não". A Bênção com Óleo lembra que sobre a nossa vida está o grande "Sim" de Deus. No batismo somos selados pelo amor de Deus. Com o sinal da cruz, anuncio-te: "Receba esta bênção com óleo como o sinal do grande amor de Deus que se renova hoje em tua vida". Em nome do Pai, do Filho e do Espírito Santo (+). Amém.

---

183 SCHMIDT, 2016, p. 85.
184 BÍBLIA SAGRADA, 2018, p. 475.
185 BÍBLIA SAGRADA, 2018, p. 735.

Bênção: "Deus te abençoe, guarde teu andar, mostre a cada passo como caminhar. E quando vier a noite e não puderes ver, seja Deus a luz para te guiar." *(Cantada)*[186]

Ou,

"O Senhor te abençoe e te guarde; o Senhor faça resplandecer o seu rosto sobre ti e tenha misericórdia de ti; o Senhor sobre ti levante o seu rosto e lhe dê a paz."[187]

5 Consideração final e impulsionadora para ação

Nesta pesquisa constatamos que na Igreja Católica estão tentando enfocar a dimensão do toque, da necessidade de preparação em participar da glória divina e a dimensão da bênção através da "unção dos enfermos". No entanto, mesmo com a mudança da terminologia de "extrema unção" para "unção dos enfermos", ela ainda, na prática, continua sendo administrada em momentos de extrema gravidade da continuidade da vida, portanto, em fase de morte eminente.

Quando pensamos no cuidado da pessoa enferma, em qualquer momento de sua doença, e em tudo o que evoca no emocional e espiritual nesta pessoa no período de internação na UTI, levantou a hipótese de que a bênção com óleo possui um grande potencial como instrumental pastoral. Poderá ser uma expressão terapêutica perante as dores emocionais e espirituais que não se consegue definir com palavras ou com comprovação científica. Capelães hospitalares representam o divino, a presença amorosa de Deus amparando e acolhendo a dor imensurável do ser humano fragilizado. Portanto, capelães hospitalares poderão através da bênção com óleo potencializar a resiliência na pessoa enferma. A mesma poderá através deste rito libertar-se de pesos emocionais e, através do cheiro e do toque, sentir a presença amorosa de Deus. Contudo há falta de recursos bibliográficos para comprovar este parecer, o que nos leva a necessidade de novas pesquisas de relatos e evidências, além de buscar comprovação científica para a suspeita dos benefícios deste rito como um instrumental pastoral para capelães hospitalares.

---

186 KUPKA, Claudio. Bênção do Caminhar. *In*: **Livro de Canto da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil.** Marcell Silva Steuernagel, Soraya Heinrich Eberle, EWALD, Werner...[et al.] (organizadores). São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, 2017, p. 298.

187 BÍBLIA SAGRADA. Números 6. 24-26, 2018, p. 109.

Propusemo-nos, apesar da falta de subsídios literários, apresentar uma proposta de rito para UTI, partindo da dinâmica contextual da mesma e das necessidades espirituais da pessoa enferma neste ambiente de elevadíssimo estresse. E esta proposta de rito abre caminhos de pesquisas, até então inexistentes, sobre o que a bênção com óleo e a unção dos enfermos pode evocar na pessoa enferma em UTI's, assim como em sua família.

Referências

ALLMEN, Jean-Jacques Von. **Vocabulário Bíblico**. 2ª ed. São Paulo: Associação de Seminários Teológicos Evangélicos, 1972.

BALDESSIN, Anísio. **Entre a vida e a morte**: Medicina e Religião. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

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

BALDESSIN, Anísio. **Pastoral da Saúde** – Orientações práticas. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

BÍBLIA SAGRADA. Nova Versão Atualizada. 3ª Ed. Barueri/SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 2018.

CHAVE BÍBLICA: Baseia-se na Edição Revista e Atualizada no Brasil da Tradução de João Ferreira de Almeida. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil, 1970.

COLLINS, Mary. O Ritual Romano. Assistência Pastoral e Unção dos enfermos. **Concilium**, n.234, 1991/2, p.12-117

FELTZ, Deolindo. **Câncer e espiritualidade**: sofrimento e ajuda. São Leopoldo: Sinodal, 2018.

FERREIRA, Damy; ZITI, LIZWALDO Mário. **Capelania Hospitalar Cristã**: Manual didático e prático para capelães. 1ª ed. Santa Bárbara D'Oeste: SOCEP – Sociedade Cristã Evangélica de Publicações Ltda, 2002.

FISH, Sharon; SHELLY, Judith Allen. **Cuidado Espiritual do Paciente**. São Paulo: União Médica Hospitalar Evangélica - UMHE, 1986.

GARROS, Gerson; RODRIGUES, Rafael Souza. Culpa e Doença: Uma reflexão a partir da Capelania Hospitalar. *In*: **Um olhar nos espelhos da culpa**. Organizado por Karin H.K. Wondracek; Thomas Heimann; Lothar Hoch. 2. Ed. São Lepoldo: Sinodal/EST, 2016.

GEORG, Sissi. **Diaconia e Culto Cristão**: o resgate de uma unidade. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia; Centro de Recursos Litúrgicos, 2006.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas 1994, p.20.

GRESHAKE, Gisbert. Doença e Cura. Unção dos enfermos: o vai-e-vem entre cura física e espiritual. **Concilium**/278-1998/5, Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, pp. 98-109.
GRÜN, Anselm. **Unção dos Enfermos Consolo e Afeto**. São Paulo: Ed. Loyola, 2007.
HOCH, Lothar C. Função Terapêutica dos Ritos Crepusculares: Aconselhamento pastoral junto aos que andam no vale da sombra da morte. *In*: **Estudos Teológicos**. São Leopoldo, ano 38, n.1 p.63-73, 1998.
HOEPFNER, Daniel. **Cuidado pastoral num centro de tratamento intensivo adulto**: referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais. Tese (Doutorado) – Faculdades EST, São Leopoldo, 2012
LANDMANN, Jayme. **Evitando a saúde e promovendo a doença**. 3.ed. Rio de Janeiro: Achiamé Ltda, 1982. Pp. 65-68.
KUPKA, Claudio. Bênção do Caminhar. *In*: **Livro de Canto da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil**, Marcell Silva Steuernagel, Soraya Heinrich Eberle, EWALD, Werner...[etal.] (organizadores). São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, 2017, p. 298.
PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Bioética, cuidado e humanização**: sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, vol. II, 2014.
SCHMIDT, Jefferson. **Unção com óleo**: Uma proposta de rito no contexto Luterano Brasileiro. Dissertação (Mestrado) - São Leopoldo: Faculdades EST, 2016.
SCOTTINI, Alfredo. **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. Blumenau, SC: Todolivro Editora, 2009.

Imposição de Mãos: um rito terapêutico no Aconselhamento Pastoral

Marcelo Peter da Silva

Júlio Cézar Adam

Resumo: O rito da Imposição de Mãos é um elemento extremamente terapêutico. Tem caráter de concessão de bênção, podendo ser incluído no âmbito do Aconselhamento Pastoral em hospitais e/ou lares. Busca-se nesta pesquisa entender a natureza do rito, sua importância e aplicabilidade para o contexto de enfermidade e sofrimento humano. É um elemento agregador para a promoção da cura. Baseados na tradição bíblica, com o viés da hermenêutica confessional luterana, observa-se sua intrínseca conexão e dependência a partir do Sacramento do Batismo. Na prática comunitária este rito é terapêutico por meio da fé que move as pessoas envolvidas. É importante que seja refletido de maneira teórica e prática, para ser implementado como elemento terapêutico na vida litúrgico-poimênica da Comunidade em momentos de fragilidade, tais como nos casos de enfermidade.

Palavras-chave: Imposição. Rito. Terapêutico.

1 Introdução

Esta pesquisa ocupa-se com o estudo e a reflexão prática do Rito Litúrgico de Imposição de Mãos enquanto elemento sensível para a promoção da cura, por meio de concessão de benção no Aconselhamento Pastoral Hospitalar e/ou Domiciliar a pessoas doentes.

A pesquisa procura unir as perspectivas litúrgico-poimênica, com a intenção de questionar o Rito da Imposição, ante a realidade de conferimento ou não de condições e possibilidades curativas às pessoas enfermas. Com a reflexão em voga, queremos compreender em que medida tal prática litúrgica vem ou não ao encontro das necessidades curativas e terapêuticas das pessoas

envolvidas. Todos esses questionamentos conduzem ao seguinte problema de pesquisa: Em que medida a imposição de mãos auxilia nos processos de cura no Aconselhamento Pastoral?

O Rito da Imposição de Mãos é uma prática litúrgica extremamente expressiva descrita na bíblia. Ao longo da história do cristianismo sempre esteve associado ao uso litúrgico para ritos de bênçãos e/ou passagem. O significado profundo do rito implica em um sinal sensível da bênção divina. Expressa a misericórdia, a paz, o consolo e/ou o fortalecimento na fé como catalisador nos processos de cura. Em vista desta realidade, buscaremos entender que a imposição de mãos, enquanto rito de bênção, tendo sua base no Sacramento Batismal, é um auxílio espiritual nos processos de cura que podem ser proporcionados pelo Aconselhamento Pastoral.

Esta pesquisa se justifica pelo fato de a Imposição de Mãos ser uma prática milenar na Igreja Cristã. Biblicamente, há valioso embasamento para seu uso na vida litúrgica da Comunidade. Visamos compreender o rito a partir de sua fundamentação batismal e, por conseguinte, avaliar seu enraizamento na vida diária da pessoa cristã em Comunidade. Compreendemos que uma Igreja sensível às necessidades das pessoas, busca formular práticas litúrgicas condizentes à sua realidade vivencial. No tocante ao Aconselhamento Pastoral, na prática poimênica, queremos avaliar e propor tal prática litúrgica.

A pesquisa em questão é de natureza básica e qualitativa do ponto de vida da abordagem do problema. No que tange aos objetivos, trata-se de uma investigação exploratória e descritiva, que adotará, quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa bibliográfica.

2 O rito de impor as mãos

A "Imposição de Mãos" pode ser auxílio terapêutico e curativo, por meio da prática litúrgico-poimênica no Aconselhamento Pastoral em hospitais e lares. Para entender isso teoricamente, vamos problematizar o assunto dentro da esfera que une a vida litúrgica da Comunidade com o propósito poimênico. Isso fará com que ele seja entendido como um rito terapêutico no Aconselhamento Pastoral.

Na dissertação intitulada "Aconselhamento Pastoral Hospitalar: os ritos religiosos como parceiros na conversação pastoral na mediação da graça de Deus", Maurício Roberto Haacke dedica espaço reflexivo para delinear o assunto. Em sua pesquisa, aponta consideráveis reflexões propositivas para a práxis litúrgica com viés terapêutico na vida comunitária.

Haacke realiza uma densa fundamentação para o uso litúrgico dos ritos na prática do Aconselhamento Pastoral. Ele compreende que a prática

litúrgica neste âmbito é um valioso instrumento de acompanhamento às pessoas em situação de vulnerabilidade no tocante à saúde.[188] Baseados nesta pesquisa, compreendemos as implicações específicas da prática da Imposição de Mãos, enquanto elemento terapêutico e curativo, sempre com viés litúrgico, baseado no Sacramento do Batismo, fundamento da teologia luterana.[189]

Ao enfatizar a reflexão e proposição litúrgico-poimênica para o seio comunitário, tendo por origem o âmbito do Aconselhamento Pastoral, observamos também na pesquisa de Neldinei Faleiro de Siqueira, mesmo não sendo do âmbito luterano, um importante diálogo acerca dos benefícios litúrgicos e poimênicos do rito em questão. Em sua pesquisa, sob o título "O efeito terapêutico do rito religioso na instituição hospitalar", Siqueira, em determinada altura de sua reflexão, expressa que "[...] os ritos dão suporte e auxiliam os cuidadores e os doentes a enfrentar o sofrimento físico e psíquico."[190] Nesse sentido é necessário compreender e fundamentar a necessidade de ritos na vida comunitária.

2.1 O rito em essência

O rito é um elemento crucial no desenvolvimento do ser em sociedade e comunidade, contribuindo para o equilíbrio psicológico e físico.[191] Rito indica uma ordem estabelecida de elementos que buscam harmonizar atos celebrativos.[192] É crucial a intenção da pessoa que participa de um rito, pois isso também dará consistência e valor ao ato.[193] Na Antropologia temos como referencial as contribuições de Arnold von Gennep que classificou os ritos de passagem e auxiliou para que se compreenda a necessidade de haver ritos com representação e valor para o ser humano em suas relações sociais e religiosas.[194] Segundo Gennep, os ritos contribuem para mudanças de

---

188 HAACKE, Maurício Roberto. **Aconselhamento pastoral hospitalar**: os ritos religiosos como parceiros da conversão pastoral na mediação da graça de Deus. Escola Superior de Teologia: São Leopoldo. 2001. p. 79.

189 HAACKE, 2001, p. 114-157.

190 SIQUEIRA, Neldinei Faleiro de. **O efeito terapêutico do rito religioso na instituição hospitalar.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Goiás, Departamento de Filosofia e Teologia: Goiânia, 2003. p. 38.

191 SIQUEIRA, 2003, p. 35.

192 TERRIN, Aldo Natale. **O rito:** antropologia e fenomenologia da ritualidade. São Paulo: Paulus, 2004. p. 18.

193 TERRIN, 2004, p. 27.

194 GENNEP, Arnold van. **Os ritos de passagem**: estudo sistemático dos ritos da porta e da soleira, da hospitalidade, da adoção, gravidez e parto, nascimento, infância, puberdade, iniciação, ordenação, coroação, noivado, casamento, funerais, estações, etc.. Petrópolis: Vozes, 1978. p. 31-33.

situação de vida.[195] Afirmação similar encontra-se no cientista litúrgico Júlio César Adam, quando afirma:

> Podemos dividir os ritos casuais em duas categorias: jornadas e passagens. As jornadas são aqueles momentos na vida que volta e meia podemos ter que passar, como por exemplo, ficar doente, sentir-se culpado, etc. [...] Os ritos ajudam as pessoas a atravessar e viver esses ciclos e eventos e a crise que eles produzem.[196]

De modo geral "[...] o rito – assim interpretado – 'causa' uma verdadeira mudança de vida, não somente em sentido ético-religioso, mas também em sentido físico, porque se refere ao corpo e ao controle do corpo [...]."[197] Por isso que a Imposição de mãos pode vir a contribuir tão peculiarmente na vida da pessoa doente.[198] Por que,

> [...] com o rito nos colocamos em comunicação com aquilo em que cremos, mas é antes o rito mesmo que 'cria', na sua intencionalidade fenomenológica, o evento comunicativo sobrenatural, onde, por isso, o fundamental é a intencionalidade atual do participante do rito [...][199]

Enquanto recurso litúrgico, o rito tem condições para ser instrumento poderoso, fomentando a saúde em sua integralidade.[200] Para isso é necessário que o rito esteja completamente entrelaçado com a vida das pessoas envolvidas.[201] Ele precisa fazer sentido e dar respostas às necessidades.[202] Fazendo bom uso dos recursos religiosos (práticas rituais) podemos ajudar as pessoas a encontrar meios transformadores de comunhão com o Espírito de Deus.[203]

---

195 GENNEP, 1978, p. 31-33.

196 ADAM, Júlio Cézar. Ritos cristãos: história, teologia e prática. In.: WACHS, Manfredo Carlos; FUCHS, Henri Luiz; BRANDENBURG, Laude Erandi; KLEIN, Remí; REBLIN, Iuri Andréas. **Ensino Religioso:** religiosidades e práticas educativas. São Leopoldo: Faculdades EST, Sinodal. 2010. (VII Simpósio de Ensino Religioso). p. 90.

197 TERRIN, 2004, p. 35.

198 HOCH, Lothar C. A cura como tarefa no aconselhamento pastoral. *In.*: BOBSIN, Oneide; ZWETSCH, Roberto E. **Prática cristã:** novos rumos. São Leopoldo: Sinodal, IEPG, Escola Superior de Teologia, 1999. p. 20.

199 TERRIN, 2004, p. 36.

200 CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento pastoral:** modelo centrado em libertação e crescimento. 4. ed. São Leopoldo: EST, Sinodal, 2007, p. 117.

201 SIQUEIRA, 2003, p. 35.

202 GRETHLEIN, Christian. Bendições e unção dos enfermos. *In.*: SCHMIDT-LAUBER, Hans-Christoph; MEYER-BLANCK, Michael; BIERITZ, Karl-Heinrich. **Manual de ciência litúrgica**: ciência litúrgica na teologia e prática da igreja. Vol. 3. São Leopoldo: Faculdades EST, Sinodal, 2014. p. 156.

203 CLINEBELL, 2007, p. 119.

2.2 O rito em prática

Sabendo da essência do rito, sua função social e religiosa, ao colocar em prática na vida comunitária, por meio do Aconselhamento Pastoral, percebemos que há uma contribuição terapêutica junto às pessoas doentes.[204] O respeito à história e situação da pessoa enferma fará com que o rito seja executado de maneira realmente pastoral.[205] Howard Clinebell expressa tal postura ao afirmar que, quando "usados apropriadamente, recursos religiosos podem ser instrumentos poderosos para fomentar integralidade espiritual, subsídios singulares para a poimênica e o aconselhamento pastoral."[206]

Usar apropriadamente o rito da imposição de mãos significa nos manter fieis à teologia batismal, pregada e ensinada no luteranismo. Acerca disto, Abigail Rian Evans categoricamente afirma:

> A imposição de mãos reflete que podemos ser um canal do poder de Deus; é Cristo tocando alguém. Algumas vezes as pessoas que recebem a imposição de mãos experimentam sensações de poder, calor, luz e formigamento. No entanto, a atenção deve estar no poder de Cristo para curar e não nas manifestações físicas."[207]

Nesse ínterim, o/a ministro/a religioso/a não precisa temer o ato, pensando fugir de sua ortodoxia teológica, pois não o estará fazendo, desde que aja compreendendo sua natureza ritual:

> Signos litúrgicos proeminentes são o cânone das Escrituras Sagradas do Antigo e do Novo Testamento, a água e a fórmula trinitária do batismo, o pão, o vinho e as palavras da instituição de Cristo na eucaristia, a imposição de mãos, a unção e – daí derivada – a função especial da pessoa ordenada no culto.[208]

Na prática pastoral do rito que almejamos, coerentes com o fundamento teológico de nossa fé, visamos abranger aquilo que é mais tangível do que somente a racionalidade tão inerente ao nosso atual fazer

---

204 SIQUEIRA, 2003, p. 34.

205 TERRIN, 2004, p. 20.

206 CLINEBELL, 2007, p. 117.

207 EVANS, Abigail Rian. **O ministério terapêutico da Igreja:** programas práticos para ministérios de saúde. São Paulo: Loyola, 2002. p. 127.

208 JORDAHN, Ottfried. O Cerimonial. *In*.: SCHMIDT-LAUBER, Hans-Christoph; MEYER-BLANCK, Michael; BIERITZ, Karl-Heinrich. **Manual de ciência litúrgica**: ciência litúrgica na teologia e prática da igreja. Vol. 2. São Leopoldo: Faculdades EST, Sinodal, 2014. p. 365.

teológico. A proposta de ação deste rito visa ampliar as possibilidades.[209] Pois, "em termos fenomenológicos, esses atos litúrgicos chamam a atenção pela grande importância dada a sinais perceptíveis pelos sentidos." [210] E a poimênica, junto às pessoas enfermas, a partir de sua necessidade religiosa, carece de ações litúrgicas práticas e sensoriais.

3 A importância da imposição de mãos

Quem opera a graça terapêutica no rito da imposição de mãos é única e exclusivamente Deus. Pela fé, a pessoa enferma, recebe as bênçãos divinas. Uma vez que a "fé é estar possuído por aquilo que nos toca incondicionalmente."[211] O ministro religioso é um instrumento de Deus. Assim, Deus age graciosamente em favor da pessoa necessitada, enferma, atribulada por meio do/a ministro/a religioso/a que realiza o rito no Aconselhamento Pastoral. Tanto o/a ministro/a religioso/a, quanto a pessoa enferma necessitam crer, ter fé que Deus é quem toca profundamente, através da oração, imposição de mãos e bênção. Nesse sentido as afirmações dogmáticas de Paul Tillich auxiliam, quando afirma:

> Fé como estar possuído por aquilo que nos toca incondicionalmente é um ato da pessoa como um todo. Ele se realiza no centro da vida pessoal e todos os elementos desta dele participam. Fé é o ato mais íntimo e global do espírito humano.[212]

Expressar a graça de Deus sensivelmente é um ato de fé necessário para o processo terapêutico, uma vez que "aquilo que toca o homem incondicionalmente precisa ser expresso por meio de símbolos, porque apenas a linguagem simbólica consegue expressar o incondicional."[213] Para compreender o rito na vida de fé das pessoas, faremos uma análise desde as perspectivas bíblica, confessional e comunitária.

---

209 JORDAHN, 2014, p. 366.
210 GRETHLEIN, 2014, p. 156.
211 TILLICH, Paul. **Dinâmica da Fé.** São Leopoldo: Sinodal, 1974. p. 5.
212 TILLICH, 1974, p. 7.
213 TILLICH, 1974, p. 30.

3.1 A Imposição de Mãos é elemento fundamental nas Escrituras

No Antigo Testamento, a imposição de mãos foi compreendida de várias maneiras diferentes. A rigor, sempre tem característica de conferimento de benção. Em Gênesis 48.15 Jacó impõe as mãos sobre seus netos para conceder-lhes a bênção; em Êxodo 29.10 a imposição de mãos está interligada ao ritual sacrificial judaico; já em Levítico 16.21 Arão impõe as mãos sobre um bode e transferirá os pecados e culpas dos filhos de Israel para ele; em Números 27.21 Moisés impõe as mãos em Josué, na presença do Sacerdote e do povo, transferindo para ele as ordens dadas por Deus; quando lemos Levítico 24.14 ficamos surpresos, pois ali a imposição de mãos soa como sinal de condenação à morte. Tem o significado de responsabilidade pelo ato.

No Novo Testamento a imposição de mãos, de igual forma, tem significado múltiplo. Iniciando pelo Evangelho de Marcos, a rigor o mais antigo, percebe: em Mc 10.16 ali o ato é um gesto de bênção para a vida cotidiana; em Mc 16.18 o mesmo se relaciona com a cura aos doentes a partir da fé no ressuscitado;[214] Já no livro de Atos é relatado que Paulo realizou curas mediante oração e imposição de mãos (At. 28.8); desde os tempos apostólicos a tarefa ministerial é conferida por meio da imposição de mãos (At. 6. 1-6, 2Tm 1.6); através da imposição de mãos as pessoas recebem o Espírito Santo de Deus (At 8.15).

Para fundamentar bíblica e confessionalmente o ato de impor as mãos, nada mais coerente que observar as práticas de Jesus.[215] Ele fazia uso corrente da linguagem ritual da imposição de mãos, junto com seu modo de olhar, para conferir bênçãos às pessoas a sua volta (Mt 19. 13-15; Mc 5.23; Mc 7.32; Lc 4.40). Jesus é a nossa base para toda e qualquer ação litúrgica, ritual e poimênica.

Tanto no AT, quanto no NT, apesar da multiplicidade de possibilidades práticas para o ato de imposição de mãos é crucial frisar que

---

214 BARTZ, Alessandro. História eclesial e práticas pastorais: devolvendo o lugar da unção dos enfermos. *In.*: WACHHOLZ, Wilhelm (Org.). **O Luteranismo no Contexto Religioso Brasileiro.** São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2007. p. 164.

215 "Todo el ministerio de Jesús está lleno de referencias AL acto de sanar. Dios es fuente de la y su acción salvadora se manifiesta no solamente mediante el ministerio de sanidad ejercido por su Hijo, sino también cuando Jesús da autoridad a sus discípulos para ir por el mundo y echar fuera los demonios y sanar enfermedades, además de predicar el evangelio del reino de Dios". In.: PAZ COT, Marianela de T. El cuidado pastoral y los ritos em La comunidad sanadora. *In.*: SCHIPANI, Daniel S. **Nuevos Caminos En Psicología Pastoral:** ensayos os homenaje a Jorge A. León. Buenos Aires: Kairos; Ontario: Pandora Press, 2010. p. 108.

sempre Deus é o agente e não quem impõe as mãos. Este é sempre instrumento para o conferimento da benção que provém única e exclusivamente de Deus.

A imposição de mãos, como já foi explicitada, provém da tradição bíblica hebraica, perpassou o período intertestamentário e acompanhou o surgimento da Igreja Apostólica. Sempre foi um rito prático e usual nas mais diferentes celebrações do povo cristão. No Antigo Testamento servia como significado da presença e permanência de Deus com o povo. No Novo Testamento e nos tempos da Igreja Apostólica é gesto que comunica a ação do Espírito Santo de Deus. Sempre expressou, visivelmente, a bênção que vem Deus.

3.2 A Imposição de Mãos no âmbito confessional luterano

No luteranismo, ainda existem receios quanto a determinadas práticas litúrgicas e rituais[216] fazendo com que, por exemplo, o rito da imposição de mãos às pessoas enfermas seja pouco usado.[217] Isso acontece uma vez que "por muito tempo, a ciência litúrgica evangélica deixou de levar em consideração a plenitude dos aspectos que constituem a pessoa humana."[218] Por isso mesmo é importante resgatar o conhecimento acerca do que os reformadores pensavam sobre o tema. Martim Lutero, para a vida comunitária, apreciava e sabia da importância do uso da benção e da imposição de mãos, apesar de não haver proposto um modelo litúrgico desse rito.[219] A valorização do rito pelos reformadores luteranos fica evidente nas palavras de Filipe Melanchthon quando formula sua Apologia da Confissão de Augsburg:

> E Deus move os corações simultaneamente pela palavra e pelo rito, para que creiam e concebam a fé, como diz Paulo: 'A fé vem pelo ouvir'. Assim, porém, como a palavra entra nos ouvidos para tocar os corações, assim o rito entra nos olhos a fim de mover os corações. O mesmo é o efeito da palavra e o do rito [...][220]

---

216 GRETHLEIN, 2014, p. 169.

217 HOCH, Lothar Carlos. A importância de ritos e símbolos no aconselhamento pastoral e na celebração: aspectos pastorais. *In:* **Teologia em Debate**, Nº. 5. Porto Alegre, Instituto Teológico João Wesley, 1999. p. 37, 42.

218 JORDAHN, 2014, p. 363.

219 GRETHLEIN, 2014, p. 168.

220 MELANCHTHON, Filipe. Apologia da Confissão. *In:* DREHMER, Darci (Editor). **Livro de Concórdia**: as Confissões da Igreja Evangélica Luterana. 6ª. ed. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 2006. p. 223-224.

Com este olhar ampliado, fundamentados na teologia batismal,[221] fica nítido que é possível realizar o rito no Aconselhamento Pastoral em contexto luterano, tornando-se "[...] um componente litúrgico que acompanhe as comunidades na hora da enfermidade."[222]

3.3 A prática da Imposição de Mãos na vida da Comunidade

Essa prática ritual precisa ser refletida, compreendida e praticada de forma ampla na vida da Comunidade, pois ela se mostra fundamental para o bem-estar espiritual das pessoas enfermas no que tange ao aconselhamento:

> O rito da imposição de mãos tem uma função terapêutico-pastoral muito especial junto a pessoas enfermas e moribundas, podendo também ser estendida a seus respectivos familiares. Em sentido humano, as mãos são o instrumento mais expressivo da linguagem corporal que Deus nos deu. [...] O toque e a imposição de mãos são um gesto de carinho, através do qual se expressa proximidade e participação solidária no sofrimento e na dor do outro. [...] Através do gesto de súplica e de oração pelo enfermo, o pastor e a pastora querem expressar que, o poder em questão, não procede deles, mas do próprio Deus.[223]

Lothar Carlos Hoch ainda frisa que ao realizar o ato da imposição de mãos o/a ministro/a religioso/a é instrumento de Deus para a vida das pessoas em seus momentos de dificuldade. Deus se faz presente, se mostra palpável e sensível junto ao enfermo, com seus braços estendidos.[224]

Por sua vez, Adam é categórico quando exprime suas conclusões acerca de atos e ritos litúrgicos poimênico-pastorais:

---

221 "No sacramento do batismo concede-se oralmente ao batizando a atuação salvífica trinitária universal de Deus, sintetizada na fórmula batismal (Mt 28.19). Ao mesmo tempo, funda-se uma relação pessoal compromissiva com Cristo. Todos os demais atos de abençoar e bênçãos utilizam uma forma trinitária de bênção derivada da fórmula do batismo, sendo, assim, atos subsequentes ao batismo e anamneses batismais. Gestos concomitantes (imposição de mãos, sinal da cruz) lembram a corporeidade do batismo e dão ênfase cristológica à benção." SCHULZ, Frieder. A Oração. *In.*: SCHMIDT-LAUBER, Hans-Christoph; MEYER-BLANCK, Michael; BIERITZ, Karl-Heinrich. **Manual de ciência litúrgica**: ciência litúrgica na teologia e prática da igreja. Vol. 4. São Leopoldo: Faculdades EST, Sinodal, 2014. p. 124.

222 BARTZ, 2007, p. 171.

223 HOCH, 1999, p. 39.

224 HOCH, 1999, p. 39.

> Justamente porque os cristãos creem que em Jesus Cristo Deus se tornou pessoa e, com isso, assumiu e abençoou a existência humana com todas as suas características e necessidades, a igreja se dá conta hoje de que deve levar a sério liturgicamente as jornadas e passagens da vida, quaisquer que sejam, como um imperativo da encarnação de Deus.[225]

Conforme Hoch, não é preciso temer o rito por supor que não seja pertinente ao contexto teológico da comunidade. Muito pelo contrário, é necessário desenvolver o mesmo de forma prática, pastoral e poimênica, pois a grande maioria das pessoas enfermas experimenta o rito, aqui em debate, como elemento confortador. Um "símbolo da presença palpável do próprio Deus, do verbo que se faz carne."[226]

É crucial que se entenda, interiorize e pratique tal rito na vida liturgico-poimênica da comunidade. Pois, "resgatar essa prática, tornando-a um subsídio pastoral e comunitário, possivelmente vai ajudar em muito a consolar o enfermo e os familiares em momento de doença."[227]

O incentivo e ensejo para a prática da imposição de mãos não tem como foco o "realizar milagres, mas agir em solidariedade na fraqueza."[228] É perceptível que a pessoa que recebe a imposição de mãos, substancialmente, recebe também força proveniente da benção divina para vivenciar suas labutas com dignidade, esperança e perspectiva.[229]

4 Imposição de mãos em prática

Reconhecemos, por meio da reflexão que realizamos até aqui, que a imposição de mãos é um elemento que agrega no aconselhamento pastoral. Por isso mesmo "[...] a igreja se dá conta hoje de que deve levar a sério liturgicamente as jornadas e passagens da vida, quaisquer que sejam [...]."[230] Para que isso aconteça, fazemos a proposta de que, em cada contexto comunitário específico, possamos observar a necessidade existente de:

> [...] avaliar nossa liturgia e redescobrir o valor dos ritos no acompanhamento a pessoas e famílias em suas mais distintas

---

225 ADAM, 2010, p. 100.
226 HOCH, 1999, p. 42
227 BARTZ, 2007, p. 171.
228 HOCH, 1999, p. 19.
229 HOCH, 1999, p. 20.
230 ADAM, 2010, p. 100.

> mudanças e transições, de modo que tenham a vivência real da igreja como uma Comunidade que cura.[231]

Neste ínterim, é latente que "novos ritos precisam, pois ser criados e moldados."[232] Todavia, não queremos, nesta reflexão, elaborar ou propor um ritual fixo com ordens e passos específicos. Entendemos que nossa intenção primaz é trazer à vida comunitária a importância da vivência prática desse rito nas mais diversas situações de fragilidade para as famílias e pessoas.[233] Também tomamos essa posição por compreender que o rito é importante, porém os costumes litúrgicos são diversos em diferentes contextos. Assim, é tarefa da Comunidade moldar uma lógica litúrgico-ritual compatível com as tradições do contexto.

4.1 Cuidados com o toque

Conforme nossa compreensão, não é correto engessar o rito num formato único e fechado. Ainda assim, vale a pena ter em vista que "a imposição de mãos é sempre ligada à oração. [...] As orações oferecidas devem direcionar a atenção da pessoa doente para Deus [...]"[234] Para tanto, indiferente da moldagem litúrgica, o ato do rito está arraigado ao âmbito da oração.

É importante que o/a ministro/a religioso/a realize o rito tendo em mente que através dos atos litúrgicos que moldar irá favorecer que a pessoa enferma tenha contato (tato) com Deus. As pessoas e famílias envolvidas, necessariamente, carecem deste zelo, cuidado e engajamento litúrgico do seu representante religioso. Elas anseiam por este momento de fé e esperança.[235]

---

231 Tradução própria: "[…] evaluar nuestra liturgia e re-descubrir el valor de los ritos en el acompañamiento de personas y familias en sus múltiples cambios o transiciones de modo que tengan la vivencia real de la iglesia como comunidad sanadora." PAZ COT, 2010, p. 128.

232 ADAM, 2010, p. 100.

233 "Se debe estar atento a qué posibilidades rituales se ofrecen en la consejería pastoral e otras situaciones pastorales, preguntándonos acerca de las necesidades que tiene las personas y cómo pueden ser atendidas mediante un ritual de cuidado pastoral. Podemos indagar, por ejemplo, si la necesidad es de confirmar su identidad, o si es de afirmación por parte de la comunidad a través del reconocimiento d un pasaje o transición importante; se es una necesidad de sanación o bendición; si tal necesidad simboliza gratitud o marca un tiempo especial de despedida o de recordación. En todas esas situaciones pastorales y otras, puede sugerirse algunos tipos de acciones simbólicas o rituales además de la conversación pastoral." PAZ COT, 2010, p. 124.

234 EVANS, 2002, p. 128.

235 HOCH, 1999, p. 20.

4.2 O toque terapêutico

Existe na medicina moderna uma prática chamada "Toque Terapêutico":

> A técnica do toque terapêutico foi desenvolvida no começo dos anos 70 por Dolores Krieger, enfermeira profissional e professora de enfermagem na Universidade de Nova York. Ela foi a primeira pessoa a estudar a imposição de mãos em seres humanos. Krieger desenvolveu uma hipótese de que a hemoglobina seria um indicador sensível de mudança de energia e absorção de oxigênio [...][236]

É crucial que o/a ministro/a religioso/a não confunda sua tarefa. Ele ou ela tem uma função religiosa, no âmbito da espiritualidade. Por meio dessa tarefa ministerial a pessoa enferma, pela fé em Deus, recebe amparo espiritual e pode sentir transformações em nível físico e psicológico. Mas, a tarefa do/a ministro/a religioso/a não é curar. Antes, é acompanhar os processos de cura, desde a matriz da espiritualidade.

Afirmamos isso para que se compreenda que há, na medicina moderna "[...] práticas conhecidas como toque terapêutico, cura interior e controle da mente que ilustram a interface entre a saúde e a espiritualidade."[237] Todavia, essas ações não são práticas litúrgicas. Conforme a compreensão existente para os praticantes dessa técnica:

> Para o toque terapêutico ser efetivo, 'o terapeuta deve ter uma intenção sincera de ajudar a outra pessoa' [...]. O paciente também tem um papel a desempenhar, 'decidindo' como a energia que ele ou ela recebe irá ser usada, em vez de ser um passivo recebedor dela.[238]

No que concerne ao uso litúrgico da imposição de mãos, o elemento da fé é crucial e imprescindível. Ambos, pessoa enferma e ministro/a religioso/a carecem de fé. Todavia, não são as nossas intenções, intensidades e atos pessoais que operam a transformação. Somos completamente dependentes da graça de Deus e não podemos abdicar dela. Se assim o fizermos ,incorremos no erro de agregar poder curativo à nossa obra. A única obra real é a divina!

---

236 EVANS, 2002, p. 71.
237 EVANS, 2002, p. 71.
238 EVANS, 2002, p. 72.

4.3 O rito é sensível

Com a ressalva do tópico anterior buscamos esclarecer que não haja confusão de técnicas, entretanto salientamos que o/a ministro/a religioso/a não abdique de sua sensibilidade pessoal.[239] Pois o rito da imposição de mãos pressupõe que seja sensível. Entenda-se isto de maneira ampla, pois:

> [...] No ministério terapêutico, ela nos envolve no corpo de Cristo de forma que podemos receber seu poder de cura. Psicologicamente, o amor é expresso pelo toque. O toque tem um significado espiritual profundo. É a mão de Deus que toca a pessoa através de outra. Muitos consideram o toque uma parte integrante do cuidado paciente. Ele pode ser de benefício físico, psicológico e social; conseqüentemente, o uso do toque no ministério terapêutico de Cristo é um meio natural de ministrar aos outros.[240]

Em nossa compreensão prática do rito de imposição de mãos é crível que "a essência do rito depende do seu debruçar-se sobre o mundo da vida e da sua capacidade de dar uma resposta às exigências fundamentais do viver humano."[241] Isso pode ser compreendido de forma irrestritamente religiosa.[242] Por isso a imprescindibilidade e necessidade do elemento "fé" por parte do/a ministro/a religioso/a e da pessoa enferma. Agindo assim, estaremos sendo instrumentos de Deus para o perdão dos pecados, o consolo às pessoas em aflição e dor, e, porque não, a promoção da cura, pois a imposição de mãos é um recordar do batismo, da comunhão no corpo de Cristo.[243] É elemento sensível da fé, dando suporte às pessoas enfermas para lidar com o sofrimento.[244]

5 Considerações finais

A prática do Rito Litúrgico de Imposição de Mãos é um elemento sensível às pessoas doentes, seja nos hospitais ou em seus lares. Por meio da fé em Deus, promove a cura. A concessão de benção, diante da fragilidade

---

239 CLINEBELL, 2007, p. 204.
240 EVANS, 2002, p. 127.
241 TERRIN, 2004, p. 161.
242 JORDAHN, 2014, p. 375-6.
243 HOCH, 1999, p. 44-45.
244 SIQUEIRA, 2003, p. 38, 57.

humana, no âmbito do Aconselhamento Pastoral, é necessidade latente para a vida comunitária da fé.

A imposição de mãos perpassa o testemunho bíblico do Antigo e Novo Testamentos; foi muito usual na vida apostólica da igreja e pode ser aplicada para as comunidades, desde a perspectiva confessional luterana, numa interpretação da teologia batismal.[245] Nesse sentido, diante da necessidade comunitária de "sentir a presença divina" nas intempéries da vida, deve ser colocada em prática no âmbito da poimênica da igreja, a saber, o Aconselhamento Pastoral.

Somos chamados e desafiados a incorporar este elemento ritual à vida de religiosidade e espiritualidade das pessoas da comunidade. Fazendo isto, estaremos contribuindo para a participação ativa e pertinente na vivência da dor e superação do sofrimento. A Igreja não pode abdicar da participação terapêutica neste âmbito.

É crucial não incorrer em erros de compreensão. Para tanto se faz necessária uma clara compreensão da fé cristã e da confessionalidade luterana, bem como também do papel religioso que temos diante das situações de crise. Isso é necessário para discernir qual a função da espiritualidade ante a realidade do sofrimento e angústia na enfermidade das pessoas que acompanhamos no Aconselhamento Pastoral hospitalar e/ou doméstico.

Por mais que não tenhamos proposto um modelo ritual, observando e respeitando as diferenças contextuais, compreendemos que é importante haver o uso de elementos de unidade eclesial.[246] Será importante que a pessoa enferma ou seus familiares sejam conscientizados da possibilidade do rito. De maneira bem singela, podemos perguntar se desejam receber a benção por meio da imposição de mãos.

Quando a pessoa enferma aceita ou pede o rito, podemos agregar elementos tais como: Saudação e Leitura Bíblica; Oração e Pai-nosso; e, finalmente, a imposição de mãos com concessão de bênção. Estando junto familiares e/ou cuidadores, é importante incluir estes no rito e também lhes rogar a benção de Deus.

---

245 "A IECLB é instrumento através do qual Deus nos faz proclamar a boa-nova da salvação, testemunhada nas Sagradas Escrituras do Antigo e do Novo Testamentos. Através dela, Deus nos faz viver o amor, empenhando-nos pelo bem-estar e pela salvação do próximo. Através dela, Deus nos faz viver em comunhão, como membros de seu povo no mundo." *In.*: IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASIL. **Nossa Fé – Nossa Vida**: guia da vida comunitária na IECLB. 9ª ed. São Leopoldo: Sinodal, 2007. p. 7.

246 Confissão de Augsburgo. *In.*: **Livro de Concórdia**: as Confissões da Igreja Evangélica Luterana. 6ª. ed. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 2006. p. 66.

Enfim, é preciso que haja sensibilidade e fé, acima de toda e qualquer ação litúrgica. O Aconselhamento Pastoral, ao adentrar no âmbito litúrgico, é uma oportunidade valiosa, dadivosa e amorosa para nutrir a espiritualidade terapêutica por meio da fé.

Referências

ADAM, Júlio Cézar. Ritos cristãos: história, teologia e prática. *In.*: WACHS, Manfredo Carlos; FUCHS, Henri Luiz; BRANDENBURG, Laude Erandi; KLEIN, Remí; REBLIN, Iuri Andréas. **Ensino Religioso:** religiosidades e práticas educativas. São Leopoldo: Faculdades EST, Sinodal. 2010. (VII Simpósio de Ensino Religioso). p. 89-100.

BARTZ, Alessandro. História eclesial e práticas pastorais: devolvendo o lugar da unção dos enfermos. *In.*: WACHHOLZ, Wilhelm (Org.). **O Luteranismo No Contexto Religioso Brasileiro.** São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2007. p. 163-172.

BIBLIA DE ESTUDO ALMEIDA: Tradução de João Ferreira de Almeida Revista e Atualizada. 2 ed. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 1999.

CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento pastoral:** modelo centrado em libertação e crescimento. 4. ed. São Leopoldo: EST, Sinodal, 2007. 427 p.

Confissão de Augsburgo. *In.*: **Livro de Concórdia**: as Confissões da Igreja Evangélica Luterana. 6ª. ed. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 2006. p. 23-93.

EVANS, Abigail Rian. **O ministério terapêutico da Igreja:** programas práticos para ministérios de saúde. São Paulo: Loyola, 2002. 337 p.

GENNEP, Arnold van. **Os ritos de passagem**: estudo sistemático dos ritos da porta e da soleira, da hospitalidade, da adoção, gravidez e parto, nascimento, infância, puberdade, iniciação, ordenação, coroação, noivado, casamento, funerais, estações, etc. Petrópolis: Vozes, 1978. 181 p.

GRETHLEIN, Christian. Bendições e unção dos enfermos. *In.*: SCHMIDT-LAUBER, Hans-Christoph; MEYER-BLANCK, Michael; BIERITZ, Karl-Heinrich. **Manual de ciência litúrgica**: ciência litúrgica na teologia e prática da igreja. Vol. 3. São Leopoldo: Faculdades EST, Sinodal, 2014. p. 155-192.

GUSSO, Antônio Renato. **A unção com óleo aplicada aos enfermos com base em Tiago 5.14**. Via Teológica: Curitiba. V. 2. Nº16. 2008. p. 147-159.

HAACKE, Maurício Roberto. **Aconselhamento pastoral hospitalar**: os ritos religiosos como parceiros da conversão pastoral na mediação da graça de Deus. Escola Superior de Teologia: São Leopoldo. 2001. 176 p.

HOCH, Lothar Carlos. A cura como tarefa no aconselhamento pastoral. In.: BOBSIN, Oneide; ZWETSCH, Roberto E. **Prática cristã:** novos

rumos. São Leopoldo: Sinodal, IEPG, Escola Superior de Teologia, 1999. p. 17-28.
HOCH, Lothar Carlos. A importância de ritos e símbolos no aconselhamento pastoral e na celebração: aspectos pastorais. *In.*: **Teologia em Debate**, Nº. 5. Porto Alegre, Instituto Teológico João Wesley, 1999. P. 34-47.
IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASIL. **Nossa Fé – Nossa Vida**: guia da vida comunitária na IECLB. 9ª ed. São Leopoldo: Sinodal, 2007. 44 p.
JORDAHN, Ottfried. O Cerimonial. *In.*: SCHMIDT-LAUBER, Hans-Christoph; MEYER-BLANCK, Michael; BIERITZ, Karl-Heinrich. **Manual de ciência litúrgica**: ciência litúrgica na teologia e prática da igreja. Vol. 2. São Leopoldo: Faculdades EST, Sinodal, 2014. p. 363-398.
MELANCHTHON, Filipe. Apologia da Confissão. *In.*: DREHMER, Darci (Editor). **Livro de Concórdia**: as Confissões da Igreja Evangélica Luterana. 6ª. ed. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: Concórdia, 2006. p. 95-304.
PAZ COT, Marianela de T. El cuidado pastoral y los ritos em La comunidad sanadora. *In.*: SCHIPANI, Daniel S. **Nuevos Caminos En Psicología Pastoral:** ensayos os homenaje a Jorge A. León. Buenos Aires: Kairos; Ontario: Pandora Press, 2010. P. 107-128.
SCHULZ, Frieder. A Oração. *In.*: SCHMIDT-LAUBER, Hans-Christoph; MEYER-BLANCK, Michael; BIERITZ, Karl-Heinrich. **Manual de ciência litúrgica**: ciência litúrgica na teologia e prática da igreja. Vol. 4. São Leopoldo: Faculdades EST, Sinodal, 2014. p.103-136.
SIQUEIRA, Neldinei Faleiro de. **O efeito terapêutico do rito religioso na instituição hospitalar.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Goiás, Departamento de Filosofia e Teologia: Goiânia, 2003. 116 p.
TERRIN, Aldo Natale. **O rito:** antropologia e fenomenologia da ritualidade. São Paulo: Paulus, 2004. 448 p.
TILLICH, Paul. **Dinâmica da Fé.** São Leopoldo: Sinodal, 1974. 87 p.

A espiritualidade e o bem morrer em "tempos de Narciso"

Elke Doehl
Karin Hellen Kepler Wondracek

Resumo: Nesse artigo, é abordada a busca por sentido de vida em pessoas envoltas na cultura narcisista contemporânea. A partir da ótica da integralidade, o ser humano é visto como um ser para si e para o outro – além de sua própria imagem. A espiritualidade ajuda a ficar melhor preparado para lidar com a finitude, condição de todo ser vivente. A espiritualidade no bem morrer quer estar presente na gestão da saúde, não como o último recurso disponível, mas como parte do cuidar do ser humano de forma integral, na dor, no sofrimento, no corpo, mente e alma doentes. Através da vivência da espiritualidade, a pessoa atribui calor humano, afeto, escuta, cuidado, presença e fé para que, ao final, haja um bem morrer.

Palavras-chave: Espiritualidade. Bem morrer. Narcisismo.

1 Introdução

A vivência da espiritualidade é fonte de sentido de vida, desde o nascer até o morrer. Na experiência subjetiva da fé, a espiritualidade se faz presente no bem morrer, pois, desde que nasce, o ser humano aprende que é finito. Mesmo assim, vive como se fosse imortal. Tenta mascarar e fugir da morte, mesmo quando ela dá sinais o tempo todo. Nos tempos bíblicos, o salmista pedia a Deus: "Ensina-nos a contar os nossos dias, para que alcancemos coração sábio" (Salmo 90.12-ARA). Nesse sentido, a partir do referencial bíblico, a espiritualidade auxilia o ser humano a lidar sabiamente com aquilo o que é fato dado: todo ser humano morrerá.

No dia a dia, as pessoas vivem como se o morrer só acontecesse "com os outros", na ilusão de que a imagem do belo em sua própria vivência não se acabará. Esta investigação pretende auxiliar na reflexão sobre a finitude e a inevitabilidade da morte e o necessário preparo para tal fato. É uma experiência que ultrapassa a dimensão direta da pessoa envolvida e alcança as

pessoas circundantes. Mas é a pessoa que parte que experiencia ainda vivencialmente a chegada definitiva de sua finitude. Ainda plena de consciência, anseia para que sua partida seja um bem morrer.

Para isso, é necessário que as pessoas percebam que, muito do que ao longo de sua existência é enaltecido, é passageiro e transitório, mesmo aquilo que aparenta brilho infinito, bem como excessiva valorização da própria imagem e da ideia da eterna juventude. Em contraste com essa realidade, no âmbito hospitalar ou em comunidades religiosas de qualquer confissão, a todo tempo se lida direta ou indiretamente com pessoas que morrem. Esse confronto ocorre também em domicílios, empresas ou outros locais. O questionamento é: tem-se permitido que as pessoas expressem seus sentimentos, suas emoções e suas vontades diante da finitude inescapável e o desejo de bem morrer?

É necessário buscar o resgate da espiritualidade, num processo de "reumanizar" o morrer com sentido para a vida até os últimos momentos. É fundamental compreender que do mesmo modo que se vive também se morre. A morte não representa fracasso, mas faz parte da condição humana. Apesar da afirmação de que "a morte chega no momento certo" (ARANTES, 2016, p. 179), sua aceitação é muito difícil para quem está direta e indiretamente envolvido. A valorização da espiritualidade nesse momento auxilia as pessoas a transitarem com maior confortabilidade por essas situações.

Na cultura narcisista, lidar com bem morrer ainda é uma barreira a ser vencida. O tema ainda tem conotação de tristeza, de atrair algo ruim e de nos colocar como seres inferiores, por não conseguirmos fazer frente a algo que nos impõe medo o tempo todo. Com uma espiritualidade pautada no bem morrer, em que a pessoa é assistida em seu estar doente, com sua dor, sofrimento, o momento derradeiro adquire um novo sentido. As belezas dos dias passados podem ajudar a atribuir um sentido especial à morte e torná-la menos cruel.

Neste artigo, discorremos sobre temas como: bem morrer, espiritualidade, como essas duas realidades se articulam numa cultura narcisista e, por último, a contribuição da espiritualidade no bem morrer, baseados em literaturas disponíveis.

O bem morrer nos ajuda a refletir sobre algo que nos toca de maneira íntima. Existencialmente, sabemos que pessoas que vamos perdendo durante o nosso viver, continuam sendo únicas. Deixam as marcas do convívio impressas em nós, podendo ser um filho, uma mãe, um pai, um irmão, um avô, uma avó. No entanto, o bem morrer na vivência da espiritualidade cristã não é um fim e sim um adormecer junto de Deus.

2 O bem morrer

Numa entrevista, Bárbara Rossin Costa (IHU, 2016) define como bem morrer "quando há vivência intensa e expressiva da última fase da vida". Nessa concepção, é pressuposta a autonomia da pessoa doente, o controle da dor e a presença da família. A pessoa é assistida de forma integral, sem exageros da parte clínica, nem de aparelhos e de procedimentos invasivos. Um tratamento "humanizado" que respeita a pessoa no caminho final de sua vida, valorizando as potencialidades nela presentes, apesar de suas limitações crescentes.

Por uma lacuna em relação à formação acadêmica e de profissionais em relação ao tema do bem morrer, criou-se especificamente a ciência que estuda sobre a morte denominada de Tanatologia (KOVÁCS, 2008). A origem etimológica está na palavra grega "tânatos", que significa morte e "logia" que corresponde ao falar e ao estudar sobre a morte. Na abordagem da Tanatologia, fazem parte os processos emocionais e psicológicos em relação às perdas, o luto e a morte, centrando-se na humanização do processo de morrer (HENRIQUES; GNERRE, 2017). É uma tentativa de entender a trama envolta na finitude.

Percebe-se que cada vez mais profissionais da área da saúde encontram dificuldades para lidar com o bem morrer do outro. Os estudos da Tanatologia têm dado suporte especial. Entretanto, se, de um lado, é uma especialidade importante, de outro, se vê como problema, pois se está criando mais um departamento para um tema importante e que precisa ser tratado de forma integral na formação acadêmica em saúde (ESCUDEIRO, 2016). É o risco presente na departamentalização de áreas que se propõem a cuidar da saúde de modo a explicar os efeitos a partir de suas causas e vice-versa.

Fato é que mesmo com o desenvolvimento da industrialização, da urbanização e dos avanços tecnológicos de toda a ciência médica, muitas pessoas se sentem sozinhas diante da morte. Isso não quer dizer que as pessoas sintam menos sua aproximação. Ao contrário, o aumento da violência na sociedade, dos acidentes, das catástrofes, o abuso de drogas, os suicídios, trazem confronto com a morte a todo o momento e de maneira muito rápida e chocante. Outro fator a constatar é que, com a estimativa de vida prolongada, muitos pais estão enterrando seus filhos adultos e se apercebem o quão difícil é o processo do bem morrer nessas situações (KÓVACS, 2008). Em muitas situações dessas, dilema é como continuar o bem viver perante a tragicidade envolvida na morte.

De outra parte, o bem morrer já passou por muitas fases históricas e por diferentes caracterizações. Segundo Ariès, na Idade Média, o processo de morrer era familiar, sendo que, com a doença, as pessoas tinham acesso ao

momento da morte e todo o funeral ocorria na concepção natural de que todos morreremos. A partir do século XII, a morte de si mesmo passa a trazer uma preocupação com o juízo final. Torna-se presente o sentimento de medo, como um momento de prestar contas diante de um tribunal divino. A morte, em termos cristãos, é relacionada ao juízo final: "No espelho de sua própria morte, cada homem redescobria o segredo de sua individualidade" (ARIÈS, 2003, p. 63). Já no século XVIII, é atribuído um novo sentido à morte, deixando de lado a morte de si mesmo, para se ocupar com a morte do outro. "A morte temida não é mais a própria morte, mas a do outro" (ARIÈS, 2003, p. 72). Até a metade do século XIX, a morte "torna-se vergonhosa e objeto de interdição" (ARIÈS, 2003, p. 84). Já no século XX até a atualidade, a morte se apresenta invertida, vergonhosa, inimiga e oculta (ESSLINGER, 2004). De toda maneira, a morte sempre ocupou e, não raro, atormentou a mente humana.

A psicóloga e professora Maria Júlia Kóvacs (2013) enfatiza quatro períodos no enfrentamento do bem morrer. O primeiro período é denominado como a morte domada, à qual também se refere Ariès. Nesse caso, a morte é conhecida, socializada, considerada como parte integrante da vida. O segundo período apresenta a morte de forma invertida, como um evento estranho, solitário, oculto, combatido, visto como fracasso e transferido para a medicina. O terceiro período busca fazer do evento morte algo mais reumanizado, permitindo a manifestação do paciente e familiares em sua dor e sofrimento, integrando a morte no processo de viver e aprendendo com ela. E no quarto período, conforme essa estudiosa, a morte é escancarada, quando é incentivada a banalização da morte e não se cria espaços para elaborá-la em termos de valorização enquanto parte natural do processo de viver.

Uma das pioneiras do estudo do bem morrer é a psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross. Enfatiza que a grande dificuldade de lidar com a morte e o morrer está relacionada ao medo da própria morte. Aponta que "[...] a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos" (KÜBLER-ROSS, 1926, p. 14). Por causa dessa grande dificuldade em se abordar o tema com a naturalidade que merece, tenta-se afastá-lo, sendo que com isso aumentam os problemas emocionais das pessoas envolvidas. O morrer tornou-se algo "solitário, mecânico e desumano" (p. 19). As afirmações de Kübler-Ross se baseiam no trabalho que realizou junto a pacientes terminais. A partir disso, elaborou os cinco estágios que o paciente enfrenta na boa morte: negação e isolamento, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. A pesquisadora propõe um desafio interessante, afirmando: "Se não podemos negar a morte, pelo menos podemos tentar dominá-la" (p. 24). O sentido de dominá-la,

evidentemente, varia de acordo com percepções subjetivas de quem vivencia direta ou indiretamente esses momentos.

O bem morrer historicamente perpassa as sociedades em suas mudanças significativas. Pessoas que nasceram antes da Segunda Guerra Mundial têm uma maneira própria de lidar com o bem morrer. Muitas pessoas perderam suas vidas de modo violento na guerra e outras ainda morreram em razão de doenças infecciosas. Já para as pessoas que nasceram no período pós-guerra, a morte se tornou um pouco mais distante e invisível. No tempo caracterizado pela industrialização, com o avanço das ciências e tecnologias as mortes ocorrem fora do lar, geralmente, nos hospitais. Com este distanciamento muda também a mentalidade sobre a morte no século XX (KÓVACS, 2008). Os fatos históricos impactam a percepção acerca do morrer e do bem morrer.

O conceito do bem morrer a partir do século XX está em constante contradição. Se, de um lado, a morte parece distante e o ser humano vive como se fosse imortal, ela está em todas as partes e sendo mostrada de forma escancarada pelos meios de comunicação. "A guerra do século XX é diferente, o soldado é desconhecido e anônimo" (KÓVACS, 2008, p. 464). Essa realidade contribui para a morte de várias pessoas inocentes, e não apenas soldados. No entanto, as pessoas não refletem sobre estas contradições, pois a morte é representada como tabu (NOÉ, 2006). Nisso reside parcela da contradição.

Nas áreas de saúde, e de maneira especial com o avanço da medicina, a morte em diversas manifestações e estudos acaba sendo encarada como mais uma doença. Com todo esforço, quer-se encontrar a cura não só da doença, mas também da morte quando se questiona de que não existe mais morte "natural" (VON SINNER, 2013). Há situações em que o caminho do bem morrer se torna ainda mais difícil, ao se querer prolongar a vida indefinidamente, o que é conhecido como distanásia (WESTPHAL, 2009). O que está por trás dessa prática é a morte como inimiga e não como parte da "confecção da vida" (MARTINI, 2012). Com toda a engenharia em torno do fenômeno da morte como problema, ou mistério, está-se abrindo espaços, que estão sendo ocupados por "tanatocratas", os "donos da morte" (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2012, p. 384). Nessas situações, o bem morrer, por maior que se intente por seu zelo, pode se tornar um horizonte distante.

A psicóloga e psicoterapeuta Ingrid Esslinger (2004) propõe a necessidade de "humanizar a morte e resgatá-la como processo natural e único para cada pessoa e para cada sistema familiar" (2004, p. 30). Cada ocorrência é peculiar e traz cargas de emoção inigualáveis e de modo diferenciado para cada ente envolvido. A "humanização" é a valorização de toda complexidade

específica envolvida nas diversas situações. É o olhar para o sujeito no bem morrer e não mais apenas para um corpo que desfalece. Propõe o bem morrer como "decorrência do viver", num viver e morrer que estão entrelaçados (NOÉ, 2006). Esse entrelaçamento estranho e de difícil cognição é a realidade experimentada.

Klübler-Ross apontou para uma tendência que ainda não se dissipou e pode-se dizer que a dificuldade permanece: "Quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte. Como é possível?" (1926, p. 19). Essa pergunta continua atual diante da ideia do bem morrer e dos desafios que ainda representa causando estranhamento, repulsa e sendo tratado em segredo. Evidencia a limitação efetiva das possibilidades humanas com sua aparente infinita inteligência racional. Nem mesmo com o uso da racionalidade, de modo geral, a morte consegue ser tratada como algo que fatalmente sempre existirá. Isso dificulta as falas a respeito de forma clara.

No que diz respeito ao cenário hospitalar, a partir dos atendimentos e procedimentos que ali são realizados, "é necessário se ter consciência de que pode não haver a cura da doença, mas que continua existindo a pessoa... E que a morte de cada pessoa é única, é sua!" (ESSLINGER, 2004, p. 234). Neste sentido, existe a oportunidade de estar com as pessoas envolvidas, sem temor, sem tabu, sem resistência, mas com um enfoque de esperança e fé (SILVA, 2010). A "racionalidade espiritual", nesse momento da existência pode fazer a grande diferença para a pessoa que está morrendo e o seu entorno imediato envolvido.

3 A espiritualidade

No ambiente hospitalar, no trabalho da saúde e cura, tem-se criado espaços para que pacientes tenham uma assistência de cuidado. O paciente é visto, segundo Clinebell: um ser psico (mente), bio (corpo), sócio (relacionamentos), eco (natureza), insti (institucional) e espiritual (relacionamento com Deus), ou "psico-bio-socio-eco-insti-espiritual" (2007, p. 28-29). Essa compreensão remete ao cuidado da pessoa em sua totalidade, corpo e alma, desde o seu nascer até o bem morrer. Entretanto, é necessário ter clareza do que vem a ser essa espiritualidade.

Sem entrar no mérito das diferentes tradições religiosas, pode-se ressaltar o que é encontrado em referências teóricas e que é chamado a "regra de ouro" que perpassa a filosofia das grandes religiões: "não fazer aos outros o que não queres que façam a ti" (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2012, p. 127). A pergunta que surge é: como cada qual gostaria de ser tratado para um

bem morrer, considerando sua espiritualidade? Afinal, a espiritualidade ultrapassa definições objetivas e se situa na subjetividade íntima de cada ser.

O que está claro é que há diferença entre a vivência da espiritualidade e de religiosidade. "A espiritualidade como busca do ser humano por significado e propósito não está atrelada à religiosidade" (WULFHORST, 2018, p. 77). Quando há referência à religião ou à religiosidade ocorre o atrelamento a uma doutrina, uma moral ou um ritual. Já na abordagem acerca da espiritualidade, trata-se de uma experiência do encontro da pessoa com Deus – ou, ao menos, com uma dimensão que transcende sua existência imediata. Nesse encontro, é gerado um sentido de vida entusiasmado que conduz a uma experiência com a transcendência (PESSINI; BERTACHINI, 2011). A vivência da espiritualidade é a expressão profunda de uma dimensão humana que excede a adesão a um conjunto de doutrinas e ritos. É isso que afirma seu caráter subjetivo e de difícil objetivação, dadas as particularidades de cada ser humano.

De certo modo, a espiritualidade perpassa tudo que a pessoa precisa em seu existir, mesmo que não seja conscientemente admitido. Ainda na hora da morte afloram temas diversos e particulares, como: "de autotranscedência, relacionamentos, amor, desejo e criatividade, altruísmo, autossacrifício, fé e crença" (PESSINI; BERTACHINI, 2011, p. 283). Todos esses aspectos podem ser refletidos à luz da espiritualidade, sem entrar no mérito das doutrinas religiosas, considerando que cada sujeito tem liberdade de expressão religiosa. É outro aspecto que ratifica a espiritualidade como algo independente da mencionada religiosidade.

Portanto, em sua subjetividade, as pessoas têm necessidades espirituais, mesmo as que não estão ligadas a uma denominação religiosa, ou as que se declaram agnósticas, mas que buscam por sentido e propósito de vida (WULFHORST, 2018). "A dimensão da espiritualidade é fator de bem-estar, conforto, esperança e saúde... preservaremos a dignidade e integridade da pessoa no final de sua vida" (PESSINI; BERTACHINI, 2011, p. 293-294). Nesse sentido, a boa morte não está apenas associada ao cuidado da pessoa em seu ser biológico, mas também ao cuidado espiritual, compreendendo a sua existência, dando sentido ao seu viver e ao morrer (JUNGES, 2007). Assim, o cuidado da espiritualidade torna-se elemento fundamental para a compreensão da finitude e do bem morrer humano.

As referências teóricas ressaltam a importância da espiritualidade na dimensão de acolhimento para com a pessoa e seus familiares nas situações limítrofes da vida, para o bem morrer. Na bioética, tem sido refletido com preocupação positiva que para muitos profissionais de saúde e pacientes, Deus se torna importante a partir do momento que o remédio não faz mais efeito. Quando tudo segue a "ordem normal", vive-se como se Deus não

existisse. Mas, com isso, frequentemente é gerado um vazio de sentido de vida pelo qual passam as pessoas (WESTPHAL, 2009). Esse aspecto indica novamente para a importância da espiritualidade no conjunto da promoção da saúde e não apenas quando a medicação deixa de dar resultados.

Conforme Afonso Murad, "espiritualidade, por sua vez, é o processo da experiência de fé, pessoal e comunitária, que motiva as ações e alimenta as convicções mais profundas. Refere-se à busca e ao encontro do sagrado, que confere sentido à existência. Existe uma tensão produtiva entre ambas" (2007, p. 155). Essa tensão entre espiritualidade e o encontro com o sagrado, que excede a fixação em qualquer forma religiosa, nutre a subjetividade, edificando a esperança para além a imanência imediata do viver. Nesses termos, a espiritualidade precisa estar presente não apenas para os pacientes, mas ser compreendida adequadamente no todo da gestão em saúde. A sabedoria que advém da espiritualidade, inclusive, pode atribuir qualidade à gestão da saúde nas instituições competentes.

Há inúmeros estudos na área da saúde e da teologia, enfatizando a importância da valorização do enfoque espiritual nas instituições para que não apenas o paciente, mas também as equipes envolvidas estejam mais bem preparadas para lidar com o bem morrer (MAVIGNIER NETO, 2016; HOEPFNER, 2012). A morte não pode ser vista como fracasso, mas como processo e parte da vida. É necessário fazer frente a uma cultura narcisista que atribui a morte como tabu, fracasso ou derrota.

Quando na medicina se admite que "não há nada mais a fazer", ainda assim há alguém ao lado do paciente, da pessoa doente, que se importa com ela e não lhe irá abandonar. Na gestão do cuidado atribuímos à equipe não só a função de curar, mas de cuidar, cuidar com amor e verdade (ARANTES, 2016). Esse é um dos imensos desafios na cultura narcisista do mundo contemporâneo.

4 Espiritualidade e o bem morrer numa cultura narcisista

Uma das características da atualidade é a de minimizar a presença visível da morte. A morte é mantida como fato distante nas relações interpessoais. Além disso, a morte é vista como tabu. Vive-se como se não se fosse morrer. A exploração da imagem, as *selfies*, são exemplos evidentes da realidade narcisista e individualista da sociedade contemporânea. A finitude fica para uma reflexão posterior. Ou, preferencialmente, que nem se reflita acerca desse fato.

Para promover essa imagem, exaltam-se as academias com a prática de exercícios físicos, clínicas de orientação nutricional no cuidado com a

alimentação, clínicas médicas com exames, clínicas estéticas com cirurgias na tentativa de esconder traços de envelhecimento. Tudo conflui para promover a imagem do belo, do perfeito, do saudável (ESPERÂNDIO, 2006; HENNEZEL; LELOUP, 2012, p 45). Evidentemente, há o lado positivo no cuidado proporcionado por essas práticas. A problemática surge ao se tentar maquiar o curso da vida, ocultando as consequências inerentes ao envelhecer.

O narcisismo "como amor excessivo e mórbido à própria pessoa, e particularmente ao próprio físico" (ESPERÂNDIO, 2006, p. 40), cria em grande parte a ilusão de que o belo, o magnífico em sua própria vivência nunca acabará. Mas essa concepção narcisista é confrontada o tempo todo com situações de morte. Pessoas em idades precoces, na meia-idade ou idade avançada falecem e de diferentes modos. Há crianças que ficam enfermas, jovens que se acidentam ou se suicidam, pessoas em qualquer idade são atingidas por algum acidente vascular. Enfim, há muitas outras circunstâncias que confrontam as pessoas com a realidade da morte. Pode-se afirmar que a beleza da vida, o tempo todo, contrasta com o "pavor da morte". O fato é que a morte leva as pessoas a lidarem com a impotência humana e com sua própria impotência (MANCHOLA, BRAZÃO, PULSCHEN, SANTOS, 2016). A dificuldade na aceitação dessa impotência torna ainda mais dolorido o fato da inevitável finitude.

Nesse contexto, as pessoas sofrem sozinhas, tentando não demonstrar para a sociedade envolvente seus sentimentos. As coletividades têm dificuldades para sustentar a dor da outra pessoa. A dor da pessoa é reduzida ao ambiente privado. Torná-la coletiva pode acabar com o prazer individual, uma vez que a morte do outro incomoda, causando o desconforto de ter que pensar na própria transitoriedade. De acordo com Junges (2007), a modernidade esvaziou o sofrimento, pois se tornou insuportável para a mentalidade atual. Em consequência dessa individualização do sofrimento, surgem pessoas mais deprimidas, com culpas, novos problemas de saúde, sem espaços adequados de acolhimento para a elaboração da boa morte.

De acordo com Kóvacs, "se por um lado nos deparamos com a dificuldade de enfrentar as mudanças que ocorrem em nosso corpo, e num mundo atual onde a preservação da juventude, o culto ao belo é uma constante, seria muito natural não estar à vontade diante dos restos do cadáver" (KÓVACS, 2013, p. 247). Diante dessa postura, como preencher o vazio que fica com o impacto da morte? Como enfrentar o luto? O luto é o passo seguinte do fato inevitável da morte com sua carga da significação subjetiva que cada ser representa em seu contexto familiar ou além dele.

Birman (2000), analisa que, além de sermos uma sociedade com fortes traços narcisistas, também acentuamos em nossa conduta o espetáculo, aquilo que se mostra de forma aparente. A outra pessoa é apenas um objeto,

manipulado para gozo próprio e incrementado apenas para sua autoimagem. Chama especial atenção que o ser humano não é sujeito, e sim "um corpo sujeito" que precisa ser visto de forma completa, integral. A morte macula o corpo espetacular do ser humano que, narcisicamente, dele cuida. Um corpo desfalecido representa a falência da imagem criada em relação à aparência que esse corpo representava.

Romper essa valorização excessiva da imagem é uma possibilidade pouco plausível nessa era narcísica. A "espiritualidade hospitalar" precisa considerar esse fato dado e, a partir disso, elaborar sua estratégia de abordagem em seu desempenho, levando ao confronto das pessoas com a finitude da vida. Ajudar as pessoas a lidarem com a sua própria imagem passageira e transitória possibilita a compreensão da efemeridade da imagem das pessoas que falecem. A construção de maior proximidade entre a imagem atual, a finitude e os processos pelos quais a vida transcorre é necessária para manter o autocontrole das emoções e não criar mecanismos de defesa (KÜBLER-ROSS, 1926). Mecanismos de defesa perante essas situações limítrofes podem bloquear a possibilidade do bem morrer.

O que se percebe é uma obstinação pela vida a qualquer custo, o que pode ser caracterizado como uma "obstinação terapêutica" (JUNGES, 2007, p. 58), ou parte integrante de um conjunto de mecanismos de defesa. Ainda hoje, para a equipe de saúde a morte está associada ao fracasso quer da instituição, como também do médico (ESSLINGER, 2004, p. 35). Essa é também uma postura narcísica, expressando sentimentos como: "impotência, raiva, fragilidade, frustração, o que pode dificultar um discernimento na hora da tomada de decisão" (p. 38). Em diversas situações, na hora de comunicar a morte, todos estes sentimentos parecem refletir a postura de tremendo fracasso ou derrota por parte da equipe que está postada para curar as pessoas.

Nesse sentido, a postura narcísica refletida no trabalho da equipe de saúde se posta mais como "tecnológica" para curar e não para cuidar efetivamente da pessoa como ser integral. Se ficamos reféns ao querer curar, vamos sofrer profundamente com os parâmetros narcísicos, pois existem situações de não cura e que levarão a morte. Mas se ampliarmos a nossa reflexão no sentido de cuidar das pessoas vamos aceitar a morte como processo da condição humana e tomar consciência de que importante é perceber que "... há, na doença e no processo de morrer de cada indivíduo, uma série de fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que merecem ser levados em conta" (ESSLINGER, 2004, p. 76). Essa compreensão integra o entendimento do bem morrer.

A espiritualidade no bem morrer na instituição hospitalar contribuirá para que a compreensão do cuidado possa se fazer equivalente ao de curar. Dessa forma, no que aqui abordamos, a presença da espiritualidade hospitalar

quer ser um instrumento importante para lidar com as feridas narcísicas provocadas pela cultura científico-tecnológica, gerando crise espiritual, quando em muitas oportunidades a espiritualidade era requisitada apenas quando o médico já não conseguia curar ou salvar o paciente (WESTPHAL, 2009). A aceitação da inevitável finitude e a vivência da espiritualidade são elementos complementares e fundamentais no caminho do bem viver e do bem morrer.

5 Contribuição da espiritualidade ao bem morrer

Na pauta da Política Nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) há quatro eixos: "universalidade, integralidade, equidade e participação social" (RIOS, 2009, p. 256). Nesses quatro eixos está o desafio de criar uma nova cultura institucional e relacional para retomar o que de precioso temos, que são as pessoas nas suas peculiaridades de sofrimento e dor, e não os métodos ou as técnicas que envolvem a saúde-doença da forma como o modelo biomédico está habituado a ser exercido e que criou um distanciamento entre profissionais e pacientes. Concomitante à integralidade, está a dimensão espiritual que quer cuidar do sofrimento espiritual, "pois o sofrimento espiritual pode ser um dos mais intensos nos tempos finais da vida humana" (ARANTES, 2016, p. 81). Não apenas o sofrimento espiritual de pacientes, mas também da equipe multiprofissional à saúde (MANCHOLA, BRAZÃO, PULSCHEN, SANTOS, 2016, p. 172). O sofrimento do paciente, não raro, alcança a equipe que presta atendimento a ele.

A valorização da espiritualidade entre a equipe multiprofissional na compreensão do bem morrer quer contribuir para que o paciente não seja considerado apenas como doente em apenas um dos órgãos de seu corpo. A doença num órgão do corpo repercute em sua totalidade, em seu corpo e mente, e necessita de um atendimento integral. É fundamental compreender que o que vai acontecer não é apenas um procedimento clínico, algo mecânico, mas está em questão uma pessoa que sente, pensa e que naquele momento está doente (ESSLINGER, 2004, p. 36). É necessário romper o paradigma de que cuidar da pessoa, do corpo doente, com um olhar apenas para a doença, mas de forma integral (HENNEZEL; LELOUP, 2012, p. 37). A dor num órgão do corpo afeta o seu conjunto.

Positivo é que tem crescido o interesse de instituições e de equipes da saúde no sentido de agir para com a pessoa doente em sua totalidade, constatando que pacientes trazem uma bagagem espiritual para as suas demandas na saúde. A valorização da espiritualidade no contexto hospitalar tem o potencial de aumentar a capacidade de resiliência para lidar com

situações de sofrimento. "A espiritualidade é o recurso mais utilizado por pacientes e familiares para lidar com a doença" (FELTZ, 2018, p. 67). É a constatação de um capelão hospitalar que lida diariamente junto a uma equipe multidisciplinar de saúde.

Diversas literaturas, já citadas neste artigo, (FELTZ, 2018; ESSLINGER, 2004; PESSINI; BERTACHINI, 2011), abordam os benefícios da espiritualidade no bem morrer, na reflexão aos cuidados paliativos, principalmente com pacientes em fase terminal que são assistidos em sua dor e sofrimento, cuidando da pessoa doente e seus familiares e não apenas da doença. "[...] o cuidado paliativo trata da conexão existente entre espiritualidade e sentido de vida, conceitos que transcendem à formação cartesiana e biomédica vigente no meio acadêmico" (MANCHOLA, BRAZÃO, PULSCHEN, SANTOS, 2016, p. 166). Esse olhar de cuidado integral nos coloca em sintonia de que "o ser humano como ser falante e interrogante é um ser espiritual" (BOFF, 1999, p. 150). Até onde o conhecimento alcança, é uma característica muito própria do ser humano.

Como ser espiritual, o ser humano tem a necessidade constante de ressignificar sua existência, precisando admitir sua finitude e atribuindo um sentido de vida também a essa fase de seu viver e bem morrer. Necessita caracterizar sua identidade como meio para encontrar plenitude em algo que para si seja sagrado, pleno de sentido e significativo (WULFHORST, 2018; MANCHOLA, BRAZÃO, PULSCHEN, SANTOS, 2016). Nessa direção, o movimento que quer suscitar a espiritualidade no bem morrer é: "relação comigo mesma, com a minha vida, na relação com o outro, na relação com a sociedade, com o universo, com a Natureza e com Deus" (ARANTES, 2016, p. 123). Está presente a ideia do ser humano em sua integralidade.

No trabalho realizado por capelanias hospitalares, há grande interesse pela promoção da espiritualidade (FELTZ, 2018, p. 69), enfatizando e conjugando com o programa de humanização na saúde. Se trata de um programa importante quando admitimos que o acompanhamento da espiritualidade na saúde compreende que "a morte faz parte de uma visão holística da condição humana e se opõe ao reducionismo" (BRAKEMEIER, 2002, p. 188). Dessa forma, acolhe-se a finitude e o bem morrer como um processo da vida, sem a sensação de fracasso ou derrota.

A espiritualidade quer ser uma ajuda para fazer frente ao narcisismo reinante na sociedade contemporânea. Caminhando com as pessoas doentes, com seus familiares e com a equipe de cuidado permitirá ser edificada a compreensão de que "o amor a esta vida deve ter e tem limites" (BRAKEMEIER, 2002, p. 190). Nessa compreensão, sendo a realidade encarada dessa forma sofreremos menos, seremos mais humildes e teremos mais empatia para com a pessoa doente e para com a equipe de saúde.

Além disso, a espiritualidade quer ser fonte de bem-estar, caracterizada pela compreensão, comunicação, interação e estar com o outro no "cuidar, tomar conta, assistir, escutar, tocar de forma mais humanizada" (VIANNA; SOUZA, 2017, p. 410). A falta dessa humanização nos faz experimentar um afastamento da espiritualidade e da compreensão do bem morrer como etapa essencial, como "um caminho" e que nesse momento se possibilita fazer uma retrospectiva desse caminhar e que aceitando o fim, a pessoa se permite um bem morrer (ARANTES, 2016, p. 100).

6 Considerações finais

O nascimento de uma pessoa sempre é esperado, preparado e celebrado. Com naturalidade semelhante, precisaríamos acolher o bem morrer. Ambos os momentos são acontecimentos únicos na existência das pessoas e vivenciados com intensidade por quem está mais próximo. São momentos íntimos que tocam "no âmago de nossas vidas" (HENNEZEL; LELOUP, 2012, p. 45), e, por isso, despertam sentimentos profundos que oportunizam vivência espiritual. A espiritualidade experimentada e vivida entre o nascer e o morrer é um elemento chave para que no bem morrer a pessoa possa tê-la numa função fundamental nessa transição.

Já a parábola do samaritano no Evangelho de Lucas 10.25-37 traduz muito bem este cuidado sob outro aspecto. O samaritano, movido por sua espiritualidade, consegue ver a pessoa que está deitada à beira do caminho e quase morta, interrompe o seu caminhar, cuida e dá assistência integral à que está ferida. E só então segue adiante. Nesse caso, a espiritualidade move ao cuidado, na função de solidariedade para que a morte não ocorra por simples abandono a quem está nesse caminho e à beira do caminho. Nessa parábola do samaritano, a espiritualidade tem função também no sentido de que, se a morte viesse a ocorrer, haveria um bem morrer, valorizando o ser em sua condição humana. A pessoa que recebe o cuidado é essencialmente acompanhada.

De outra parte, a escuta é um instrumento fundamental para auscultar as realizações, dúvidas, incertezas, sofrimento ou dor. É instrumento chave para a pessoa diretamente envolvida e também para familiares e para a equipe de cuidado. Cria espaços de acolhimento para que os sons ocultos da fé, do amor, do perdão e do adeus no bem morrer possam ser expressas, sem medo, sem reservas, na certeza que faz bem não só para quem está partindo, mas para os que permanecem.

É nesta perspectiva de amparo e cuidado que se estabelece uma importante ligação do bem morrer com o sentido do viver. O sentido de vida

precisa redimensionar o existir e o deixar de existir. Tanto a pessoa que morre como para os familiares, a questão central passa pela atribuição de sentido. A Capelania da Saúde e Hospitalar e a equipe de cuidado integral ajudam a experiência da morte ser percebida como momento único do bem morrer.

Para os familiares, o sentido de vida e do bem morrer da pessoa querida busca atribuir perspectivas para reestruturar sequência do viver, apesar da ausência do outro. A espiritualidade é esse movimento que auxilia a encontrar um sentido de vida diante das situações limítrofes do viver e do bem morrer. O tempo que temos para experimentar tudo isso de forma significativa é determinante para atribuirmos valor maior ao tempo de vida até a morte. Aprender a viver plenamente, como nos lembra a letra da música Epitáfio, nos leva a compreensão que o bem morrer acontece todos os dias, e não somente em cuidados paliativos, como se pensa e se age em nossa cultura narcisista.

Epitáfio - (Titãs)

Devia ter amado mais
Ter chorado mais
Ter visto o sol nascer
Devia ter arriscado mais
E até errado mais
Ter feito o que eu queria fazer

Queria ter aceitado
As pessoas como elas são
Cada um sabe a alegria
E a dor que traz no coração

O acaso vai me proteger
Enquanto eu andar distraído
O acaso vai me proteger
Enquanto eu andar

Devia ter complicado menos
Trabalhado menos
Ter visto o sol se pôr
Devia ter me importado menos
Com problemas pequenos
Ter morrido de amor

Queria ter aceitado
A vida como ela é
A cada um cabe alegrias
E a tristeza que vier

Referências

ARANTES, Ana Claudia Quintana**. A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BIBLIA de Estudo Almeida. Barueri – São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1999.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade:** a psicanálise e as novas formas de subjetividade. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: Ética do humano-compaixão pela terra**. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BRAKEMEIER, Gottfried. **O ser humano em busca de identidade: contribuições para uma antropologia teológica.** São Leopoldo: Sinodal, São Paulo, SP: Paulus, 2002. 220 p.

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

COSTA, Bárbara. Construção de um "bem morrer". **Revista Humanitas Unisinos- IHU.** Edição 496, Ano XVI, 31 Out. 2016. p. 41-45. Acesso em: 11 Nov. 2019.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. **Narcisismo e Sacrifício – Modo de subjetivação e religiosidade contemporânea.** São Leopoldo: EST, 2006.

ESCUDEIRO, Aroldo. **Finitude Humana.** In: Finitude humana / Aroldo Escudeiro. (Orgs.). Blumenau: 3 de Maio, 2016, p. 15-23.

ESSLINGER, Ingrid. **De quem é a vida, afinal?** Descortinando os cenários da morte no hospital. 3. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2004.

FELTZ, Deolindo. **Câncer e espiritualidade: sofrimento e ajuda**. São Leopoldo: Sinodal, 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994. 207p.

HENNEZEL, Marie de; LELOUP, Jean-Yves. **A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade.** 11 ed. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
HENRIQUES, Ana Candida; GNERRE, Maria Lúcia Abaurre. Por uma Tanatologia Religiosa a Partir das Múltiplas Perspectivas da Morte e do Morrer. **Paralellus: Revista Eletrônica Em Ciências da Religião – UNICAP.** Recife, n.17, v. 8, p. 72-95, jan./abr. 2017.
HOEPFNER, Daniel Annuseck. **Cuidado pastoral num centro de tratamento intensivo adulto:** referências bíblico-teológicas e competências pastorais. São Leopoldo, rS, 2012, 168f. Tese (Doutorado) – Escola Superior de Teologia, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2012. Disponível em: http://dspace.est.edu.br:8080jspui/bitstream/BR-SIFE/338/1/hoepfner da td111.pdf Acesso em: 25 set. 2019.
JUNGES, José Roque. Enfoque bioético da morte. In: BRUSTOLIN, Leomar (Org.). **Morte: Uma Abordagem Para a Vida.** Porto Alegre: EST Edições, 2007, p. 58-66.
KLÜBER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer:** o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 7.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
KOVÁCS, Maria Julia. Uma Pesquisadora Refletindo sobre a Morte. **Boletim – Academia Paulista de Psicologia.** São Paulo. n. 85, v. 33, p. 243-253, dez. 2013.
KOVÁCS, Maria Julia. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e **o** morrer. **Revista Paidéia.** Ribeirão Preto, n.41, v. 18, p. 457-468, dez 2008.
MANCHOLA, Camilo; BRAZÃO, Elisa; PULSCHEN, Anelise; SANTOS, Marcos. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. **Revista Bioética**. Brasília. n.1, v.24, p. 165-177, jan./abr 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241118> Acesso em 10 out. 2019.
MARTINI, Antônio. Cuidar: aspectos éticos e espiritualidade na saúde. In: MARTINS, Alexandre Andrade; MARTINI, Antonio.

(Orgs.). **Teologia e Saúde:** compaixão e fé em meio a vulnerabilidade humana. São Paulo: Paulinas, 2012, p. 183-201.
MAVIGNIER NETO, Astrogildo de Paiva. **Percepção da espiritualidade por fisioterapeutas em uma UTI:** uma pesquisa qualitativa. São Leopoldo, RS, 2016. 80 p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade EST, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2016. Disponível em: < http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BR-SIFE/659/1/neto apm tmp457. pdf> Acesso em: 11 Nov. 2019.
MURAD, Afonso. **Gestão e espiritualidade:** uma porta entreaberta. São Paulo: Paulinas, 2007.
NOÉ, Sidnei Vilmar. A morte bem-aventurada: Lutero e a ars moriendi. In: HOCH, Lothar Carlos. WONDRACEK, Karin H. K. (Orgs.). **Bioética:** avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar do início ao crepúsculo da vida – esperanças e temores. São Leopoldo: Sinodal, EST, FAPERGS, 2006, p. 77-84.
PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de P. de; **Problemas atuais de Bioética.** 10. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012.
PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Espiritualidade e Cuidados Paliativos. In: BERTACHINI, Luciana; PISSINI, Leo. (Orgs.). **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida**: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. 1.ed. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2011; p. 267-296.
RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira Educação Médica.** v. 33, n. 2, p. 253-261, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>. Acesso em: 04 set 2018.
SILVA, Alexsandro Coutinho da. **A capelania hospitalar:** uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico. São Leopoldo: Oikos, 2010, 104 p.
SINNER, Rudolf von. **Quem decide dobre o fim da vida?** São Leopoldo: Estudos Teológicos, n.2, v. 53, p. 282-296, jul./dez. 2013.

VIANNA, Maria Leonor Gomes de Sá; SOUZA, Waldir. **A espiritualidade dos cuidadores informais de pacientes em cuidados paliativos: Uma reflexão bioética na perspectiva da alteridade.** Estudos Teológicos, São Leopoldo, v. 57, n.2, 2017, p. 401-413.
WESTPHAL, Euler Renato. **Ciência e bioética:** um olhar teológico**.** São Leopoldo: Sinodal, 2009.
WULFHORST, Ingo. **Cura e Fé:** Merecimento ou dádiva de Deus. São Leopoldo: Sinodal, 2018ARANTES, Ana Claudia Quintana**. A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

A contribuição do cuidado pastoral para o bem morrer de pessoas em situação de cuidados paliativos

Patrícia Bauer
Rodolfo Gaede Neto

1 Introdução

O artigo apresenta reflexões sobre o acompanhamento a pessoas que estão em cuidado paliativo. Sendo acompanhamento paliativo uma abordagem de cuidados que pode ser aplicada em diferentes situações, especialmente para pessoas que recebem o diagnóstico de uma doença terminal. Trata-se de um cuidado que ainda é pouco oferecido na realidade de saúde brasileira. Num primeiro momento, tratamos da morte como um tabu, como a desapropriação de um direito, como algo que deve ser escondida, maquiada, mas que é, ao mesmo tempo, na nossa cultura, superexposta como a morte do outro.

Num segundo momento, com base em pesquisa bibliográfica, expomos a realidade de pessoas que precisam encarar diagnósticos sem perspectivas de cura, como elas são afetadas física e emocionalmente, bem como seus familiares. Junto a pessoas que vivem sua terminalidade, este cuidado precisa ser multidisciplinar, tendo em vista o suprimento das especificidades médicas, necessidades físicas, psicológicas, emocionais e espirituais.

E por fim, num terceiro momento, abordamos os aspectos terapêuticos do Aconselhamento Pastoral, como recorte do cuidado espiritual e acompanhamento religioso cristão, segundo a confessionalidade luterana. A partir desse recorte, propomos posturas pastorais que visem qualificar a vida em sua fase terminal, tanto para o paciente quanto para os seus familiares.

2 A morte como tabu

A morte é um fenômeno natural e é pressuposto para a continuação da vida. É, sem dúvidas, uma necessidade biológica. Obviamente que a "resistência" à morte também é um fenômeno natural e caracteriza todos os esforços da humanidade em vencê-la. Consequentemente, a morte é vista como um fenômeno restritivo da vida, como um mal a ser vencido, como um

fator que destrói a onipotência humana e que causa uma frustração existencial. Para Gottfried Brakemeier, a morte "mesmo como necessidade biológica, é experimentada como a grande inimiga da vida. Em sua naturalidade não deixa de ser sentida como antinatural. Sob a morte, toda a natureza sofre".[247]

Especialmente para as sociedades ocidentais, a morte é, portanto, uma realidade de angústia. Estamos em permanente conflito com ela, tentamos ignorá-la e esquecê-la como problema do ser, porque ela frustra nossas aspirações e revela a transitoriedade da existência. Para Jüngel, ela "é a ocorrência da *ausência de relacionalidade* que interrompe todas as relações da vida [...] ela é o fim da história de uma vida [...] O ser humano, uma vez morto, só é o que era".[248] Todos estes aspectos assustam, provocam um corte no narcisismo humano e fazem da morte o grande tabu atual da humanidade.

Num movimento inverso daquele que exige que ignoremos a finitude, que neguemos o escândalo biológico do morrer, assistimos, diariamente, nos meios de comunicação, à exibição de numerosas mortes. Neles, a morte é apresentada com realismo, crueza, especialmente em noticiários de rádio, televisão ou em jornais. Como explicar o medo da morte, a morte como tabu, se diariamente convivemos com sua exposição? Não existe aqui uma contradição? Uma espécie de ambiguidade? Um contrassenso?

Ora, a sociedade moderna separou os fenômenos da vida e da morte, como se fossem dissociados. A finitude pessoal foi maquiada para que surgisse uma concepção de vida sem o horizonte da morte. Isso foi possível através do desenvolvimento científico, especialmente na área médica, a supervalorização da razão e o aprimoramento de técnicas para produção. Estes elementos deram condições para a compreensão de que a vida pode ser estendida; é possível viver o "eterno presente", o que propiciou crer que a vida se constitui em ilimitadas possibilidades de prazeres, num aqui e agora que se estende. Esta perspectiva antropológica, exige, obviamente, que a morte seja separada da concepção da vida ou compreendida como fim inaceitável, como desapropriação de um direito natural.

Assim, a morte, até que nos atinja é apenas um problema do outro. Na sua superexposição, ela é apresentada como representação da experiência alheia, nunca nossa, nunca minha. Além disso, a excessiva exposição da morte está a serviço da construção de uma insensibilidade aos outros e à própria realidade da morte, gerando uma postura de indiferença em que tudo aquilo

---

247 BRAKEMEIER, Gottfried. **O ser humano em busca de identidade:** contribuições para uma antropologia teológica. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo, SP: Paulus, 2002. p. 173.

248 JÜNGEL, Eberhard. **Morte**. Tradução Ilson Kayser. 3. ed. Revista. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2010. p. 85.

que diz respeito aos outros. Se não me afeta, não me interessa. Mas, enquanto problema do eu, enquanto fim da minha existência, ela precisa ser ocultada, esquecida, camuflada. Para Sérgio Perazzo

> vida e morte se maquilam e se fantasiam diante de nossos olhos, assumindo o contorno de uma caricatura única que se assemelha, de uma certa maneira, aos costumes dos séculos XIV a XVI de pintar o rosto dos cadáveres com cal e das atuais casas funerárias, [...] que substituem o cal por cosméticos caros e industrializados, numa tentativa de varrer a morte para baixo do tapete da suportabilidade social.[249]

Eberhard Jüngel, em seu livro intitulado "Morte", diz que apesar da capacidade criativa das pessoas para enfrentar as mais diferentes situações, diante da morte a pessoa se torna totalmente impotente; e que a morte, como evento que põe termo à minha existência, é algo que me é infinitamente *estranho*.[250] A banalização da morte, portanto, é o disfarce através do qual o ser humano procura ocultar o temor que essa perspectiva confere. Porque a sociedade contemporânea, especificamente a ocidental, tem grandes dificuldades em assumir essa realidade. Porque ela se apresenta como fator denunciante das teorias antropológicas que sustentam nossa cultura.

3 Confrontando-se com a morte

Neste panorama ambíguo, esquizofrênico até, de negação e exposição da morte, receber um diagnóstico de doença terminal significa confrontar-se com a vida e com a morte, e com os significados que essas realidades carregam consigo, não mais separadas, mas unidas numa única concepção de existir (vida/morte). Ora, o diagnóstico avisa antecipadamente que a morte está a caminho (na verdade, que a morte sempre esteve lá), que ela está colocada como uma estranha onipresente (quando todo o nosso esforço foi sempre esquecê-la), que a morte não pode ser maquiada ou empurrada "para debaixo do tapete" (como a cultura exige), que ela precisará ser suportada e ressignificada.

Esse processo de suportar e ressignificar a vida/morte acontece em meio a muitos sofrimentos, na quebra de diversas compreensões narcísicas, a

---

249 PERAZZO, Sérgio. Vida quae sera tamen. *In*: PAIVA, Vera (Org). **Em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 1992. p. 24.

250 JÜNGEL, 2010, p. 13.

partir de uma postura de cuidado integral dessa pessoa, que as ciências da saúde denominam de Cuidados Paliativos. Pessoas em Cuidado Paliativo são aquelas que, por não haver possibilidade de cura pelos diagnósticos médicos, recebem cuidados que qualificam a fase terminal da vida e dignificam a vivência da enfermidade e do morrer, seja no ambiente mais íntimo do lar, junto aos familiares, seja no ambiente hospitalar.

É uma metodologia que surgiu na Inglaterra, em 1967, com a criação de um "*hospice*". A definição do conceito, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), aconteceu em 1990 e foi atualizado em 2002, ficando com a seguinte redação:

> Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos espirituais.[251]

Para que o acompanhamento e cuidado junto a pessoas que recebem cuidados paliativos seja efetivo, é imprescindível que seja desenvolvido de forma multidisciplinar: "Num paciente terminal, o sofrimento requer cuidado em quatro dimensões fundamentais: física, psíquica, social e espiritual."[252] Esse tipo de cuidado tem se mostrado significativo porque na maioria dos casos, as pessoas que recebem cuidados paliativos sentem uma ruptura com o estilo de vida, com a forma como viviam até então, e elas, progressivamente, vão deixando de ter o controle das coisas e do mundo. Não só isso, elas, por assim dizer, são lançadas num novo tempo em que as questões da vida e da morte terão de ser encaradas. Neste sentido, a enfermidade, e a realidade da morte, num primeiro momento, são experimentadas como violação, pois carregam consigo o poder de desorganizar a vida, de afetar a pessoa e o sistema familiar. Ora, o diagnóstico terminal de uma pessoa se torna coletivo na medida em que "a morte do outro, especialmente do próximo, atinge a minha existência como perda de possibilidade para o meu próprio existir."[253]

Daí, angústias bem concretas emergem, preocupações que antes do diagnóstico não estavam presentes, mas que agora urgem por respostas: quem vai fazer as coisas que eu fazia em casa (suas funções dentro da organização

---

251 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/gestao_da_qualidade.pdf>. Acesso em 16 de novembro de 2019.

252 RÜCKERT, Maria Luiza. **Capelania hospitalar e ética do cuidado**. Viçosa, MG: Ultimato, 2016. p.78.

253 JÜNGEL, 2010, p. 30.

familiar)? Como vou me preparar para morrer (o que, afinal, significa isso)? Será que vou sofrer? Como posso me despedir das pessoas que amo? Como eles vão se arranjar sem a minha presença (vão conseguir sem a minha ajuda?). Será que terei tempo de organizar tudo o que preciso? Queria tanto conhecer a minha neta que está chegando... Ao mesmo tempo, no âmbito familiar, preocupações bastante semelhantes ganham importância: Como vamos nos despedir dele/a? Será que ele/a vai sofrer (eu não quero que ele/a sofra). Como vamos nos ajeitar sem a sua presença? Ele/a vai deixar um vazio muito grande (como vai ser isso?).

E é natural - quando somos abatidos pelo sofrimento - buscarmos o porquê das coisas, pelos sentidos da existência. Então, endereçamos a Deus, a quem, em muitos casos, nunca havíamos considerado, perguntas incômodas: Por que Deus permitiu esse sofrimento? Por que as pessoas más não passam por isso e nós passamos? Por que não me livra da dor e do mal se em sua onipotência pode tudo (Hc 1.2)? Não raras vezes, a doença é entendida como um castigo de Deus, trazendo à tona uma imagem de Deus como juiz que age de forma sádica ou a imagem de um Deus apático que não se importa com o sofrimento humano. É nesse panorama difícil, de caos, de conflitos, de sofrimento pessoal e familiar que Ministros e Ministras religiosos são chamados a estarem presentes, a caminharem com pacientes e seus familiares, a colaborarem com o processo de ressignificar a vida e a morte.

4 Aspectos terapêuticos do aconselhamento pastoral

Acompanhar uma pessoa com diagnóstico terminal e aos seus familiares pode ser um processo difícil, devido às resistências que o paciente e a família trazem consigo, na dinâmica de pensar a morte e resinificar a vida, consequência do modo que a cultura encara essa realidade. Daí consiste a importância deste acompanhamento se dar de forma multidisciplinar para que seja alcançado o objetivo de alívio e humanização descritos por Ana Claudia Quintana Arantes:

> Todo o trabalho desenvolvido pela equipe tem como objetivos o alívio e a prevenção do sofrimento envolvido na evolução do adoecimento, no processo humano de morrer e despedir-se, vivendo sua vida em plenitude até seu último instante. Um trabalho e uma sabedoria que se complementam para que o paciente sinta e saiba que é um ser humano

> com o qual nos importamos e oferecemos o nosso melhor para que sua vida possa valer a pena até o fim.[254]

Mas, também, pode ser um processo de significativa transformação do ser, através da busca pelos fundamentos da existência humana em Deus. Certo é que ambos os caminhos serão permeados por sofrimento. Para Arantes, "o sofrimento que paira sobre essa etapa da vida humana clama por cuidados."255

O confronto com a morte, necessariamente, não deveria ser encarado como algo negativo somente. Mesmo que venha acompanhado de sofrimento, o confronto pode gerar um processo de autoconhecimento, de transformação na forma como a pessoa vê o mundo, a si mesmo e a Deus. Tal confronto, quando devidamente assistido, pode gerar vida abundante e marcar de forma permanente a pessoa e a sua família. Assim, "negativo" é a pessoa que entra num processo de terminalidade não receber a assistência necessária para viver esse tempo.

Por isso, essa pesquisa defende que, diante da terminalidade, o acompanhamento pastoral pode favorecer o enfrentamento da morte com vistas a vivência do bem morrer. Porque ele traz como orientadora de sua prática, a reflexão sobre os fundamentos da vida e da morte e sobre as questões de Deus. Além disso, o Aconselhamento Pastoral abrange a capacidade de ouvir, dialogar com profissionais da saúde, mediar tensões, cooperar para que haja fluidez na comunicação entre a pessoa enferma, familiares e os profissionais da área da Saúde.

Ora, o Aconselhamento Pastoral considera a ideia de que ocorra uma caminhada conjunta entre o Ministro/a (Cuidador/a) com o paciente e seus familiares. Neste sentido, para Daniel Schipani, o Aconselhamento Pastoral tem como tarefa proporcionar que o ser humano tenha condições de emergir com novas compreensões de si e do mundo através de uma presença que se concretiza no "caminhar com pessoas, casais e membros de famílias ou pequenos grupos, no momento em que enfrentam desafios e dificuldades na vida."256

---

254 ARANTES, **O que são cuidados paliativos***?* Disponível em: <https://www.casadocuidar.org.br/cuidados-paliativos/>.

255 ARANTES, Ana Claudia Quintana**. A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016. p. 30.

256 SCHIPANI, Daniel S. **O caminho da sabedoria no aconselhamento pastoral**. Tradução: Paul Tornquist. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2003. p. 97.

Clinebell vai no mesmo sentido, para ele o objetivo do Aconselhamento Pastoral é o de estabelecer um relacionamento profundo com a pessoa, justamente porque vivemos numa sociedade onde os relacionamentos são marcadamente superficiais, um relacionamento "cuja qualidade pode ser descrita como terapêutica (curativa), maiêutica (facilitadora de nascimento e crescimento) e reconciliadora (restauradora de relacionamentos alienados)."[257] A partir desse relacionamento, o aconselhador ajuda no enfrentamento doloroso com o mundo interior de cada pessoa, trazendo luz à experiência de sofrimento para que a pessoa seja despertada à resiliência.

A necessidade de estabelecer com a pessoa em situação de cuidados paliativos esse relacionamento profundo, de confiança, parte do princípio de que o ser humano deve ser assistido em todas as fases da vida[258], inclusive, e especialmente, no tempo de morrer. Para isso, espera-se da pessoa cuidadora a sensibilidade de reconhecer a fragilidade das pessoas que estão nesse processo. Deolindo Feltz, ao falar acerca das pessoas que oferecem cuidado afirma que a expectativa: "é presença física literal, é disponibilidade de tempo para ouvir e falar, chorar e sorrir, consolar e animar, silenciar e orar, demonstrando com essa atitude que paciente e família não estarão sozinhos nesse processo."[259]

> Assim, para que o aconselhamento pastoral seja significativo deve se priorizar a proximidade: "O cuidado se dá face a face, e sem dúvida os profissionais mais requisitados não são aqueles que detêm a melhor técnica, mas aqueles que conseguem alinhar manejo técnico com sensibilidade no trato. [...] Escutar a narrativa da pessoa enferma ou que necessita de ajuda é colocar-se a par da sua biografia e entender o "universo" dessa pessoa.[260]

Este acompanhamento é uma responsabilidade e um privilégio. É inegável a necessidade de conhecimento técnico, mas de igual importância a capacidade de alinhar técnica à sensibilidade que faz saber-se diante de um ser humano que compartilha conosco a sua própria vida. Quando o paciente e a família reconhecem essa disposição do cuidado para estar junto deles, - porque cuidar é uma postura ética, pressupõem o reconhecimento da

---

257 CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento pastoral**: modelo centrado em libertação e crescimento / Howard \J. Clinebell; tradução de Walter O. Schlupp e Luís Marcos Sander. 6. Ed. Ver. São Leopoldo: Sinodal, 2016. p. 73.

258 Cf. ARANTES, 2016, p. 46.

259 FELTZ, Deolindo. **Câncer e espiritualidade: sofrimento e ajuda**. São Leopoldo: Sinodal, 2018. p.71.

260 OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de. **Para não perder a alma: o cuidado aos cuidadores.** São Leopoldo: Sinodal, 2012. p. 96.

dignidade da outra pessoa, e o "cuidado surge quando a vida de alguém se torna importante para nós"[261], - para acompanhá-los nesta jornada que passa, necessariamente, pelas veredas do sofrimento, que percorre os caminhos das descobertas de si e do mundo, elas quebram suas resistências, deixando que o cuidador participe do processo de finitude.

> a pessoa em sofrimento, muitas vezes, fica como que travada, paralisada, sem ação. Através da práxis da ternura cuidadora, quando alguém se detém para cuidar, o sofrimento é ressignificado e liberta o gesto. É, portanto, a atitude de cuidado que devolve à pessoa o potencial ativo e criativo que está intrinsecamente relacionado ao fato de ela ser imagem e semelhança de Deus.[262]

Por isso, a importância de um cuidado no qual haja a liberdade para as pessoas de saberem-se acolhidas na infinidade de sentimentos que afloram ao se depararem com um diagnóstico sem perspectiva de cura. Nesta fase, restabelecer elos, fortalecer a esperança, estar presente são faces diferentes de um cuidado humanizador, gerador de resiliência e de sobriedade diante da realidade da morte. Para Rückert, conseguir reler a sua própria história e reconectar-se com a vida acontece de forma semelhante ao processo de transformação da lagarta. "Caberá ao próprio paciente abrir o seu casulo para que se transforme em borboleta."[263] Aqui a vida é entendida como metamorfose e cabe à Igreja acompanhar as pessoas em suas diferentes fases a fim de que se saibam também ali amparadas e assistidas por Deus.

O processo de cuidado paliativo recebe a liberdade para tratar de temas que são fundamentais para aqueles que estão no caminho de pensar a vida e a morte. A médica Ana Cláudia Quintana Arantes afirma que "nada pode ser mais íntimo do que compartilhar com alguém o processo ativo de morrer […] quem está morrendo buscará o sentido de estar ali; virão questionamentos dos pesos, dos fardos, dos medos, das culpas, das verdades, das ilusões. Tudo ali, exposto de um jeito verdadeiramente nu."[264]

Para ela, um dos sentimentos predominantes entre as pessoas que se encontram na perspectiva do morrer é o arrependimento que se manifesta de diferentes formas: por não terem vivido com a autenticidade agora almejada, pelas culpas que carregaram, pelos pesos que acumularam... Muitas pessoas tem necessidade de perdoar, visto que "o que ocorre no processo do perdão

---

261 RÜCKERT, 2016, p. 44.
262 OLIVEIRA, 2012, p. 33.
263 RÜCKERT, 2016, p. 68
264 ARANTES, 2016, p. 93.

é que algo que era relevante e causava sofrimento perde a característica ácida que mobilizava não apenas os sentimentos, mas todo o ser."[265] Outro sentimento que brota nessa fase é o medo da morte, do que ela significa, do que ela pode representar em termos de dor, de despedida, de desapego. Sempre, porém, que o medo persistir, afirma Jüngel, "é apropriado confrontar-se com o medo da morte por meio de um cuidado com a vida. [...] Somente se pode morrer em paz quando se poderia, de igual modo, continuar vivendo em paz."[266]

Assim, de todas as qualidades necessárias para a postura do cuidado, a mais importante, nos parece é a da escuta atenta. Paciente e familiares têm necessidade de encontrar alguém que verdadeiramente as ouça. Ao falar sobre o fundamento para qualquer aconselhamento pastoral, Clinebell cita Dietrich Bonhoeffer que diz:

> São muitas pessoas à procura de um ouvido que as ouça. Elas não o encontram entre os cristãos, porque eles falam quando deveriam ouvir. Quem não mais ouve a seu irmão [ou irmã], em breve também não mais ouvirá a Deus. [...] Quem não consegue ouvir demorada e pacientemente, estará apenas conversando à toa e nunca estará realmente falando com os outros, embora não esteja consciente disso.[267]

O principal instrumento de cuidado pastoral deve ser o ouvir. Ouvir atenta e calmamente a pessoa que compartilha sua vida conosco. Para que uma pessoa na função de aconselhadora tenha condições de tal escuta, terá sido necessário que ela tenha trabalhado suas próprias fraquezas porque lidando com elas, ele pode se tornar fonte de cura ao acolher e respeitar as dores de outras pessoas.

5 Aspectos Bíblicos

Biblicamente, muitas são as referências de sofrimento, mas, também, muitas são as referências de que somos criados à imagem e semelhança de Deus e que por ele fomos enviados ao mundo para sermos sinais de sua presença. Através do nascimento de Jesus, Deus se fez Emanuel – Deus Conosco, por isso, também diante da morte podemos confiar no seu cuidado

---

265 OLIVEIRA, 2012, p. 86.
266 JÜNGEL, 2010, p. 94.
267 CLINEBELL, 2016, p. 71.

por nós. "Fé pressupõe uma entrega. Se temos fé em Deus, e fé em que ele fará o melhor por nós, não importa o que aconteça, teremos a certeza de que foi o melhor que podia acontecer."[268] Vera Weissheimer, fala também da esperança em Deus como fator de cuidado: "A esperança com raízes no divino é uma ponte que nos leva além da dor, da doença, da crise, e também da morte."[269]

Jüngel, da mesma forma, aponta para os aspectos bíblicos sobre a percepção cristã acerca da morte: "porque se realmente aconteceu algo com a morte através da morte de Jesus Cristo – a saber, em relação ao fato de não podermos viver sem ter de morrer [..]."270 Ele afirma que não é possível à fé, falar sobre Deus sem falar sobre a morte. E se falamos de morte, é porque na ressurreição de Jesus Cristo ela foi vencida, ainda que seja realidade da vida. Pela fé reconhecemos que paixão e morte são abundantes de vida, alegria e esperança.

Tendo em vista o sofrimento humano no encontro com um diagnóstico terminal, como confronto com a morte, o Aconselhamento Pastoral deve trabalhar no sentido de modificar a imagem que a pessoa e a família têm de Deus. Não entendê-lo como Deus juiz, sádico ou um Deus apático, mas a partir de imagens bíblicas de um Deus conosco (Emanuel). É o Deus Pastor que guia, que vigia, que providencia vida e que mantém relações de amor para com suas ovelhas (Jo 10). Além disso, é necessário sempre lembrar: também a nossa fé em Deus não explica o inexplicável. Até Jesus, em sua agonia na cruz, clamou: "Eli, Eli, lamá sabactani"! (Deus meu, Deus meu, por que me abandonaste? (Mt 27.46). Ora, abdicar de nossas certezas e dos raciocínios lógicos pode abrir o nosso futuro para um tempo de fecundidade: "Em verdade, em verdade vos digo: se o grão de trigo, caindo na terra, não morrer, fica ele só; mas, se morrer, produz muito fruto." (Jo 12.24)

Eclesiastes fala da vida em constante dialética. Especialmente no capítulo 3, o livro descreve esta dialética através dos tempos, onde inicia dizendo que "tudo tem o seu tempo determinado e há tempo para todo propósito debaixo do céu" (Ec 3.1). Há tempo de nascer, de viver todas as fases, os diferentes sentimentos, as diferentes emoções, e há, também o tempo de morrer. Há tempo de calar sobre a morte, seus medos e a partir da fé, de experimentar a morte como possibilidade de nova vida. Aqui estamos no

---

268 ARANTES, 2016, p. 126.

269 WEISSHEIMER, Vera Cristina. **Quando a vida dói: confiança nos momentos de angústia**. 2.ed. São Leopoldo: Sinodal, 2016. p. 88.

270 JÜNGEL, 2010, p. 49.

tempo de falar dos cuidados e dar destaques como este pode ser realizado. Que Deus nos conceda tempos em que mais pessoas em situação de cuidado paliativo possam receber o devido acompanhamento.

6 Conclusão

O presente artigo aborda a questão da terminalidade, do confronto com a morte, das pessoas que são encaminhadas a cuidados paliativos (haja vista que os diagnósticos médicos não apresentam perspectiva de cura) e do importante papel que o acompanhamento pastoral pode desempenhar para a ressignificação da vida a partir do cuidado espiritual.

À luz da confessionalidade luterana, concluímos que uma postura pastoral adequada pode mediar o bem morrer. Inclusive, que o acompanhamento a pessoas que vivem sua terminalidade deve ser realidade ao alcance de mais pessoas, de maneira que se torne pauta na saúde pública, uma vez que é possível amenizar sofrimentos, dirimir dúvidas, propiciar perdão e reforçar a confiança de que a terminalidade não representa o abandono de Deus. O aconselhamento pastoral pode atenuar a distância entre o paciente que está em cuidado paliativo e inserir a família neste processo de cuidado.

Neste sentido, vimos como foi importante destacar alguns aspectos para que tal aconselhamento seja efetivo. É fundamental que este acompanhamento seja lúcido, que a pessoa tenha liberdade para falar de seus sentimentos. Que seja um cuidado humano realizado num relacionamento profundo com o paciente e com os demais atores do cuidado. Ora, o fato de confiarmos que Deus sempre está conosco, não nos isenta de agirmos em sintonia com uma equipe de cuidados. Além disso, a pesquisa me possibilitou desenvolver competências importantes com vistas a desempenhar a função de aconselhadora nestas condições. Percebo como gratificante a tarefa de acompanhar pessoas para que consigam atribuir um sentido à adversidade que estão vivendo. A partir da fé em Jesus Cristo, nosso morrer pode ser também a nossa Páscoa.

Compreender que a fase terminal não significa a morte iminente, já que a pessoa pode receber tempo de vida, mas fase terminal como um confronto com a morte no sentido de que a pessoa é posta naquele lugar que deve pensar e ressignificar a vida tendo no horizonte a sua própria morte, reforçou minha hipótese do quão importante é o cuidado na forma de acompanhamento espiritual. E mais, constato como importante a aplicação de medidas que possibilitem à pessoa que recebe cuidado paliativo viver intensamente. Que tenha auxílio para conversar com familiares sobre a vida e a terminalidade,

para que através da clareza na comunicação, sejam preservados ou estabelecidos relacionamentos saudáveis e de afeto. Igualmente, que seja realidade disponível para pessoas em todas as condições sociais. A dignidade humana precisa ser promovida em realidades de tratamento de saúde públicas e privadas, não um privilégio.

O diferencial do acompanhamento pastoral a pessoas em cuidados paliativos certamente é que a Igreja faz o movimento de ir ao encontro das pessoas e famílias e com isso, a missão da Igreja se faz para além dos muros. É importante sabermos que estamos nas mãos de Deus e que agimos em nome de Deus. Algumas medidas para acompanhar pastoralmente esta fase, descrevo como princípios fundamentais: Conhecer, compreender e intervir. Este cuidado nos oferece o privilégio e a responsabilidade de conhecer pessoas. Ouvir suas histórias para compreender as razões e motivações para, por fim, intervirmos pastoralmente, dessa forma, nos tornamos participantes da vida das pessoas que cuidamos.

Outro e importante princípio para o acompanhamento pastoral é o da ecumenicidade. Instituições de cuidado, equipes de cuidado, pessoas em cuidados paliativos, seus familiares; um contexto onde muito provavelmente estará representada uma diversidade religiosa que precisa ser inteiramente respeitada. A mensagem cristã pode anunciar esperança, estabelecer relação de cuidado sem necessariamente promover o cristianismo. Este certamente é um dos maiores desafios que o acompanhamento religioso precisa reconhecer e respeitar.

Um aspecto que me chamou atenção por ser recorrente nas leituras e certamente será objeto de um estudo futuro se refere ao cuidado a pessoas cuidadoras. É essencial para quem quer cuidar de pessoas diante da terminalidade, que este seja um assunto trabalhado e resolvido interiormente. Como afirmou Rubem Alves, ostra que não foi ferida não produz pérolas. A pessoa que cuida precisa ter processado as próprias feridas para que sua presença seja um instrumento de cura para outras pessoas. Para que da dor de outra pessoa seja possível produzir pérolas.

Referências

A Bíblia Sagrada/ Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. Revista e Atualizada no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.

ARANTES, Ana Claudia Quintana**. A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

ARANTES, **O que são cuidados paliativos***?* Disponível em: <https://www.casadocuidar.org.br/cuidados-paliativos/>.
BRAKEMEIER, Gottfried. **O ser humano em busca de identidade:** contribuições para uma antropologia teológica. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo, SP: Paulus, 2002.
Casa do Cuidar – Cuidados Paliativos. Disponível em: https://www.casadocuidar.org.br/cuidados-paliativos/. Acessado em 25 de novembro de 2019.
CERVELIN, ALINE Fantin. **Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos; produzindo uma boa morte**. https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10501. Vol. 9, nº 3, 2015. Acessado em 29 de outubro de 2018.
CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento pastoral**: modelo centrado em libertação e crescimento / Howard \J. Clinebell; tradução de Walter O. Schlupp e Luís Marcos Sander. 6. Ed. Ver. São Leopoldo: Sinodal, 2016.
FELTZ, Deolindo. **Câncer e espiritualidade: sofrimento e ajuda**. São Leopoldo: Sinodal, 2018.
INCA: Instituno Nacional de Câncer. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos. Acessado em 29 de outubro de 2018.
JÜNGEL, Eberhard. **Morte**. Tradução Ilson Kayser. 3. ed. Revista. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2010.
MANSUR Vitório/ MIRANDA Almir: **Um ritual de passagem:** o processo histórico do "bem morrer". Disponível em: <http://www.ufjf.br/graduacaocienciassociais/files/2010/11/%C2%B4%C2%B4Um-ritual-de-passagem%C2%B4%C2%B4-Thiago-Tavares.pdf**>.** Acesso em 16 de dezembro de 2018.
OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de. Para **não perder a alma: o cuidado aos cuidadores.** São Leopoldo: Sinodal, 2012.
PERAZZO, Sérgio. Vida quae sera tamen. *In*: PAIVA, Vera (Org). Em tempos de AIDS. São Paulo: Summus, 1992.
ROSS, Elisabeth Kübler. **Sobre a morte e o morrer:** o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Elisabeth Kübler-Ross; Tradução Paulo Menezes. 9.ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.
RÜCKERT, Maria Luiza. **Capelania** hospitalar **e ética do cuidado**. Viçosa, MG: Ultimato, 2016.
SCHIPANI, Daniel S. **O caminho da** sabedoria **no aconselhamento pastoral**. Tradução: Paul Tornquist. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2003.
WEISSHEIMER, Vera Cristina. **Quando a** vida **dói: confiança nos momentos de angústia**. 2.ed. São Leopoldo: Sinodal, 2016.

Acompanhamento Pastoral a familiares de pessoas em morte encefálica

Aline Danielle Stüewer

Karin Hellen Kepler Wondracek

Resumo: O acompanhamento pastoral a familiares de pessoas em morte encefálica é um desafio. Ao ser comunicada sobre a morte, a família é convidada a se despedir. Ao encontrar a pessoa em morte encefálica, a família se depara com uma pessoa respirando, com batimentos cardíacos e temperatura corporal. Ainda que tudo isto somente seja possível devido ao suporte de aparelhos, a família enfrenta o luto e a despedida de forma peculiar. Nesse sentido, o presente artigo tem o objetivo de sugerir um acompanhamento pastoral junto à família no momento da despedida, dando a esta o tempo de entender a irreversibilidade do caso e a oportunidade do adeus. Metodologicamente, a análise segue abordagem qualitativa com objetivo exploratório a partir de revisão de literatura. Diante dos desafios e questionamentos que enfrenta a família da pessoa em morte encefálica, conclui-se que é extremamente importante oferecer a esta espaço, tempo e oportunidade para a despedida. Assim, se propõe neste artigo uma liturgia de despedida, embasada na expressão de quatro sentimentos: Obrigado – Desculpe – Eu te amo – Adeus. Esta liturgia também está fundamentada na fé na ressurreição.

Palavras-chave: Morte Encefálica. Luto. Liturgia de Despedida.

1 Introdução

O encontro da família com a pessoa em morte encefálica é um momento delicado, permeado de dor, perguntas, medos e angústias. Ao receber a notícia de morte encefálica, espera-se encontrar um corpo frio, sem pulsação e respiração. Entretanto, a família se depara com uma pessoa que, apesar de estar clinicamente morta, possui uma temperatura corporal quente, com pulsação, batimento cardíaco e respiração, devido aos aparelhos que

mantém o funcionamento dos seus órgãos. Isto torna a despedida ainda mais difícil. O encontro é com uma pessoa aparentemente em vida. Devido à compreensão cultural que se tem da morte, isso causa um grande choque.

A despedida da pessoa com diagnóstico de morte encefálica e especialmente o acompanhamento a seus familiares suscita muitas indagações. Quais as perguntas, os medos e a angústia dos familiares? Qual a reação da família ao receber a notícia da morte encefálica? Como ajudar a família a se preparar para a despedida? Como acompanhar a despedida da família? Em síntese, todas estas indagações sugerem o seguinte questionamento, a ser analisado ao longo desta pesquisa: Quais os desafios do acompanhamento pastoral a familiares de pessoas em morte encefálica?

Ao ver a pessoa em morte encefálica, a família precisa viver a experiência de se despedir de alguém que aparentemente está vivo. O/a ministro/a religioso/a pode ajudar a família a lidar com as perguntas, o medo e a dor presentes neste momento. A presente pesquisa busca analisar os desafios do acompanhamento pastoral a familiares de pessoas com morte encefálica.

Esta pesquisa se justifica sob diversas perspectivas. Do ponto de vista pessoal, ela é relevante na medida em que o acompanhamento pastoral a pessoas que possuem familiares em morte encefálica faz parte do cotidiano profissional da pesquisadora. Justifica-se a escolha do tema, uma vez que o Brasil possui hoje um dos maiores programas públicos de transplante de órgãos e tecidos no mundo[271], fazendo com que a realidade da morte encefálica seja uma realidade presente na vida dos profissionais da saúde. Sob o ponto de vista acadêmico e científico, percebe-se a necessidade de mais pesquisa sobre a situação problema identificada e a produção de conhecimento a respeito, possibilitando um acompanhamento mais eficiente e eficaz, seja do ponto de vista antropológico como teológico.

Quanto ao aspecto metodológico, esta pesquisa pode ser caracterizada como bibliográfica no que se refere aos tipos de fontes e análise de dados. As principais fontes de coleta de dados serão constituídas de livros, capítulos, teses, dissertações e artigos científicos disponíveis em bibliotecas e meio digital. Quanto à natureza, ela pode ser classificada como qualitativa. Em relação ao objetivo, ela é uma pesquisa do tipo exploratória, pois proporciona uma visão geral sobre um tema pouco explorado na pesquisa.

---

271 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doação de Órgãos:** transplantes, lista de espera e como ser doador. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos> Acesso em: 24 set 2019.

2 Morte encefálica

A morte é uma questão que suscita questionamentos do ser humano desde a sua origem. Em todos os tempos e lugares pessoas refletiram a respeito. Segundo Pessini e Barchifontaine, Hipócrates, cerca de 500 anos antes de Cristo, formulou da seguinte forma o instante da morte:

> A definição clássica do instante da morte foi formulada por Hipócrates cerca de 500 anos antes do nascimento de Cristo. Acha-se no *De morbis,* 2º livro, parte 5: "Testa enrugada e árida, olhos cavos, nariz saliente, cercado de coloração escura. Têmporas deprimidas, cavas e enrugadas, queixo franzido e endurecido, epiderme seca, lívida e plúmbea, pelos das narinas e dos cílios cobertos por uma espécie de poeira, de um branco fosco, fisionomia nitidamente conturbada e irreconhecível".[272]

O conceito de morte encefálica contraria o entendimento clássico do que é a morte. Isto porque, até a década de 1970, o que definia o momento da morte era o fim da respiração e do batimento cardíaco. Entretanto, com o avanço tecnológico da medicina, o que era tema pacífico, se tornou uma questão polêmica. Em 1968, a Assembleia Médica Mundial, em Sidney, estabeleceu que o critério definitivo para estabelecer a morte de uma pessoa é o cérebro. Quando cessam irreversivelmente as funções do cérebro, acontece a morte encefálica[273].

A resolução CFM [Conselho Federal de Medicina] Nº 1.480/97, de 08 de agosto de 1997, considera que "a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade mundial".[274]

> Resolve que os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.[275]

---

272 PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de Bioética.** 6.ed. São Paulo: Loyola, 2002. p. 247s.

273 BERGESH, Karen. **O Debate sobre o Conceito de Pessoa no Tema dos Transplantes de Órgãos e Tecidos:** Desafios Bioéticos para o Aconselhamento Pastoral. Tese de Doutorado. EST: Escola Superior de Teologia - INSTITUTO ECUMÊNICO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA, 2006. p. 88s.

274 PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002, p. 248.

275 PESSINI, BARCHIFONTAINE, 2002, p. 249.

> A morte encefálica ocorre quando cessam irreversivelmente as funções do encéfalo e, sem o auxílio de meios artificiais, os demais órgãos – iniciando pelo coração - param de funcionar em poucos minutos.[276]

Atualmente, a morte encefálica é a definição legal de morte. Entretanto, este assunto não é pacífico e consensual no meio popular e também científico. O filósofo Hans Jonas, por exemplo, foi muito enfático ao não concordar com os critérios de definição de morte. Ao trazer a posição do filósofo sobre o assunto, Laura Bossi faz o seguinte comentário:

> Dado que nós não conhecemos a linha de demarcação precisa entre a vida e a morte, é preciso se embasar em uma definição da morte a mais conservadora possível (*in dubio pro vita*) e não, ao contrário, sobre uma definição baseada na necessidade pragmática de propor o momento da morte legal, a fim de preservar os órgãos em bom estado[277].

Apesar de não aprofundar esta questão de bioética no presente artigo, é necessário mencionar que a definição de morte é algo complexo, não somente na medicina, mas também na filosofia. Nesse sentido, a família da pessoa em morte encefálica enfrenta o luto de forma peculiar ao ter que se despedir de alguém legalmente morto, mas com todas as características de uma pessoa viva.

3 Recebendo a má notícia

A perda de uma pessoa em morte encefálica geralmente acontece em condição abrupta e inesperada, impossibilitando à família qualquer preparo para lidar com esta dor. Também a maioria dos casos de morte encefálica acontecem em pacientes jovens e que tinham uma boa saúde física, fazendo com que a aceitação da morte e a despedida sejam ainda mais difíceis. Além disso, o desconhecimento sobre o que significa a morte encefálica gera uma angústia diante da possibilidade de nada mais ser feito para salvar a vida da pessoa amada e incompreensão sobre a irreversibilidade do caso[278].

---

276 BERGESH, 2006, p. 31-32.

277 BOSSI, Laura. Morte Encefálica. In: OLIVEIRA, Jelson; POMMIER, Eric (Orgs.). **Vocabulário Hans Jonas**. Caxias do Sul: EDUCS, 2019. p. 170.

278 AGNOLO, Cátia Millene Dell et al. A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 376 - 377, setembro 2009. Disponível em:

Ao se deparar com a pessoa em morte encefálica, é comum surgir a dúvida sobre a real irreversibilidade do caso, uma vez que a temperatura corporal e o funcionamento dos órgãos ainda estão presentes. Na pesquisa de Cátia Millene Agnolo, há o seguinte depoimento de uma pessoa que vai ao encontro do familiar em morte encefálica:

> E, é difícil porque assim [...], você ouve falar em morte encefálica e na hora, o estado de choque que você fica, você não tem a dimensão assim de saber que há morte encefálica [...], mas o coração ta batendo, sabe! Tá! O coração é mecânico, ele é só um músculo [...], mas você acha assim: não, o coração ta batendo, enquanto o coração ta batendo tem vida (E5).[279]

O encontro da família com a pessoa em morte encefálica sempre é um choque. Ainda que se tenha consciência da morte clínica, a família tem dificuldade em assimilar essa informação técnica com a realidade vivenciada. Isso se dá pelo fato de que o coração ainda seja para muitas pessoas, o órgão que determina a vida ou a morte.

Após ser diagnosticada a morte encefálica, a família é comunicada sobre a irreversibilidade do quadro do paciente e a sua morte. A equipe médica informa sobre a morte encefálica e então, na maioria das vezes, permite que a família vá ao encontro da pessoa em morte encefálica para poder se despedir. Ocorre, contudo, devido à necessária agilidade para a possível doação de órgãos[280], que a família possa não ter o tempo necessário para entender o que está acontecendo, o que aumenta a dor e o choque:

> A dor sentida é muito intensa, não sendo desejada nem mesmo aos desafetos. O tempo é importante para acostumar-se com a idéia [sic] da morte do paciente, condição que nem sempre é possível, uma vez que a informação da morte vem seguida da solicitação de manifestação

---

<https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8343>. Acesso em: 26 out. 2019.

279 *Apud* AGNOLO, Cátia Millene Dell; BELENTANI, Leda Maria; ZURITA, Robsmeire Calvo Melo; COIMBRA Jorseli Ângela Henriques; MARCON Sonia Silva. A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 380, setembro 2009. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8343>. Acesso em: 26 out. 2019.

280 Apesar de citar a doação de órgãos, este artigo não tem a intenção de aprofundar este tema, devido à delimitação do tema.

> da doação, não possibilitando que os familiares elaborem essa realidade.[281]

Para que a família consiga entender o que está acontecendo, é importante que a equipe médica comunique a morte encefálica de maneira clara e objetiva, permitindo que a família faça perguntas e tire dúvidas. Após todos os esclarecimentos quanto ao significado da morte encefálica, é fundamental que a equipe médica prepare a família para o encontro com o seu familiar na UTI. Também se faz necessário informar sobre os aparelhos que irão encontrar junto ao familiar, bem como deve-se esclarecer a respeito da "aparente vida" proporcionada pela intervenção de aparelhos[282].

Os sentimentos vividos pela família que recebe a notícia da morte encefálica são "de choque, dor, desespero e dúvidas com a informação do diagnóstico de morte encefálica". Além de ter que lidar com a dor da perda, a família logo é comunicada sobre a possibilidade de doação de órgãos, gerando com isso "espanto, irritação e desconfiança".[283] Por isto, esse momento precisa de atenção e cuidado por parte do/a capelão/ã que se propõe a acompanhar pessoas nessa condição. Como proposta de acompanhamento, propõe-se no próximo ponto uma liturgia de despedida.

4 Morte e ressurreição: uma liturgia de despedida

Ao realizar um trabalho com pacientes de doenças terminais, Elisabeth Kübler-Ross verificou a importância de, no processo da morte, haver um ritual de despedida[284]. Ao se despedir da vida e dos familiares, é muito importante que se encontre tempo para expressar quatro sentimentos

---

281 SANTOS, Marcelo José dos; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 382-387, Junho 2005, p. 385.

282 JUNIOR, Ivaldo Menezes de Melo. **"Espera pelo milagre"**: os médicos diante da morte encefálica de pacientes adultos jovens. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba – PROGRAMA DE PÓS GRADUÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES, 2012. p. 88.

283 SANTOS, Marcelo José dos; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 382-387, Junho 2005, p. 387.

284 KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

profundos: gratidão/obrigado, perdão/desculpe, ternura/eu te amo e partida/adeus[285].

Entende-se que, na despedida da família da pessoa em morte encefálica, expressar estes sentimentos também ajuda a elaborar o luto. Também Vera Weissheimer fala da importância da despedida quando afirma:

> Sentimentos precisam ter vazão, é preciso descarregar a alma. As despedidas precisam acontecer. Quem não consegue se despedir [...] pode vir a carregar uma dor que é capaz de se prolongar por muito tempo.[286]

Ao ser notificada sobre a morte encefálica, a família é tomada por uma série de perguntas e questionamentos. A filosofia busca responder a essas perguntas, "já a teologia se vê diante da necessidade de harmonizar o fato inegável e empírico deste fim biológico com sua convicção fundamental de que a vida continua além da morte"[287]. Na fé cristã, ao falar da morte, não se pode deixar de falar na ressurreição. Segundo Henri Nouwen, "escrever sobre o morrer e a morte sem mencionar a ressurreição é como escrever sobre navegação a vela sem falar do vento"[288]. No cerne da fé na ressurreição está a esperança de um encontro com Deus, que não quer a aniquilação da pessoa, mas a sua vida em plenitude[289].

Nesse sentido, elaborou-se uma proposta de liturgia de despedida da família que encontra a pessoa em morte encefálica ainda na UTI, após receber a notícia da morte. Nela, se leva em consideração a expressão dos sentimentos descritos por Kübler-Ross[290], mas também a fé na ressurreição.

---

285 BERTACHINI, Luciana, PESSINI, Leo (Orgs.). **Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida**. Lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Paulinas, 2011, p. 11-12,15

286 WEISSHEIMER, Vera Cristina. **"Eu vi as tuas lágrimas"**. Amparo e consolo no sofrimento. São Leopoldo: Sinodal, 2009. p. 92.

287 BLANK, Renold. Morte e morrer com experiência existencial de plenificação do ser humano. *In*: MARTINS, Alexandre Andrade; MARTINI, Antonio (Orgs.). **Teologia e Saúde**. Compaixão e Fé em meio à Vulnerabilidade Humana. São Paulo: Paulinas, 2012. p. 120.

288 NOUWEN, Henri J. M. **Nossa maior dádiva:** Meditação sobre o morrer e o cuidar. São Paulo: Loyola, 1997. p. 94.

289 BLANK, 2012, p. 121.

290 KÜBLER-ROSS, 2005.

4.1 Obrigado

A morte pode levar uma pessoa amada e trazer consigo uma dor inexplicável. Entretanto, a morte não tem o poder de matar as lembranças e as memórias que esta pessoa deixa para os seus familiares e amigos. Assim como o ser humano guarda na memória e no coração a pessoa que faleceu, assim também cada criatura está guardada na memória de Deus[291].

> Acaso, pode uma mulher esquecer-se do filho que ainda mama, de sorte que não se compadeça do filho do seu ventre? Mas ainda que esta viesse a se esquecer dele, eu, todavia, não me esquecerei de ti. Eis que nas palmas das minhas mãos te gravei (Is 49.15s).

É importante que a família traga à memória e expresse verbalmente os momentos vividos, incentivando-a a agradecer a Deus por estes momentos, e por tudo o que a pessoa significa para as suas vidas. Ao fazer isso, a família é lembrada que na ressurreição não há a despersonalização da pessoa, mas ela continua carregando a sua história e as suas lembranças[292]. A respeito da preservação da identidade e individualidade de cada pessoa, Tillich destaca que "a ênfase cristã na 'ressurreição do corpo' implica também uma forte afirmação do significado eterno da singularidade da pessoa individual"[293].

Assim como a família valoriza a história e as memórias vividas com o seu ente querido, ainda mais Deus valoriza e preserva a identidade da pessoa. Por isso, tudo o que a pessoa viveu, não morre com a sua morte, mas é despertado em sua plenitude na ressurreição.

4.2 Desculpe

Muitas vezes, na hora da despedida, a família é carregada pelo sentimento de culpa, e com isso, se pergunta coisas como: "O que eu deveria ter feito diferente?", "Por que não lhe ajudei naquele momento?" etc. Dificilmente se encontra uma pessoa que não se sinta, de alguma forma,

---

291 BLANK, 2012, p. 122.
292 BLANK, 2012, p. 124.
293 TILLICH, 2005, p. 839s.

culpada por alguma palavra dita ou então até mesmo pela morte[294]. Por isso, é importante haver um espaço para pedir perdão pelos erros cometidos.

A fé na ressurreição mostra que, na presença de Deus, tudo o que foi vivido se torna claro[295]. Blank destaca que

> Morrer e ressuscitar, no entanto, significa chegar a uma ampliação da cognição, de tal maneira que somente na morte a pessoa tem a possibilidade de conhecer sua vida vivida em todas as dimensões e aspectos.[296]

Diante da dor do luto e da presença de culpa, a família é convidada a entregar nas mãos de Deus tudo aquilo que não foi resolvido.

> O que agora vemos é como uma imagem confusa no espelho, mas depois veremos face a face. Agora conheço somente em parte, mas depois conhecerei completamente, assim como sou conhecido por Deus. Agora, pois, permanecem a fé, a esperança e o amor. Porém o maior deles é o amor. (1 Co 13.12s)

Após a família expressar o seu pedido de desculpa, é importante destacar que não somos perfeitos, erramos, mas, na graça de Deus, com a ressurreição, tudo é visto com mais clareza e todas as mágoas e rancores serão transformados em amor e perdão[297]. Segundo Brakemeier, "o ser humano é um ente de estrutura relacional, é personalidade que na comunhão com Deus encontra a razão de sua existência e seu verdadeiro destino."[298] Por isso, todas as mágoas e tristezas podem ser confiadas nas mãos acolhedoras de Deus.

4.3 Eu te amo

Weissheimer, escreve que "o luto é o preço que pagamos por amar"[299]. E esse luto é vivido de forma intensa quando a família percebe que deveria ter demostrado e vivido mais esse amor em vida. Por isso, um dos grandes

---

294 ROSA, Rubem Olino da. **Amadurecendo com o Luto**. São Leopoldo: Sinodal, 1995. p. 36; HÜRLIMANN, Christoph. **Você partiu**... São Leopoldo: Sinodal. p. 9

295 BLANK, 2012, p. 125.

296 BLANK, 2012, p. 125.

297 BLANK, 2012, p. 124.

298 BRAKEMEIER, Gottfried. **O ser humano em busca de identidade**: contribuições para uma antropologia teológica. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Paulinas, 2002. p. 20.

299 WEISSHEIMER, 2009. p. 30.

arrependimentos da família ao ter que se despedir de uma pessoa falecida, é não ter expressado ou então falado com mais frequência o quanto a amava. A dor é ainda mais acentuada quando as palavras "eu te amo" não puderam ser ditas.

Quando sofremos pela perda de um ente querido, ninguém pode tirar a nossa dor, e aprendemos que a saudade é o amor que fica. [...] Como afirma Gabriel Marcel, "quando revelamos a alguém que amamos, estamos querendo dizer que esta pessoa nunca morrerá".[300]

É importante que a família tenha um espaço para expressar o seu amor não somente em gestos, mas em palavras. Ainda que essas palavras não sejam mais ouvidas, a fé na ressurreição permite a expressão de todo amor, pois crê que este sentimento, na presença de Deus, encontra a sua plenitude. Segundo Blank, "O ser humano fica amparado no amor de Deus, existindo em comunhão e participação total com o cosmo inteiro, com Deus e com todos os seres que Deus jamais criou"[301].

É esse amor que mantém as pessoas ligadas, apesar da morte. Em Deus, esse amor permanece conectado. O apóstolo Paulo assinala a certeza de que nada pode separar o ser humano do amor de Deus.

> Pois eu tenho a certeza de que nada pode nos separar do amor de Deus: nem a morte, nem a vida; nem os anjos, nem outras autoridades ou poderes celestiais; nem o presente, nem o futuro; nem o mundo lá de cima, nem o mundo lá de baixo. Em todo o Universo não há nada que possa nos separar do amor de Deus, que é nosso por meio de Cristo Jesus, o nosso Senhor (Rm 8.38-39).

A partir disso, está preparado o caminho para o adeus.

4.4 Adeus

O amor, no momento da despedida, encontra uma das suas maiores provas, deixar partir aquela pessoa que se ama. Na despedida da pessoa em morte encefálica, essa dor pode ser ainda mais acentuada, pois, ao olhar para a pessoa em aparente vida, a família pode sentir que esteja abandonando ou até desistindo de seu ente querido. Por isso, como já dito anteriormente, é

---

300 BERTACHINI, Luciana, PESSINI, Leo (Orgs.). **Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida**. Lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Paulinas, 2011. p. 184.

301 BLANK, 2012, p. 129.

extremamente importante que, antes mesmo de ver a pessoa em morte encefálica, a família receba todas as informações necessárias para que esteja preparada para este encontro.

Ao precisar se despedir da pessoa amada, é comum a família sentir um vazio e até mesmo a sensação de estar caindo[302]. A pessoa amada fica e o familiar precisa ir embora. Nesse momento, a família anseia que este vazio seja preenchido para assim continuar caminhando.

> As pessoas enlutadas estão unidas pelo desejo mais profundo: "Senhor, permaneça conosco, pois é tarde e o dia já declinou." Com esse pedido, o enlutado começa a encontrar o seu objetivo: a comunhão com Jesus, o Cristo. Isso significa estar de luto: deixar-se conduzir até um objetivo. E por si mesmo buscar essa proximidade.[303]

Antes de sair do quarto, é importante convidar a família para uma oração de entrega. Não se está abandonando ou desistindo da pessoa em morte encefálica, mas a entregando às mãos cuidadoras de Deus, Àquele que promete uma morada ao Seu lado:

> Não se turbe o vosso coração; credes em Deus, crede também em mim. Na casa de meu Pai há muitas moradas; se não fosse assim, eu vo-lo teria dito. Vou preparar-vos lugar (Jo 14:1s).

A família precisa ir embora, mas essa entrega não é fácil. A pastora luterana Louraine Christmann expressa essa dor após a morte do filho[304]:

> "E a vida continua
> Agora sem a tua
> A vida vai embora
> Em horas
> Em dias
> Embora eu não queria aceitar
> Que foste embora
> Que agora
> A minha vida continua
> Sem a tua..."

---

302 WEISSHEIMER, 2009, p. 33.

303 "Trauernde verbindet der tiefste Wunsch: 'Herr, bleibe bei uns, denn es will Abend werden, und der Tag hat sich geneigt.' Mit dieser Bitte beginnt der Trauernd, sein Ziel zu finden: die Gemeinschaft mit Jesus, dem Christus. Das heisst Trauern: sich zum Ziel führen lassen. Und selber um diese Nähe bitten." SCHIBILSKY, Michael. **Trauerwege:** Beratung für helfende Berufe. 5. Aufl. Düsseldorf: Patmos, 1996. p. 108

304 E A Vida Continua. Disponível em: <https://lola-avidaempoesia.blogspot.com/2017/>. Acesso em: 28 nov. 2019.

Lothar Carlos Hoch fala da importância de se celebrar a presença de Deus entre as pessoas que se encontram no crepúsculo da vida. Para ele, a imposição de mãos se torna um instrumento para o consolo e conforto[305]. Esta imposição pode ser feita através de uma bênção para a pessoa em morte encefálica, entregando-a nas mãos do Criador. Também a família recebe a bênção, ressaltando que a família enlutada não vai sozinha, mas acompanhada pelo próprio Deus, assim como o povo de Israel no deserto: "Durante o dia o Senhor ia adiante deles, numa coluna de nuvem, para guiá-los no caminho, e de noite, numa coluna de fogo, para iluminá-los, e assim podiam caminhar de dia e de noite" (Êx 13.21).

A morte sempre causa dor e o sentimento de abandono em meio a um deserto de desesperança, mas na fé tem-se a convicção da presença de Deus, fazendo com que aquela situação não seja mais vista como definitiva.

5 Considerações finais

A dor e o choque vivido pela família que recebe a notícia da morte encefálica de um ente querido é muito intensa. Um dos motivos é que na maior parte das vezes, a morte encefálica ocorre em pessoas novas e aparentemente saudáveis. Além disso, ser comunicado da morte e, logo em seguida, se deparar com a pessoa aparentemente viva, aumenta a dor, a incompreensão e os questionamentos. Por isso, é importante o acompanhamento não somente da equipe médica, mas também do/a capelão/ã hospitalar para estar ao lado da família e auxiliar na despedida.

Cada dor e despedida é única e assim devem ser tratadas. Nesse sentido, a proposta de liturgia de despedida não quer ser uma receita pronta, mas uma possibilidade. A partir da situação de morte encefálica e tudo o que a notícia e o encontro com a pessoa falecida desencadeia, a proposta quer servir como base de apoio na hora da despedida. Entretanto, como se trata de uma situação extremamente delicada, é preciso haver a sensibilidade para adaptar a liturgia conforme a necessidade imposta no momento. O que se conclui, por outro lado, é a necessidade de a família poder ter tempo e espaço adequado para se despedir da pessoa em morte encefálica.

Ainda que, clinicamente, a pessoa em morte encefálica esteja morta e por isso não seja mais possível o diálogo, a liturgia de despedida no leito da

---

[305] HOCH, Lothar Carlos. A função terapêutica dos ritos crepusculares: aconselhamento pastoral junto aos que andam no vale da sombra da morte. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, n. 1, p. 63-73, 1998. p. 63.

UTI é terapêutica, pois proporciona à família a chance de expressar os seus sentimentos. Para tanto, é importante, antes de tudo, que a família tenha sido informada de maneira esclarecedora sobre a irreversibilidade da situação, para que, se deparando com a pessoa em "aparente vida" não venha a criar a falsa esperança de que ela pode voltar à vida.

A análise de modo algum se esgota com a abordagem aqui desenvolvida. Devido à delimitação do tema, por exemplo, não foi aprofundada a questão da doação de órgãos. Seria interessante, assim, em outro momento, analisar em que medida a possibilidade de doação de órgãos tem ajudado a família de pessoas em morte encefálica a viver o seu luto. Também a possibilidade de estudos empíricos a respeito do tema proposto pode ser de relevância ímpar para o aprofundamento e melhor compreensão da problemática. Vê-se, portanto, que o tema da morte encefálica no contexto da capelania hospitalar é vasto e complexo e deve ser tematizado de forma sistemática, de modo a fortalecer o compromisso da igreja com as pessoas que choram, em seguimento ao ordenamento de Cristo.

Referências

A Bíblia Sagrada: Antigo e Novo Testamento traduzida em português por João Ferreira de Almeida. Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.

AGNOLO, Cátia Millene Dell; BELENTANI, Leda Maria; ZURITA, Robsmeire Calvo Melo; COIMBRA Jorseli Ângela Henriques; MARCON Sonia Silva. A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 375-382, setembro 2009. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8343>. Acesso em: 26 out. 2019.

BERGESH, Karen. **O Debate sobre o Conceito de Pessoa no Tema dos Transplantes de Órgãos e Tecidos**: Desafios Bioéticos para o Aconselhamento Pastoral. Tese de Doutorado. EST: Escola Superior de Teologia - INSTITUTO ECUMÊNICO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA, 2006.

BERTACHINI, Luciana, PESSINI, Leo (Orgs.). **Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida**. Lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Paulinas, 2011.

BLANK, Renold. Morte e morrer com experiência existencial de plenificação do ser humano. *In*: MARTINS, Alexandre Andrade; MARTINI, Antonio

(Orgs.). **Teologia e Saúde**. Compaixão e Fé em meio à Vulnerabilidade Humana. São Paulo: Paulinas, 2012. p. 117-129.
BOSSI, Laura. Morte Encefálica. *In*: OLIVEIRA, Jelson; POMMIER, Eric (Orgs.). **Vocabulário Hans Jonas**. Caxias do Sul: EDUCS, 2019. p. 169-174.
BRAKEMEIER, Gottfried. **O ser humano em busca de identidade**: contribuições para uma antropologia teológica. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Paulinas, 2002.
E A Vida Continua. Disponível em: https://lola-avidaempoesia.blogspot.com/2017/. Acesso em: 28 nov. 2019.
HOCH, Lothar Carlos. A função terapêutica dos ritos crepusculares: aconselhamento pastoral junto aos que andam no vale da sombra da morte. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, n. 1, p. 63-73, 1998. p. 63.
HÜRLIMANN, Christoph. **Você partiu...** São Leopoldo: Sinodal.
JUNIOR, Ivaldo Menezes de Melo. **"Espera pelo milagre"**: os médicos diante da morte encefálica de pacientes adultos jovens. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba – PROGRAMA DE PÓS GRADUÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES, 2012.
KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
NOUWEN, Henri J. M. **Nossa maior dádiva:** Meditação sobre o morrer e o cuidar. São Paulo: Loyola, 1997.
PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo: Loyola, 2002. 6. ed.
ROSA, Rubem Olino da. **Amadurecendo com o Luto**. São Leopoldo: Sinodal, 1995.
SANTOS, Marcelo José dos; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto , v. 13, n. 3, p. 382-387, Junho 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2019.
SCHIBILSKY, Michael. **Trauerwege:** Beratung für helfende Berufe. 5. Aufl. Düsseldorf: Patmos, 1996.
TILLICH, Paul. **Teologia Sistemática**. 5. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2005.
WEISSHEIMER, Vera Cristina. **"Eu vi as tuas lágrimas"**. Amparo e consolo no sofrimento. São Leopoldo: Sinodal, 2009.

A contribuição do voluntariado na visitação a pacientes terminais: Conforto espiritual na finitude da vida

Miriam Ingrid Buss La Piazza
Nilton Eliseu Herbes

Resumo: Este artigo tem como objetivo identificar ações básicas de competência de pessoas voluntárias, voltadas ao acompanhamento espiritual de pacientes terminais em estrutura hospitalar. A pesquisa bibliográfica demonstrou que o aspecto espiritual do ser humano deve ser reconhecido, valorizado e sustentado até o seu último momento de vida. O quadro hospitalar multidisciplinar tem a incumbência de manter a qualidade de vida e a dignidade dos e das pacientes, inclusive daqueles para os quais todos os recursos médicos foram esgotados. A atuação de uma equipe qualificada de pessoas voluntárias integrada nesta estrutura contribui diretamente para o conforto espiritual dos e das pacientes. Cuidado com a vida, escuta ativa, respeito pela história do ou da paciente, amparo para que o momento da morte aconteça com dignidade, são contribuições do voluntariado em ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Finitude. Espiritualidade. Voluntariado.

1 Introdução

"Estava doente e cuidaram de mim."

Mateus 25.36 [306]

[306] BÍBLIA de Estudo NTLH: Nova Tradução na Linguagem de Hoje. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2012. p. 1151.

A integridade física do ser humano está sujeita a mudanças durante todo o ciclo de vida, desde o recém-nascido até à pessoa anciã debilitada pela idade. Por isso, os cuidados com a saúde se fazem necessários permanentemente, em todas as fases da vida. Neste sentido, a estrutura hospitalar deve ser vista como um recurso que permite o restabelecimento da saúde integral das pessoas, com resultado o mais adequado possível. E saúde integral, necessariamente, precisa considerar o componente espiritual delas, sobremodo quando a saúde física está comprometida. Pacientes terminais requerem, portanto, atendimento integral e especializado.

No trabalho prático de visitação hospitalar é possível constatar que existem pacientes terminais que ficam emocionalmente desamparados, carentes de apoio espiritual, de acompanhamento religioso, da presença de alguém que não as e os deixem se sentir sozinhas e sozinhos. Visto que a espiritualidade é inerente ao ser humano e sendo assim merece cuidados, como agir de modo a suprir essa necessidade específica de acompanhamento? Quais as sinalizações que pessoas hospitalizadas podem dar e que sirvam como orientação para conduzir o encontro? Existe algum impedimento por parte destes pacientes que torne inviável o auxílio espiritual a ser dado pela voluntária ou voluntário? Quando silenciar? Todos estes questionamentos motivaram a realização deste estudo e conduziram ao seguinte problema de pesquisa: o voluntariado pode contribuir no conforto espiritual de pacientes terminais?

A bibliografia que trata da atuação no campo do voluntariado e da humanização na saúde serve, neste trabalho, como instrumentos de análise, seja para conhecer a reflexão já realizada sobre o tema, seja para levar adiante essa reflexão, a partir da mescla entre a teoria e a minha prática de visitação, considerando sempre proporcionar vida digna ao ser humano, não obstante a fragilidade dele frente ao término de sua existência. Além da pesquisa bibliográfica e da prática da visitação, o compartilhamento da vivência com outras pessoas que realizam visitas a pessoas enfermas, também é importante meio de se aprender lições que contribuam para aprimorar uma postura adequada junto a esses e essas pacientes. Neste sentido, saber identificar a necessidade espiritual de um paciente terminal é requisito desejável para poder atuar adequadamente neste momento único da vida do ser humano. Esta capacidade de discernimento qualifica a pessoa que se dedica a este nicho do voluntariado.

Desta forma, ao lado do atual desenvolvimento tecnológico do equipamento hospitalar, faz-se necessário que também a humanização no atendimento a paciente terminal esteja de acordo com o princípio de qualidade de vida. Com este objetivo, é imprescindível que se trate das questões

referentes à morte. O tema da morte no mundo ocidental está merecendo pesquisas mais acuradas, especialmente porque "disfarçada, enfraquecida e desumanizada pelos rigores da moderna tecnologia médica, a morte vai mudando sua face ao longo do tempo."[307] Assim, antes de atender o paciente terminal, todos os componentes da equipe multidisciplinar do hospital precisariam se sentir preparados para seu próprio final de vida. Anselm Grün recomenda que "quem deseja acompanhar os moribundos, precisa se tornar um profundo conhecedor do processo da morte e, sobretudo, se confrontar com o tema da própria morte."[308]

Por fim, é notório e bem-vindo o crescimento em número do voluntariado com capacitação para o cuidado espiritual de pacientes internados, inclusive daqueles fora de possibilidades terapêuticas. Um exemplo de atuação do voluntariado hospitalar pode ser dado pela Pastoral do Cuidado da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. Esta Pastoral, onde exerço meu voluntariado, iniciou como um projeto piloto voltado ao aconselhamento pastoral hospitalar em Porto Alegre. A peculiaridade deste projeto é que ele é composto por uma pessoa Capelã com sede extra hospitalar, apoiada por uma equipe de voluntariado. Atua em toda a rede de hospitais da capital gaúcha, polo de atração não só para pacientes da região metropolitana, mas também para pacientes oriundos de outras regiões do estado e do país. São visitadas pessoas internadas nos mais diversos setores dos hospitais. São atendidos pacientes pertencentes aos mais diferentes credos religiosos ou mesmo sem nenhuma religião. Outras Pastorais da IECLB estão se estabelecendo nos moldes da Pastoral do Cuidado, visando atender polos hospitalares no Brasil.

Por isso, o nosso estudo é uma pesquisa bibliográfica[309], de natureza descritiva[310], com análise qualitativa dos dados[311], de acordo com a classificação de Antônio Carlos Gil. Mas, também, é uma pesquisa que nasce da própria experiência como voluntária visitadora, a partir do trabalho desenvolvido na Pastoral do Cuidado, na cidade de Porto Alegre. Nasce da necessidade de compreender melhor a própria prática, da necessidade de

---

307 TEVAH, Tatiana Plautz. O acompanhamento pastoral do paciente oncológico e de sua família. *In*: HOCH, Lothar Carlos; WONDRACEK, Karin H. K. (Orgs.). **Bioética**: avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar do início ao crepúsculo da vida: esperanças e temores. São Leopoldo; Sinodal: EST; FAPERGS, 2006. p. 108.

308 GRÜN, Anselm. **O que vem após a morte?**: a arte de viver e de morrer. Tradução Bianca Wandt. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 8.

309 GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. 8. reimp. São Paulo: Atlas, 2006. p. 59

310 GIL, 2006, p. 42.

311 GIL, 2006, p. 163.

buscar qualificação para o trabalho voluntário, especialmente naqueles temas que mais encontramos dificuldades e naqueles que mais identificamos como necessários. Neste contexto, a presente pesquisa sobre o acompanhamento espiritual a pacientes terminais desencadeou em mim o que Maria Paulina Gomes escreve: "Só com paixão, motivação, vontade, entusiasmo, o mestrando encontrará prazer em sentar-se para as leituras necessárias e estar apto a redigi-la"[312].

2 O final da vida e o voluntariado

"Nas tuas mãos entrego a minha vida."

Salmo 31.5 [313]

Segundo Maria Paulina Gomes, "toda a pesquisa deve ter um suporte teórico para que seja considerada científica, ou seja, deve ter por trás de si teorias que a amparem."[314] Esta pesquisa partirá da leitura do livro de Elisabeth Kübler-Ross, Sobre a morte e o morrer, onde a autora descreve os cinco estágios que poderão afetar os pacientes terminais. São eles: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. A Teoria apresentada pela autora contribui para que o visitador ou visitadora possa atuar com maior compreensão e propriedade na leitura dos sentimentos desses e dessas pacientes.

Segundo Klüber-Ross, é oportuno oferecer um ouvido atento, pois "os pacientes que melhor reagem são aqueles que foram encorajados a extravasar suas raivas, a chorar durante o pesar preparatório, a comunicar seus temores e fantasias a quem puder sentar-se e ouvi-los em silêncio."[315] Uma voluntária ou voluntário precisa estar preparado para lidar com esses sentimentos. Em outros momentos, basta "um toque carinhoso de mão, um afago nos cabelos"[316], gestos que comunicam uma presença que está disposta a acolher

---

312 GOMES, Maria Paulina. **Construindo soluções acadêmicas**: Monografias, Dissertações e Teses do Projeto à Defesa. Rio de Janeiro: Luzes: UNIFA, 2006. p. 99.

313 BÍBLIA de Estudo Almeida: revista e atualizada. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2006. p. 598

314 GOMES, 2006, p. 33.

315 KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e a seus próprios parentes. 9. ed. 3. reimp. Tradução Paulo Menezes. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. p. 123-124.

316 KÜBLER-ROSS. 2012, p. 94.

e ouvir a pessoa enferma. Assim, um requisito indispensável de uma visitadora ou de um visitador, é o de "não só encarar os pacientes com menos ansiedade, mas sentir-se bem diante da perspectiva da própria morte"[317]. Portanto, quando a pessoa lida com naturalidade com a questão de sua própria morte, ela está mais apta para assistir pessoas no término de suas vidas com todos os sentimentos envolvidos na vivência desta fase. Ademais, Kübler-Ross, ao compartilhar com o leitor diversos diálogos mantidos entre ela e pacientes terminais, enriquece a compreensão do tema morte, por ela tratado com leveza, de forma natural e, ao mesmo tempo, com a devida seriedade que o tema solicita, além de exemplificar posturas adequadas no trato com pacientes no limiar da vida.

No livro "Humanização e Cuidados Paliativos", organizado por Leo Pessini e Luciana Bertachini, é destacada a relevância das "necessidades humanas físicas, psíquicas, sociais e espirituais"[318] que devem ser observadas no cuidado com pacientes terminais. Isto reforça a importância de uma equipe multidisciplinar que trabalhe em sintonia. Entre os diversos autores desta obra, Maria Julia Kovács dá ênfase à comunicação com os pacientes e escreve que "aprender a escutar é uma atividade para a qual se necessita o mesmo tempo de treinamento que para os procedimentos técnicos mais sofisticados."[319] Essa autora ressalta o direito à qualidade de vida de pacientes e o cuidado na preservação de sua dignidade.

De Grün, no livro "O que vem após a morte?: a arte de viver e de morrer", uma visitadora ou visitador encontra diversas orientações para a sua atuação junto a doentes terminais. Em uma delas o autor afirma que

> o assistente não está a serviço da morte, e sim, a serviço da vida. Os últimos dias e os últimos instantes antes de morrer são, em si, vida intensificada. Convidar as pessoas a viver, intensamente, as últimas horas que ainda lhes restam faz bem também aos assistentes.[320]

Essa colocação propicia maior serenidade do voluntariado frente à terminalidade de pacientes. Além disso, a morte pode ser vista por diversos ângulos. Eberhard Jüngel reflete com profundidade sobre este tema. Do

---

317 KÜBLER-ROSS. 2012, p. 273.

318 PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 5.

319 KOVÁCS, Maria Julia. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006, p. 284.

320 GRÜN, 2010, p. 105.

ponto de vista da medicina, a morte acontece como uma reação em cadeia, um colapso dos órgãos vitais da pessoa.

> É um círculo vicioso que executa negativamente os principais circuitos regulares entre respiração, cérebro, coração e circulação sanguínea, os quatro *atria mortis*, portas de entrada biológicas da morte, sendo que o cérebro também é designado de "primeira porta de entrada da morte.[321]

Para ele, na fé cristã existe a esperança na ressureição dos mortos. Contudo, "a morte só pode ser compreendida pelo que ela é no horizonte da vida humana"[322]. Neste sentido, Kübler-Ross afirma que "o momento da morte é composto de três estágios"[323]. No primeiro, cessa a energia física. No segundo, existe a energia psíquica e em determinadas circunstâncias ainda é possível voltar para o corpo terreno e no terceiro entra-se na luz e este estágio é irreversível. A autora compara estes estágios ao casulo como sendo o corpo e a borboleta como sendo a alma.

Daniel Hoepfner, em sua dissertação de mestrado voltada para a capelania hospitalar, reforça o princípio da dignidade humana a ser respeitada por parte de todas as pessoas envolvidas no tratamento do paciente. Ressalta "o caráter ecumênico e inter-religioso da pastoral hospitalar [...] que deve, por princípio, respeitar a fé, a crença e os valores da pessoa internada".[324] Sua dissertação valoriza a atuação de uma pessoa clériga junto a pessoas enfermas. Ele salienta "as riquezas que estão por detrás das quatro funções vétero-testamentárias do pastor: o vigiar, o guiar, o providenciar vida e o sentir afetividade."[325] Na dimensão própria do voluntariado, este deve atuar imbuído com a mesma postura e espírito de solidariedade dentro da função que lhe cabe.

Na pesquisa sobre o Centro de Tratamento Intensivo, Hoepfner lembra que não obstante a situação de grande fragilidade das pessoas aí internadas, o "CTI existe em favor e em prol da vida e da sobrevida humana.

---

321 JÜNGEL, Eberhard. **Morte**. 3. ed. rev. Tradução Ilson Kayser. São Leopoldo: Sinodal: EST, 2010. p. 22-23.

322 JÜNGEL, 2010, p. 19.

323 KÜBLER-ROSS. **A morte**: um amanhecer. 8. reimp. Tradução Maria de Lourdes Lanzellotti. São Paulo: Pensamento, 2013. p. 11.

324 HOEPFNER, Daniel. **Fundamentos bíblico-teológicos da Capelania Hospitalar**: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa. São Leopoldo, 2008. 121 p. Dissertação (Mestrado em Teologia) - Faculdades EST, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2008. p. 96. Disponível em: < http://dspace.est.edu.br:8080/xmlui/handle/BR-SlFE/604>. Acesso em: 15 maio 2020.

325 HOEPFNER, 2008, p. 114.

Está a serviço da concreta esperança humana por cura e qualidade de vida."[326] O autor escreve sobre as diversas maneiras como pacientes encaram sua enfermidade a partir da própria concepção, muitas vezes negativa, sobre um Deus que pune. A esta concepção distorcida o autor contrapõe as diversas faces como o "Deus-da-graça, da-paixão e que está conosco"[327] se revela para amparar as pessoas enfermas.

Nesse contexto complexo, da terminalidade e dos sentimentos que se expressam nesta fase da vida, as voluntárias e os voluntários podem assumir uma função essencial de cuidado dessas pessoas. Ora, o voluntariado é formado por pessoas que, sem remuneração pelo seu trabalho, exercem um papel importante junto a profissionais das mais diversas áreas. Para tanto necessitam de uma adequada e permanente capacitação e oportunidades de crescimento. Merecem respeito, motivação, acompanhamento. Na parceria com outros profissionais, ambos se complementam[328] no atendimento a terceiros, gerando um serviço de qualidade e gratificação pessoal.

O termo voluntário vem de "*voluntarius,a,um*"[329] no latim, que significa que age por vontade própria. Assim, a vontade de fazer é uma das características da pessoa voluntária. No entendimento das leis trabalhistas do Brasil, o voluntariado é regido pela Lei Nº 9.608 de 18 de fevereiro de 1998 que dispõe sobre o serviço voluntário e das outras providências.[330] Na respectiva lei, o voluntariado, realizado através do trabalho voluntário, de natureza espontânea, é o conjunto de ações de interesse social e comunitário em que toda a atividade desempenhada reverte-se a favor da sociedade, especialmente nas áreas da escolaridade, cívica, científica, recreativa, assistência, cultural etc. É feito sem recebimento de qualquer remuneração ou lucro.[331]

---

326 HOEPFNER, Daniel Annuseck. **Cuidado pastoral num centro de tratamento intensivo adulto**: referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais. São Leopoldo, 2012. 169 p. Tese (Doutorado em Teologia) - Faculdades EST, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2012. p. 37. Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/xmlui/handle/BR-SlFE/338>. Acesso em: 29 maio 2020.

327 HOEPFNER, 2012, p. 72.

328 NORDSTOKKE, Kjell; FEDERAÇÃO LUTERNA MUNDIAL. **Diaconia em Contexto**: transformação, reconciliação, empoderamento: uma contribuição da FLM para o entendimento e a prática da diaconia. Tradução Johannes F. Hasenack. Genebra: Federação Luterana Mundial; Porto Alegre: Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, 2009. p. 67-69.

329 HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Sales; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva: Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia, 2009. p. 1958.

330 BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, Lei Nº 9.068, de 18 de fevereiro de 1998. **Lex**: o serviço voluntário. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: **<**http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9608.htm**>. Acesso em: 18 maio 2020.**

331 GUIA TRABALHISTA. **Trabalho Voluntário**. [S.l.] [s.d.]. Disponível em: <http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/trab_voluntario.htm>. Acesso em: 14 jul. 2020.

No livro "O quinto poder: consciência social de uma nação", diversos autores escrevem sobre o voluntariado com foco no social. Para Lilian Dreyer, o Quinto Poder é a sociedade civil organizada que se coloca ao lado dos "outros quatro poderes tradicionais: Executivo, Legislativo, Judiciário e Imprensa."[332] Sob outro prisma, o voluntariado faz parte do Terceiro Setor, isto é, das organizações sociais, considerando o Estado como Primeiro Setor e as empresas o Segundo Setor. Segundo Jorge Gerdau Johannpeter "é absolutamente necessária uma interação entre os diferentes setores da sociedade".[333] No Terceiro Setor estão "as organizações não-governamentais (ONGs), as associações, fundações, clubes associativos, entidades de ensino, hospitais e por aí a fora"[334] conforme menciona Maria Elena Pereira Johannpeter.

O voluntariado se manifesta através de diversas modalidades, entre elas a ação caritativa, o assistencialismo, a militância política, a ação cívica. Independente das frentes nas quais atua, o voluntariado qualificado se caracteriza por envolver pessoas comprometidas, responsáveis, que se disponibilizam a participar de ações voltadas ao exercício da cidadania. A visitação a pacientes internados em hospital é uma das modalidades de voluntariado. O ambiente hospitalar requer muitos cuidados. Para que a atuação das pessoas voluntárias traga benefícios às pessoas visitadas, torna-se imprescindível a sua formação em cursos específicos. Múltiplas deverão ser as orientações ministradas, entre elas a observância das normas da instituição hospitalar, o respeito com a e o paciente, o desenvolvimento da capacidade de ouvir as pessoas que são visitadas, a sabedoria da palavra certa no momento certo, os cuidados com a apresentação pessoal, o cuidar de si mesma para cuidar de outrem.

Portanto, o acompanhamento espiritual de uma pessoa que passa a viver a fase terminal da vida requer voluntárias e voluntários capacitadas e capacitados que tenham trabalhado o tema da morte, da sua própria morte, que tenham a capacidade de leitura sensível do momento da visita, que saibam escutar e serem presença de conforto para esse tempo complexo da vida humana. O voluntariado dentro dos ambientes hospitalares, como serviço do

---

332 DREYER, Lilian; JOHANNPETER, Maria Elena Pereira. **O quinto poder**: consciência social de uma nação. Porto Alegre: L&PM, 2008. p. 9.

333 JOHANNPETER, Jorge Gerdau. Em Busca de Equações Inteligentes. *In*: DREYER, Lilian; JOHANNPETER, Maria Elena Pereira. **O quinto poder**: consciência social de uma nação. Porto Alegre: L&PM, 2008. p. 148.

334 JOHANNPETER, Maria Elena Pereira. O Voluntariado como Processo Criativo de Formação de Pessoas. *In*: DREYER, Lilian; JOHANNPETER, Maria Elena Pereira. **O quinto poder**: consciência social de uma nação. Porto Alegre: L&PM, 2008. p. 308.

terceiro setor, como organização civil que quer levar a solidariedade às pessoas e o acompanhamento espiritual delas, ocupa um espaço importante na promoção da dignidade e da saúde integral.

3 Voluntariado em contexto hospitalar

"Levai as cargas uns dos outros, e assim cumprireis a lei de Cristo."

Gálatas 6.2 335

O voluntariado que se dedica ao aspecto espiritual de pacientes hospitalizados é feito por pessoas que colocam espontaneamente seu tempo à disposição de pessoas fragilizadas. Entre as voluntárias e os voluntários encontramos aquelas e aqueles que se dispõem a "estar presente ao lado de pessoas em sua fase terminal. Esta atitude é uma tarefa de cada cristão. Faz parte do diaconato de todos os crentes."[336] É o sentimento de solidariedade que move estas pessoas com a certeza "de que seu empenho produz algo de valor."[337] A gratificação pessoal decorrente desta ação reforça nas voluntárias e nos voluntários o entusiasmo por esta atividade. No entanto, quando a necessidade de encontrar um sentido para a própria vida for a mola propulsora, o foco não serão os pacientes internados e sim uma oportunidade de terapia pessoal da voluntária ou do voluntário, o que não é apropriado, em especial no ambiente hospitalar. Cabe salientar que "o voluntariado busca, além de competência humana e espírito de solidariedade, eficiência dos serviços, qualificação técnica dos voluntários e das instituições."[338]

A formação de quem exerce a atividade de acompanhamento espiritual hospitalar, inclusive em forma de voluntariado, deve ser acurada e contínua. Maria Luiza Rückert reforça esta ideia quando escreve que "os voluntários do serviço de capelania hospitalar que visitam os pacientes precisam ser cuidadosamente preparados para essa missão."[339] Por ser um ambiente que

---

335 BÍBLIA de Estudo Almeida, 2006. p. 278.

336 HERTEL, Hildegard. A morte – como conviver com ela?. *In* GAEDE NETO, Rodolfo; PLETSCH, Rosane; WEGNER, Uve (Orgs.). **Práticas diaconais**: subsídios bíblicos. São Leopoldo: Sinodal: CEBI, 2004. p. 142.

337 BRUNETTO, Algemir. Engajamento Voluntário com Projeto e Resultado. *In*: DREYER, Lilian; JOHANNPETER, Maria Elena Pereira. **O quinto poder**: consciência social de uma nação. Porto Alegre: L&PM, 2008. p. 220.

338 SOUZA, Vilma de. **Juventude, solidariedade e voluntariado**. Salvador: Fundação Odebrecht; Brasília: Ministério de Trabalho e Emprego, 2003. p. 29.

339 RÜCKERT, Maria Luiza. **Capelania hospitalar e ética do cuidado**. Viçosa: Ultimato, 2016. p. 106.

requer capacitação e sensibilidade máxima de toda a equipe multiprofissional, as pessoas voluntárias precisam estar neste mesmo patamar de competência e responsabilidade no atendimento às pessoas enfermas. A formação inclui aspectos básicos como os conceitos sobre saúde e doença, princípios de humanização nas estruturas de saúde, psicologia do doente, saber trabalhar o tema da morte, especialmente, a sua própria morte. O cuidar de quem cuida representa um dos pilares desta atividade. As pessoas voluntárias precisam se conhecer, fortalecer seu equilíbrio emocional e psicológico, lidar com a sua própria fragilidade, pois só então terão condições para auxiliar a quem se encontra em um leito de hospital. A este propósito Vicente Augusto de Carvalho menciona:

> É necessário que se cuide que seja desenvolvido autoconhecimento da forma mais profunda possível, o que pode facilitar muito que haja melhor habilidade no relacionamento do profissional (voluntário) com o paciente que estará a seu cuidado.[340]

Orientações precisas quanto a postura ética, a forma de agir sempre levando em conta as necessidades das e dos pacientes, o respeito a elas e a eles, a sua dignidade, complementam o preparo desse voluntariado. Como escreve Algemir Brunetto, "quanto mais preparado ele for, melhor ele executa qualquer tarefa."341

A ciência médica reconhece que "uma patologia desequilibra não apenas o substrato físico do ser humano, porém sua vida social, emocional e espiritual igualmente."[342] Assim, as equipes médicas progressivamente agregam capelães no atendimento espiritual de suas e seus pacientes. O voluntariado que auxilia estes capelães vem crescendo em número e se constitui em equipes qualificadas nesta área. Dos hospitais que almejam certificação internacional é exigido que a assistência espiritual conste inclusive no prontuário do paciente. Diversas confessionalidades religiosas disponibilizam equipes de voluntariado em instituições hospitalares, voltadas para o acompanhamento espiritual de pacientes.

As visitadoras e os visitadores com atuação em Capelania Hospitalar podem vir a ter contato com pacientes em cuidados paliativos, e também com pacientes em estado terminal internados em Centro de Tratamento Intensivo. O princípio norteador da sua atuação deverá ser o respeito à dignidade e

---

340 CARVALHO, Vicente Augusto de. Cuidados com o cuidador. *In*: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 318.

341 BRUNETTO, 2008, p. 225.

342 HOEPFNER, 2008, p. 97.

integralidade humana. Estas pessoas devem ter presente que existe "a necessidade de uma assistência global junto ao paciente, ou seja, um *cuidar* que assimila a pessoa internada como um ser bio-psico-sócio-espiritual."[343] Muitas são as modalidades do cuidar, tantas quantas sejam as pessoas enfermas atendidas pelas visitadoras e visitadores, quantas as diversas fases pelas quais cada uma destas pessoas internadas enfrenta. Kübler-Ross, ao relatar suas vivências, observou que existe também um sentimento comum e no seu testemunho afirma que

> [...] chegou uma hora em que todos os nossos pacientes sentiram necessidade de transmitir seus anseios, de tirar a máscara, de enfrentar a realidade [...] Queriam dividir com uma pessoa compreensiva alguns de seus sentimentos, sobretudo os de raiva, revolta, inveja, culpa e isolamento.[344]

Esta necessidade de se expressar por parte dos pacientes requer que do outro lado esteja alguém que os queira ouvir. Justamente a

> [...] tarefa primordial da pastoral hospitalar é ouvir. Jamais, todavia, um ouvir passivo, mas um auscultar ativo e sensível ao mesmo tempo. Isto é, inquirir, compreender, procurar conhecer e, em alguns casos, sondar a pessoa internada não apenas através do verbalizado, porém também considerar a forma e a tonalidade de sua expressão também corpórea. Em outros termos, reitera-se um ouvir sensitivo.[345]

Neste contexto e na devida proporção, as visitadoras e os visitadores atuam como terapeuta para quem a maior qualidade "é o seu amadurecimento na busca de um espaço interno para acolher essas comunicações, traduzidas na sua disponibilidade para ouvir."346

Esta atitude de ouvir constitui um dos aspectos da assistência humanizada, que junto ao carinho expresso com um sorriso diminui o sentimento de isolamento de pacientes, "a pessoa precisa ouvir de alguém que ela não está sozinha."[347] A estrutura hospitalar que viabiliza a atuação de uma

---

343 HOEPFNER, 2012, p. 106.

344 KÜBLER-ROSS, 2012, p. 267.

345 HOEPFNER, 2012, p. 102..

346 RESENDE, Vera Lúcia. Os últimos momentos: abordagem psicológica para pacientes terminais. *In* _____. (Org) **Reflexões sobre a vida e a morte**: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas: Unicamp, 2000. p. 77.

347 HERTEL, 2004, p. 140.

capelania e permite a presença de visitadoras e visitadores, vem ao encontro aos seus pacientes pois

> assim como há "parteiras" que ajudam gestantes, ajudam uma criança a nascer para a vida, faz-se necessário ter pessoas que ajudem outras a deixarem esta vida. Acompanhar pessoas moribundas em sua fase terminal, ser presença viva de amor e acolhimento nesta hora da despedida é um importante trabalho diaconal.[348]

4 Discussão e análise da ação do voluntariado

"Como eu vos fiz, façais vós também."

João 13.15 [349]

Na concepção do cristianismo, da maior parte das tradições cristãs, entende-se que todo ser humano irá morrer pois "é mortal em seu todo, ou seja, a morte inclui o corpo e a alma."[350] A morte representa um tabu para a maioria das pessoas no mundo ocidental. Na medida em que as pessoas refletirem sobre este tema, especialmente sobre a própria morte, elas conseguirão atuar no trabalho voluntário de contexto hospitalar, especificamente no acompanhamento de pacientes terminais e na própria vida com mais consciência. Terão mais oportunidades de se prepararem para que a passagem seja encarada com serenidade, como sendo mais uma etapa da existência, visto que o ser humano não se constitui só de um corpo físico, mas também de espírito. Assim, "no compromisso com a vida, o cuidado com o corpo é tão essencial quanto o cuidado com a espiritualidade."[351]

No mistério que cerca o pós-morte, os cristãos, pela fé, acreditam que Deus os acolherá, que "a vida não termina com a morte, que essa é só uma porta para irmos adiante."[352] Outras tradições espiritualistas, especificamente

---

348 BEULKE, Gisela. Aspectos e desafios do envelhecimento. *In*: GAEDE NETO, Rodolfo; PLETSCH, Rosane; WEGNER, Uve (Orgs.). **Práticas diaconais**: subsídios bíblicos. São Leopoldo: Sinodal: CEBI, 2004. p. 103.

349 BÍBLIA de Estudo Almeida, 2006, p. 160.

350 MANSK, Erli (Org). **Funeral cristão**: fundamentos e liturgias. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: IECLB, 2010. p. 15.

351 BEULKE, Saúde e doença: um desafio constante. *In*: GAEDE NETO, Rodolfo; PLETSCH, Rosane; WEGNER, Uve (Orgs.). **Práticas diaconais**: subsídios bíblicos. São Leopoldo: Sinodal: CEBI, 2004. p. 119.

352 WEISSHEIMER, Vera Cristina. **"Eu vi as tuas lágrimas"**: amparo e consolo no sofrimento. São Leopoldo: Sinodal, 2009. p. 42.

aquelas que creem na evolução espiritual, geralmente de natureza reencarnacionista, estruturadas na concepção dualista de separação entre o material e o não material**,** confiam que seu espírito alcance outras dimensões através da espiritualidade. E aquelas, no entanto, que só creem na vida terrena, também poderão chegar ao seu último instante da vida em modo sereno, sentindo ter cumprido seu tempo a partir do acompanhamento espiritual em contexto hospitalar.

O conforto espiritual das e dos pacientes é prevalentemente confiado às Capelanias Hospitalares.

> Para os que compartilham crenças religiosas, a presença, na equipe de saúde, de um representante do seu credo é, sem dúvida, valiosa, levando-se em conta que a fé constitui uma das fontes de ajuda mais requeridas pelos doentes. Os representantes religiosos trabalham o significado da vida e da morte e orientam-se pelas necessidades e pelos desejos do paciente.[353]

Além disso, a Lei Federal Nº 9.982 de 14 de julho de 2000, dispõe sobre a prestação de assistência nas entidades hospitalares públicas e privadas[354], isto é, garante às pessoas enfermas que elas sejam assistidas espiritualmente por alguém do próprio credo. As pessoas integrantes de uma equipe de voluntariado que visitam pacientes em hospitais e se dedicam a levar conforto espiritual às e aos mesmos, independentemente de raça, crença, cultura, dão a sua contribuição para que neste ambiente do cuidado com o corpo, também a psique e o espírito sejam acompanhados. Pacientes terminais e aqueles e aquelas que se encontram em cuidados paliativos requerem atenção especial de quem quer que esteja junto às e aos mesmos. Estas e estes pacientes agem e sentem este estágio da vida em forma muito pessoal.

Na visita hospitalar, "o que realmente importa é o paciente, tudo aquilo com que ele se ocupa, as coisas que ele traz para o diálogo conosco."[355] Portanto, as visitadoras e os visitadores devem estar preparados para saber ouvir. Um ouvir atento, com uma postura acolhedora, procurando captar

---

353 PY, Lígia; OLIVEIRA, Ana Claudia. Humanizando o adeus à vida. *In*: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 144.

354 BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 9.982, de 14 de junho de 2000. **Lex**: a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas. Brasília: Presidência da República, 2000. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9982.htm#:~:text=L9982&text=LEI%20No%209.982%2C%20DE%2014%20DE%20JULHO%20DE%202000.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20presta%C3%A7%C3%A3o%20de,estabelecimentos%20prisionais%20civis%20e%20militares>. **Acesso em: 22 maio 2020.**

355 RÜCKERT, 2016, p. 32.

através do "silêncio, a escuta, a leitura da linguagem do corpo e o respeito,"[356] a mensagem destes pacientes. Assim, suas palavras, sua expressão corporal, seu olhar são elementos importantes a serem observados para que as pessoas voluntárias possam dar o adequado acompanhamento espiritual. Escutar em silêncio, ressalta Weissheimer, vem a ser "benfazejo quando carregado de carinho, solidariedade e compaixão".[357] Ao ouvir, não cabe às visitadoras e aos visitadores julgar, repreender, tentar modificar o modo de ser das e dos pacientes. É importante também que elas e eles saibam "guardar sigilo daquilo que a outra pessoa lhe confia."[358] Elas e eles devem aceitar as e os pacientes como são e respeitar este seu período de vida no limiar da morte.

As visitadoras e os visitadores devem ter muito cuidado ao ouvir das e dos pacientes uma ou diversas formas de medo frente à morte que eventualmente os aflijam e que estejam atormentando o seu estado de espírito. Jean-Yves Leloup reconhece "o medo do desconhecido, a morte em si; o medo físico e visceral, a decomposição; o medo intelectual, a perda da razão; o medo afetivo, a separação de quem se ama".[359] De fato, o medo é um dos sentimentos mais recorrentes em pessoas hospitalizadas, em especial nas e nos pacientes terminais, como cita Kovács sobre os diversos "medos: da alienação e aniquilação; de ser esquecido; de nada poder ser feito; do desinvestimento; de ter vivido uma vida sem sentido."[360] Também nesta situação é necessária a sensibilidade das voluntárias e dos voluntários e o respeito a este ser humano na sua finitude. Nesta circunstância, assumindo muito cuidado na aproximação com as pessoas fragilizadas, as visitadoras e os visitadores poderão

> descobrir se ainda lhe restava alguma questão mal resolvida, algum medo não expressado ou algum outro aspecto de sua vida de que ela não conseguia se desligar. Este desprendimento é que é tão importante para muitos pacientes antes de aceitarem que estão morrendo.[361]

---

356 FIDELIS, Susana Lucca. Experiência no lidar com a morte do outro. *In*: HOCH, Lothar Carlos; WONDRACEK, Karin H. K. (Orgs.). **Bioética**: avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar do início ao crepúsculo da vida: esperanças e temores. São Leopoldo: Sinodal: EST: FAPERGS. 2006. p. 116.

357 WEISSHEIMER, 2009, p. 21.

358 BEULKE, 2004, p. 124.

359 LELOUP, Jean-Yves. **Além da luz e da sombra**: sobre o viver, o morrer e o ser. Organização Lise Mary de Lima; Tradução Pierre Weil; Regina Fittipaldi. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 14.

360 KOVÁCS, 2006, p. 279.

361 KÜBLER-ROSS. **Viver até dizer adeus**. Tradução Henrique Amat Rêgo Monteiro. Fotografias Mal Warshaw. São Paulo: Pensamento, 2005. p. 91.

São várias as alternativas para auxiliar as e os pacientes quando se instala o medo no seu estado de ânimo. Entre elas é possível

> ajudar o paciente a entender que ele pode ter medo e isso não é o contrário de ter coragem. É ajudá-lo a entender que essa necessidade de poder manifestar seus medos diante do sofrimento e da morte não significa que ele não tenha coragem de encará-los.[362]

O silêncio que envolve pacientes terminais poderá significar que elas e eles estão se conscientizando sobre a sua partida. Elas e eles precisam deste tempo. A razão para o silêncio poderá estar no fato de que as e os pacientes ainda não aceitem a sua morte e não queiram falar a este respeito. Ou o silêncio da e do paciente "significa apenas que não está preparado ainda para se abrir e partilhar algumas de suas preocupações"[363]. Depois de algumas visitas as e os pacientes poderão expressar seus pensamentos e sentimentos ao verificar a dedicação, o cuidado, o respeito que a visitadora e o visitador com quem mais sentem afinidade demonstra por eles. A confiabilidade é essencial.

Cabe às visitadoras e aos visitadores reconhecerem a importância do silêncio terapêutico e construtivo. Não ficarem sozinhos, terem alguém que lhes faça companhia, segure sua mão, faça um carinho pode ser o suficiente. E se elas e eles nutrem alguma crença no sagrado, a benção, a oração lhes trarão conforto nesta fase da vida. Estes gestos são recomendados especialmente para pacientes que estão em estado lúcido, mas impossibilitadas e impossibilitados de se comunicar sob nenhuma forma. Quando pacientes não estão mais em contato aparente com o mundo que as e os circunda, por exemplo em coma induzido, palavras que tranquilizem, gestos de carinho, orações e benção serão o conforto que propiciará a passagem delas e deles com serenidade e será consolo para os familiares. O acompanhamento de visitadoras e visitadores será auxílio na terminalidade da vida e uma ação de caráter humanitário.

Pacientes sentindo a proximidade do final de suas vidas poderão ter despertada a necessidade de perdoar. Em conversação com as e os pacientes terminais, eventualmente consegue-se identificar esta necessidade. O perdão proporciona serenidade, paz de espírito. Perdoar a si mesmo é muito difícil, mas permite que se reconcilie com o passado, que se livre do peso da culpa. As e os pacientes podem fazer claramente uma confissão, mas ela pode

---

362 FELTZ, Deolindo. **Câncer e espiritualidade**: sofrimento e ajuda. São Leopoldo: Sinodal, 2018. p. 101.
363 KÜBLER-ROSS, 2012, p. 263.

transparecer de maneira implícita em meio ao diálogo, isto é, elas e eles confessam alguma falta que cometeram e se arrependem. As visitadoras e os visitadores poderão fazer uma oração com elas e eles, verbalizando todas as faltas mencionadas e entregar a Deus o pedido de perdão. A absolvição em si dos pecados, porém, "é uma tarefa da igreja e de seus líderes, ministros e ministras"[364], neste caso, pessoas ordenadas pela Igreja.

Perdoar proporciona uma grande serenidade para quem o concede. Ouvir de alguém que se é perdoado também é confortante. Em uma conversa franca com pacientes terminais e "por meio de uma escuta sensível e desprovida de pré-conceitos e julgamentos, suas demandas relacionadas ao perdão"[365] eventualmente poderão ser identificadas. As visitadoras e os visitadores deverão colaborar para que seja criada a oportunidade de reconciliação de pacientes com outra pessoa. No rito cristão, uma ministra ou um ministro poderão ser chamados para "selar o ato litúrgico do perdão, [pois] nada melhor que a celebração da Santa Ceia, onde pão e vinho se tornam presença real de Cristo, em corpo e sangue, alimentando a pessoa em sua fé."[366] O perdão em si tem efeito terapêutico e será um elemento que trará alívio para a alma de pacientes terminais neste momento único de sua vida.

Dos vários aspectos que tem importância para o ser humano está a sua família. Quando uma pessoa se encontra internada em uma estrutura hospitalar, geralmente o contato com a sua família se traduz em suporte emocional. Por esta razão, "se não levarmos devidamente em conta a família do paciente em fase terminal, não poderemos ajudá-lo com eficácia."[367] Portanto, nos momentos finais do paciente, sendo viável,

> é bom se a família inteira se reúne em torno do leito de morte do moribundo e reza, com ele, por ele, no lugar dele, e entoa determinados cânticos que ele sempre tenha gostado de cantar. ... Estas orações e cânticos atingem camadas profundas do interior do moribundo e lhes dão o sentido de estar sendo carregado no colo amorosamente.[368]

---

364 FELTZ, 2018, p. 105.

365 HERBES, Nilton Eliseu; RODRIGUES, Rafael Souza. Perdão no horizonte da vida: acompanhamento espiritual hospitalar a pacientes diante da morte. *In*: WONDRACEK, Karin H. K. *et al.* (Orgs.). **Perdão**: onde saúde e espiritualidade se encontram. São Leopoldo: Sinodal: EST, 2016. p. 171.

366 HERBES; RODRIGUES, 2016, p. 170.

367 KÜBLER-ROSS, 2012, p. 163.

368 GRÜN, 2010, p. 107.

5 Considerações finais

"Entrega o teu caminho ao Senhor, confia nele, e o mais ele fará."

Salmo 37.5 [369]

Este trabalho buscou verificar a validade do acompanhamento espiritual de pacientes terminais por parte do voluntariado. Foram delineados procedimentos para a atuação junto a essas e esses pacientes. Saber identificar a necessidade espiritual delas e deles representa um desafio para quem se dedica a essas pessoas. A formação qualificada do voluntariado, a bibliografia disponível, o compartilhamento da vivência entre colegas de voluntariado e profissionais na área da saúde, são ferramentas que auxiliam para esta tarefa. A capacitação deste nicho de voluntariado promove a consciência da necessidade de diversos saberes: respeitar o direito à vida plena, identificar as sinalizações que pessoas hospitalizadas podem dar para que se possa conduzir a visita adequadamente, usar o silêncio como forma de acompanhamento, averiguar eventual impedimento por parte do paciente que torne inviável o auxílio espiritual. Uma parcela deste voluntariado encontra-se no âmbito da Igreja e atua junto a capelanias hospitalares, mas atua também como visitadora e visitador em estruturas hospitalares onde não estão constituídas as capelanias.

A e o paciente terminal encontram nesta fase de sua vida uma situação desconhecida, com a qual devem lidar. No trato com pessoa fragilizada no corpo e eventualmente também na alma, a visitadora voluntária e o visitador voluntário terão a oportunidade de externar a sua solidariedade e amor ao próximo com a devida sensibilidade e competência. A e o paciente em fim de vida proporcionam esta oportunidade. O enriquecimento espiritual mútuo vivido entre a pessoa voluntária e a pessoa assistida fortalece a ambas, transmite conforto, gera confiabilidade.

Pelo respeito à dignidade humana, a qualidade de vida é um direito também da e do paciente em fase terminal. Uma equipe multidisciplinar em sintonia com estes princípios tem condições de colaborar para o conforto necessário desta pessoa. A visitadora e o visitador atuando no acompanhamento espiritual hospitalar contribui para esta expressiva ação humanitária. Portanto, é desejável que a e o paciente em terminalidade de vida

369 BÍBLIA de Estudo Almeida, 2006, p. 602.

receba "uma assistência que faça da "inteligência" e do "coração" a matéria-prima e que encontre na "tecnologia" e na "ciência" um alinhado que não degrade, mas consolide o ser humano."370

A gratidão a Deus por ter-nos amado primeiro, o exemplo de Cristo como servo, os relatos da Bíblia sobre cuidados com as outras pessoas, são incentivo para a atuação do voluntário em exercer a solidariedade e o respeito à alteridade de pessoas necessitadas de cuidados físicos, espirituais, emocionais. Assim se promove o bem-estar das pessoas, a dignidade, a qualidade de vida das mesmas. Este voluntariado voltado para o bem-estar do ser humano se identifica com a diaconia, entendida como a fé em Cristo colocada em ação. Esta atuação também pode ser vista pelo ângulo do sacerdócio geral de todas as pessoas que creem.

Referências

BEULKE, Gisela. Aspectos e desafios do envelhecimento. *In*: GAEDE NETO, Rodolfo; PLETSCH, Rosane; WEGNER, Uve (Orgs.). **Práticas diaconais**: subsídios bíblicos. São Leopoldo: Sinodal; CEBI, 2004. p. 89-109.

_____. Saúde e doença: um desafio constante. *In*: GAEDE NETO, Rodolfo; PLETSCH, Rosane; WEGNER, Uve (Orgs.). **Práticas diaconais**: subsídios bíblicos. São Leopoldo: Sinodal; CEBI, 2004. p. 110-132.

BÍBLIA de Estudo Almeida: revista e atualizada. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2006.

BÍBLIA de Estudo NTLH: Nova Tradução na Linguagem de Hoje. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil, 2012.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos Lei Nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. Lex: o serviço voluntário. Brasília: Presidência da República, 1998. **Disponível em: <**http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9608.htm**>.** Acesso em: 18 maio 2020.

_____. Lei Nº 9.982, de 14 de julho de 2000. Lex: a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas. Brasília: **Presidência da República, 2000. Disponível em: <** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9982.htm#:~:text=L9982&text=LEI%20No%209.982%2C%20DE%2014%20DE%20JULHO%20DE%202000.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20presta%C3%A7%C3%A3

370 HOEPFNER, 2008, p. 81.

o%20de,estabelecimentos%20prisionais%20civis%20e%20militares>. Acesso em: 22 maio 2020.
BRUNETTO, Algemir. Engajamento Voluntário com Projeto e Resultado. *In*: DREYER, Lilian; JOHANNPETER, Maria Elena Pereira. **O quinto poder**: consciência social de uma nação. Porto Alegre: L&PM, 2008. p. 217-233.
CARVALHO, Vicente Augusto de. Cuidados com o cuidador. *In*: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 305-319.
DREYER, Lilian; JOHANNPETER, Maria Elena Pereira. **O quinto poder**: consciência social de uma nação. Porto Alegre: L&PM, 2008. p. 7-10.
FELTZ, Deolindo. **Câncer e espiritualidade**: sofrimento e ajuda. São Leopoldo: Sinodal, 2018.
FIDELIS, Susana Lucca. Experiências no lidar com a morte do outro. *In*: HOCH, Lothar Carlos; WONDRACEK, Karin H. K. (Orgs.). **Bioética**: avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar do início ao crepúsculo da vida: esperanças e temores. São Leopoldo: Sinodal: EST: FAPERGS, 2006. p. 116-118.
GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. 8. reimp. São Paulo: Atlas, 2006.
GOMES, Maria Paulina. **Construindo soluções acadêmicas**: Monografias, Dissertações e Teses do Projeto à Defesa. Rio de Janeiro: Luzes: UNIFA, 2006.
GRÜN, Anselm. **O que vem após a morte?**: a arte de viver e de morrer. Tradução Bianca Wandt. Petrópolis: Vozes, 2010.
GUIA TRABALHISTA. **Trabalho Voluntário**. [S. I.] [s. d.]. Disponível em: <http://www.guiatrabalhista.com.br/guia/trab_voluntario.htm>. Acesso em: 14 jul. 2020.
HERBES, Nilton Eliseu; RODRIGUES, Rafael Souza. Perdão no horizonte da vida: acompanhamento espiritual hospitalar a pacientes diante da morte. *In*: WONDRACEK, Karin H. K. et al. (Orgs.). **Perdão**: onde saúde e espiritualidade se encontram. São Leopoldo: Sinodal: EST, 2016. p. 159-172.
HERTEL, Hildegart. A morte – como conviver com ela?. *In*: GAEDE NETO, Rodolfo; PLETSCH, Rosane; WEGNER, Uve (Orgs.). **Práticas diaconais**: subsídios bíblicos. São Leopoldo: Sinodal: CEBI, 2004. p. 133-147.
HOEPFNER, Daniel Annuseck. **Cuidado pastoral num centro de tratamento intensivo adulto**: referenciais bíblico-teológicos e competências pastorais. São Leopoldo, 2012. 169 p. Tese (Doutorado em Teologia) – Faculdades EST, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2012.

Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/xmlui/handle/BR-SlFE/338>. Acesso em: 29 maio 2020.
HOEPFNER, Daniel. **Fundamentos bíblico-teológicos da Capelania Hospitalar**: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa. São Leopoldo, 2008. 121 p. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Faculdades EST, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, 2008. Disponível em: < http://dspace.est.edu.br:8080/xmlui/handle/BR-SlFE/604>. Acesso em: 15 maio 2020.
HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Sales; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva: Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia, 2009.
JOHANNPETER, Jorge Gerdau. Em Busca de Equações Inteligentes. *In*: DREYER, Lilian; JOHANNPETER, Maria Elena Pereira. **O quinto poder**: consciência social de uma nação. Porto Alegre: L&PM, 2008. p. 141-154.
JOHANNPETER, Maria Elena Pereira. O Voluntariado como Processo Criativo de Formação de Pessoas. *In*: DREYER, Lilian; JOHANNPETER, Maria Elena Pereira. **O quinto poder**: consciência social de uma nação. Porto Alegre: L&PM, 2008. p. 299-323.
JÜRGEL, Eberhard. **Morte**. 3. ed. rev. Tradução Ilson Kayser. São Leopoldo: Sinodal: EST, 2010.
KOVÁCS, Maria Julia. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. *In*: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 275-289.
KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Viver até dizer adeus**. Tradução Henrique Amat Rêgo Monteiro; Fotografias Mal Warshaw. São Paulo: Pensamento, 2005.
_____. **Sobre a morte e o morrer:** o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e a seus próprios parentes. 9. ed. 3. reimp. Tradução Paulo Menezes. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.
_____. **A morte:** um amanhecer. 8. reimp. Tradução Maria de Lourdes Lanzellotti. São Paulo: Pensamento, 2013.
LELOUP, Jean-Yves. **Além da luz e da sombra:** sobre o viver, o morrer e o ser. Organização Lise Mary Alves de Lima; tradução Pierre Weil; Regina Fittipaldi. Petrópolis: Vozes, 2001.
MANSK, Erli (Org.). **Funeral cristão**: fundamentos e liturgias. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre: IECLB, 2010.
NORDSTOKKE, Kjell; FEDERAÇÃO LUTERANA MUNDIAL. **Diaconia em Contexto**: transformação, reconciliação, empoderamento: uma contribuição da FLM para a compreensão e a prática da diaconia. Tradução

Johannes F. Hasenack. Genebra: Federação Luterana Mundial; Porto Alegre: Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, 2009. 96 p.
PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 1-8.
PY, Lígia; OLIVEIRA, Ana Claudia. Humanizando o adeus à vida. *In*: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006. p. 135-147.
RESENDE, Vera Lúcia. Os últimos momentos: abordagem psicológica para pacientes terminais. *In*: _____. (Org.). **Reflexões sobre a vida e a morte**: abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas: Unicamp, 2000. p. 69-81.
RÜCKERT, Maria Luiza. **Capelania hospitalar e ética do cuidado**. Viçosa: Ultimato, 2016.
SOUSA, Vilma de. **Juventude, solidariedade e voluntariado**. Salvador: Fundação Odebrecht; Brasília: Ministério de Trabalho e Emprego, 2003.
TEVAH, Tatiana Plautz. O acompanhamento pastoral do paciente oncológico e de sua família. *In*: HOCH, Lothar Carlos; WONDRACEK, Karin H. K. (Orgs.). **Bioética**: avanços e dilemas numa ótica interdisciplinar do início ao crepúsculo da vida: esperanças e temores. São Leopoldo: Sinodal: EST: FAPERGS, 2006. p. 106-115.
WEISSHEIMER, Vera Cristina. **"Eu vi as tuas lágrimas"**: amparo e consolo no sofrimento. São Leopoldo: Sinodal, 2009.

O cuidado de si: resiliência e espiritualidade em profissionais de saúde de cuidados paliativos

Nair Frey
Thomas Heimann

Resumo: Este artigo apresenta um estudo sobre a importância do cuidado de si no âmbito dos profissionais de saúde que atuam em equipes de cuidados paliativos, focalizando de maneira especial o desenvolvimento de sua resiliência e espiritualidade. O assunto possui uma dupla relevância, tanto pessoal quanto técnico-profissional, visto que influencia significativamente as relações humanas e a própria qualidade técnica do trabalho no ambiente hospitalar. O objetivo da pesquisa é verificar a importância do 'cuidado de si' e os aspectos que envolvem resiliência e espiritualidade, como elementos do bem-estar pessoal e profissional. A metodologia do trabalho utilizada foi de revisão bibliográfica de literatura, descritiva, de natureza exploratória e abordagem qualitativa. O estudo revela a necessária humanização das profissões de saúde, especialmente daquelas que lidam cotidianamente com o sofrimento crônico e a terminalidade da vida. O fortalecimento da espiritualidade e da resiliência se mostram como fatores de promoção de bem-estar e de prevenção ao desgaste pessoal e profissional dos cuidadores.

Palavras-chave: Profissionais de saúde. Cuidados Paliativos. Cuidado de si. Resiliência e Espiritualidade.

Introdução

> "É preciso alimentar a vida espiritual, especialmente quando se deve dar muito aos outros."
>
> *Ediht Stein, 1942*

Para abordar a temática do cuidar, do cuidado de si, da resiliência e espiritualidade, convém refletir sobre a importância da especificidade da atuação dos profissionais de saúde, em um hospital. As organizações

hospitalares necessitam refletir sobre os processos de cuidado, cujos resultados dependem do zelo por si mesmo e pelos outros.

O objetivo da pesquisa é verificar a importância do 'cuidado de si' e os aspectos que envolvem resiliência e espiritualidade, como elementos promotores do bem-estar pessoal e profissional, que impactam diretamente sobre uma melhor qualidade de vida e de cuidado aos próprios pacientes[371].

A metodologia utilizada para a construção deste artigo está baseada em Antonio Carlos Gil[372], sendo uma revisão bibliográfica de literatura, descritiva, de natureza exploratória, de abordagem qualitativa.

A pesquisa procura demonstrar que o processo de cuidar contribui decisivamente para a reestruturação das práticas profissionais em saúde, tendo em vista o cuidado, a resiliência, a ternura, a sensibilidade, a espiritualidade, a alegria, a solidariedade, a compaixão e o bem-estar, baseados em autores como Berndt (2018), Boff e Crestani (2014), Campos (2012), Kast (2016), Lago e Codo (2010), Martini e Martins (2012) e Oliveira (2012).

O artigo se estrutura em três partes: a primeira descreve a realidade de hospital e o profissional de saúde que integra a equipe dos Cuidados Paliativos. A segunda discute os conceitos de 'cuidado de si', resiliência, espiritualidade e bem-estar. A terceira busca refletir sobre o cuidado com o cuidador, abordando algumas contribuições como suporte e apoio a esses profissionais, que precisam ser desenvolvidas tanto pelas organizações quanto pelos próprios profissionais de saúde.

O Hospital como lugar de sofrimento e cuidado

Numa leitura histórica, a função essencial do hospital no século XVIII não era a de que o doente era preciso curar, mas o pobre que estava morrendo. Dizia-se correntemente, naquela época, que o "hospital era um morredouro, um lugar onde morrer"[373]. Aceitar a dor decorrente e administrar situações tais, nos remetem à necessidade de se investir na resiliência como uma característica organizacional a ser desenvolvida nos hospitais em função de que "A dor e o sofrimento [...] fazem parte do cotidiano de um hospital, atingindo não só os pacientes internados, mas todos que nele transitam

371 MULLER, Marisa Campio. Introdução. *In*: TEIXEIRA, Evilázio Francisco Borges *et a*l. (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 8.

372 GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas 1994.

373 PITTA**,** Ana. **Hospital:** dor e morte como ofício. São Paulo: Editora Hucitec,1991. p. 102

diariamente, profissional ou voluntariamente"[374]. Pode-se assim afirmar, que a resiliência permite a uma pessoa ou grupo, minimizar, prevenir-se ou superar desafios diários, especialmente num ambiente hospitalar.

Martini e Martins afirmam que "saúde é a capacidade de, na doença, vencer as mortes. A ânsia de saúde não é só o desejo de sobrevivência na doença, mas a procura ativa da percepção da vida, ainda que nas experiências de morte"[375]. Para os autores, "a dor, a doença e a morte podem assim ser entendidas como oportunidades para a instalação da solidariedade fraterna universal"[376]. Essa solidariedade fraterna traduz-se no modo de operar as relações entre os profissionais e os pacientes. No que se refere à resiliência e à espiritualidade, a conclusão é a de que ambas supõem a sensibilidade na troca de saberes.

Martini e Martins afirmam que a espiritualidade se encontra no ato de cuidar, mesmo sabendo que assumir o paradigma do cuidado no âmbito da saúde traz enormes desafios, pois supõe uma reorganização do que pensamos sobre o modo de ser pessoa e uma reorientação do modo de agir[377].

Neste sentido Ruckert afirma que "a sensibilidade é um bem precioso que deve ser preservada e desenvolvida pelo resto da vida. Observar, perceber, escutar, ser uma presença terapêutica, tudo isso faz parte do dia a dia de quem se dispõe a construir um hospital mais humanizado"[378]. Para Heimann, "o hospital também se torna um lugar onde brotam e permeiam sentimentos muito 'positivos', como fé - compaixão - esperança - paz - amor - vida - alegria - satisfação - alívio - perdão - acolhimento - solidariedade – cuidado".[379]

A humanização nos ambientes hospitalares, portanto, se estabelece com a construção de valores e atitudes de sensibilidade. Para Pessini,

> Ser enfermeiro é abraçar uma profissão-vocação que, com competência e ternura, ilumina as trevas da dor e do sofrimento humano. É ser solidário com o outro e empaticamente se envolver na

---

374 HEIMANN**,** Thomas. Fortalecendo Imunidades: resiliência em hospitais. *In*: HOCH, Lothar Carlos *et al* (Orgs). **Sofrimento, resiliência e fé:** implicações para as relações de cuidado**.** São Leopoldo: Sinodal: EST, 2007. p. 122.

375 MARTINI, Antonio; MARTINS, Alexandre Andrade. (Orgs) **Teologia e saúde**: compaixão e fé em meio à vulnerabilidade humana. São Paulo: Paulinas, 2012. p. 134.

376 MARTINI; MARTINS, 2012, p. 67.

377 MARTINI**;** MARTINS, 2012, p.140.

378 RUCKERT**,** Maria Luisa. **Capelania Hospitalar e a Ética do Cuidado**. Viçosa, MG: Ultimato,2010. p. 39.

379 HEIMANN, 2007, p. 122

> vulnerabilidade humana, com respeito, sensibilidade e, sobretudo, dignidade.[380]

Num contexto hospitalar pode se aprender o sentido da própria existência e os limites humanos. Assim, para Martini e Martins, "é constituinte do humano a dinâmica integrada de dimensões corpóreas, psíquicas, espirituais, sociais, cósmicas, ultrapassando limites da realidade empírica, abrindo horizontes onde imanência e transcendência se conjugam"[381].

Juliatto reforça isso ao dizer que

> É no ambiente concreto do hospital, ao lado do leito de dor, que se aprende a servir aos doentes como o sentido mais profundo da solidariedade humana. Ali se descobre a totalidade da vida, a transcendência, o aspecto divino de nossa precária condição biológica. [382]

Tratando-se da totalidade da vida, em um hospital, faz-se necessário resgatar a paixão por tudo que é humano. Da mesma forma é grandioso maravilhar-se com os milagres da vida e solidarizar-se com a fragilidade das pessoas, dando uma resposta de cuidado e ternura. Oliveira afirma que "A ternura no cuidado não se traduz por posturas débeis ou açucaradas, mas pela motivação interior que se identifica em ações externas e concretas"[383].

Para Crestani, que escreve sobre as múltiplas dimensões do cuidado, é importante lembrar que

> A ternura vital é um sinônimo de cuidado essencial. A ternura é o afeto que devotamos às pessoas e o cuidado que aplicamos às situações existenciais. É um conhecimento que vai além da razão, pois se mostra como inteligência que intui, vê fundo e estabelece comunhão. A ternura é o cuidado sem obsessão. [384]

Vemos, portanto, a importância da reestruturação das práticas dos cuidados nas organizações hospitalares, no sentido de ver o cuidado como

---

380 PESSINI, Leo; BERTACHINI**,** Luciana. **Cuidar do ser humano:** ciência, ternura e ética**.** São Paulo: Paulinas – Centro universitário São Camilo, 2009. p. 71.

381 MARTINI**;** MARTINS, 2012, p. 72.

382 JULIATTO, Ivo Clemente. **Um jeito de cuidar:** reflexões e propostas para a área da saúde. Curitiba: Editora Universitária Champagnat, 2005. p. 21.

383 OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de. **Pra não perder a alma:** o cuidado aos cuidadores. São Leopoldo, Sinodal: 2012. p. 58.

384 CRESTANI, Alfredo**. As múltiplas dimensões do cuidado:** aprimoramento das relações educativas. Porto Alegre: EDIPURS: Marista, 2014. p. 33.

uma dimensão integral, que vai além de uma intervenção técnica e tecnológica, envolvendo também a sensibilidade, a empatia e a compaixão no cuidar.

2.1 Cuidados Paliativos

"'Cuidados Paliativos' são uma área relativamente nova no campo da saúde. Ela envolve cuidados"[385] multidimensionais nas dimensões física, emocional, familiar, social e espiritual, desenvolvidos e oferecidos por uma equipe multiprofissional. Esses cuidados são entendidos como um amplo suporte à qualidade de vida do paciente e de sua família, para que aceitem o adoecimento como um momento vivenciado com sentido, conforto, valor e significado. A Organização Mundial de Saúde (OMS) traz a seguinte definição:

> Cuidado Paliativo é caracterizado como a assistência integral oferecida para pacientes e familiares quando uma doença grave ameace a continuidade da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é oferecer o tratamento eficaz para os sintomas de desconforto que podem acompanhar o paciente, sejam eles causados pela doença ou pelo tratamento. (OMS 2017)[386]

Feltz afirma que a "palavra "paliativo" vem do verbo *paliar*, do latim tardio *palliare*, que significa atenuar, aliviar"[387], porém "a perspectiva não é de um 'manto' que disfarça, que encobre ou dissimula alguém, mas de um 'manto' que aquece e protege"[388].

Os Cuidados Paliativos contemporâneos surgiram como prática de um cuidado integral, com a pioneira Cycely Saunders[389], que desenvolveu o método especializado de cuidado integral a pacientes terminais e fundou um hospital com essa nova filosofia. Ela identificou quatro elementos que compõem o novo conceito de "dor total": dor física, dor emocional-psíquica,

---

385 CASA DO CUIDAR**. Cuidados Paliativos**. [S. l.] [s. d.]. Disponível em: <<https://www.casadocuidar.org.br/cuidados-paliativos/>>. Acesso em: 16. Out. 2019.

386 CASA DO CUIDAR. **Cuidados Paliativos**. [S. l.] [s. d..]. Disponível em: <<https://www.casadocuidar.org.br/cuidados-paliativos/>>. Acesso em: 16. Out. 2019.

387 FELTZ**,** Deolindo. **Câncer e Espiritualidade:** sofrimento e ajuda. São Leopoldo: Sinodal, 2018. p. 45.

388 FELTZ**,** 2018, p. 45.

389 Médica, enfermeira, assistente social e escritora inglesa. Em 1959 é reconhecida como a fundadora do moderno movimento *hospice* baseado em assistência, ensino e pesquisa. O St. Chritopher's Hospice inaugurado em 1967, é um marco para os cuidados paliativos.

dor social e dor espiritual. O foco do cuidado, para ela, deve ser sempre a pessoa como um todo e o todo da pessoa.

No Brasil[390], os Cuidados Paliativos surgiram na década de 1980 e ganharam mais visibilidade a partir do ano 2000, com a consolidação dos serviços já existentes. Pensando em garantir um cuidado conveniente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1986, publicou os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos e esses foram reafirmados na sua revisão, em 2002.

Todos os pacientes com doenças graves podem se beneficiar dessa abordagem de parceria fraterna com os profissionais da saúde, quando sentem que existe muita atenção e carinho com eles. Cuidado Paliativo pode ser oferecido inclusive no curso de tratamento curativo de uma doença potencialmente curável, e auxiliar o paciente e sua família a terem seus sofrimentos administrados e cuidados por uma equipe multiprofissional.

2.2 Os profissionais de saúde e os Cuidados Paliativos

No que se refere à equipe de Cuidados Paliativos**,** Espíndula[391] afirma ser indispensável ao profissional de saúde superar as dificuldades inerentes a uma relação médico/paciente baseada na "tentação tecnológica", isto é, de ver o paciente por partes. Deve se buscar reunir os fragmentos e compor novamente o todo dessa pessoa a fim de que, desse modo, seja estabelecido um compromisso com a vida, para que seja digna de respeito. Fazem parte da equipe de cuidados paliativos, os médicos, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, capelães, assistentes espirituais, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos e dentistas.

Segundo Faiman, diante dessa multiplicidade de dimensões e abordagens profissionais, a equipe de saúde se depara com muitas questões como: "será que esta conduta escolhida é a melhor para o paciente? Trará

---

390 ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Ancp e Cuidados Paliativos no Brasil.** [S. I.] [2017?]. Disponível em: < https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 16 out. 2019.

391 ESPÍNDULA, Joelma Ana. **O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. p. 195. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-08012010-123832/en.php>> Acesso em: 16 out. 2019.

mais sofrimento do que benefício?" [392]. Isso mostra que, na prática, se está lidando com a finitude e a incerteza que integra a condição humana.

Quando o profissional de saúde estabelece empatia ou passa por uma situação de sofrimento na vida, torna-se mais humano consigo mesmo e com os outros. Demonstra atitude humilde e maior abertura ao outro ser humano. Sendo assim, as atitudes do cuidador refletem o que ele aprendeu com a experiência vivida e com o seu crescimento profissional e pessoal.

Em decorrência dos desafios que os profissionais dos Cuidados Paliativos se deparam no dia a dia, eles podem 'adoecer' em algum momento, devendo ser acolhidos nos seus medos, sofrimentos e angústias. O 'adoecer' pode levar ao surgimento da síndrome da sobrecarga no trabalho, caracterizada por fadiga, irritabilidade, distúrbios do sono e concentração, depressão e queixas físicas. Essa síndrome tem uma expressão denominada pelos profissionais de saúde de *Burnout*. Já uma outra síndrome de esgotamento é chamada de "Fadiga por compaixão", que atinge os profissionais que lidam cotidianamente com o sofrimento humano, como é o caso dos cuidados paliativos.

Para Lago e Codo, "A empatia [do grego *en* (dentro) + *pathos* (paixão)] refere-se a um modo particular de conhecimento intuitivo que nós temos acerca dos estados emocionais de outrem. Ou, em outras palavras, uma ligação, uma identificação emocional que temos uns com os outros"[393]. Já a compaixão "é definida como sendo um sentimento de pesar que é proveniente da percepção do sofrimento alheio. É a vontade que sentimos de intervir numa situação quando por meio do processo empático tomamos o conhecimento de alguém que sofre."[394]

Somado a isso, os autores ainda afirmam que a "fadiga por compaixão", além de afetar a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais, causam aflição à saúde física e mental deles, também, criando problemas para todo o círculo afetivo dos profissionais fatigados. Neste sentido, a qualidade do serviço prestado possui, além da sua realidade material, uma realidade simbólica, como afirmam Lago e Codo:

> O trabalho do profissional de saúde guarda as suas especificidades, pois, estão em contato constante com a morte, a vida, o sofrimento humano, aspectos esses que são extremamente densos e carregados

---

[392] FAIMAN**,** C. S. *et al*. Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 2, p. 188-194, abr./ jun. 2003. p. 36.

[393] LAGO**,** Kennyston; CODO**,** Wanderley. **Fadiga por Compaixão:** o Sofrimento dos profissionais em saúde. Petrópolis, RJ: Editora Vozes,2010. p. 10.

[394] LAGO; CODO**,** 2010, p. 10

> simbolicamente. Precisamos cuidar de quem cuida, afinal quem cuida também necessita de cuidado.[395]

Campos[396] diz que os profissionais de saúde, tanto quanto os pacientes, demandam a necessidade de apoio e suporte para terem saúde. Lago e Codo afirmam que:

> De forma geral, a "fadiga por compaixão" ocorre quando o profissional não consegue mais lidar de uma forma saudável com os sentimentos negativos que emergem do sofrimento dos pacientes que ele atende, e em decorrência disso começa a apresentar respostas somáticas e/ou defensivas em relação ao seu trabalho. [397]

Nesse cuidado mútuo, a compaixão caracteriza-se por uma preocupação empática, ou seja, a partir de um processo empático que possibilita ao profissional perceber, entender e sentir a situação na qual o paciente se encontra. Assim, Lago e Codo concluem "a compaixão vai além do compartilhamento afetivo, do sentir, do entender a dor. A compaixão está ligada à vontade, ao ímpeto de ajudar"[398].

Percebe-se, aqui, o quanto profissionais compromissados com sua tarefa de ajudar e cuidar de outros também precisarão de um olhar de cuidados sobre si mesmos, visto que a sua profissão é geradora de muito desgaste, em diferentes dimensões de sua vida. Cuidar[399] do sofrimento do cuidador profissional é fundamental, por isso passamos a verificar o que é cuidado, 'cuidado de si' e resiliência.

O 'cuidado de si'

O cuidado de si na área da saúde, como fator de humanização, requer um aprofundamento sobre o que é cuidar e o que é cuidado. Para Zaboli, cuidar é ir ao encontro e caminhar com o outro:

---

395 LAGO; CODO**,** 2010, p. 183.

396 CAMPOS, Eugenio Paes. **Quem cuida do cuidador?** Uma proposta para os profissionais da saúde. São Paulo: Pontocom, 2006.

397 LAGO; CODO**,** 2010, p. 8.

398 LAGO**;** CODO**,** 2010, p. 182.

399 MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS / **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em: <https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf> Acesso em 27 ago. 2019.

> Se cuidado é atitude, frente à vulnerabilidade, mover-se pela ética do cuidado implica assumir um modo-de-ser essencial no qual a pessoa, sem esquecer de si, sai de si mesma e centra-se no outro com desvelo e solicitude, compreendendo a complexa teia de inter-relações que sustenta a vida. [400]

O cuidado, para Boff, é "mais do que um ato; é uma atitude, e abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro"[401].

Esse envolvimento, por vezes, quando exagerado, pode significar uma dificuldade do profissional em cuidar de si mesmo, independente do motivo que possa estar subjacente a isso. A propósito, a concepção do profissional da área da saúde sobre seu próprio valor deve ser analisada, conforme destaca *Oliveira:*

> Muitos profissionais que têm um alto saber científico e conhecimento e que são extremamente dedicados à profissão alcançam reconhecimento social e profissional. Contudo, demonstram também dificuldade de ter tempo de lazer e de cuidar de si mesmos de forma integral. [...] Cuidar da alma implica cuidar dos sentimentos, dos sonhos, dos desejos, das paixões contraditórias, do imaginário, das visões e utopias que guardamos escondidas dentro do coração.[402]

Sendo assim, é oportuno dar razão a Foucault: "O cuidado de si é de certa maneira o cuidado dos outros."[403] Nesse sentido, o cuidado de si também é sempre ético, ético em si mesmo.

É preciso ter consciência de que as práticas no assistir o paciente lançam a cada dia novos desafios. Nisso, vários aspectos do cuidado e "cuidado de si" podem ser considerados: quanto à formação pessoal, profissional, relações humanas, organização, eficiência no trabalho e os desafios que compõem os Cuidados Paliativos.

---

400 ZABOLI**,** Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e cuidado: o desafio espiritual**. O Mundo da Saúde**, São Paulo:2007: abr/jun31(2):214-224. p. 217. Disponível em: << http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Varias_espiritualidade.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

401 BOFF**,** Leonardo. **O cuidado necessário**: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis: Vozes, 2012(a). p. 33.

402 OLIVEIRA, 2012, p. 53.

403 FOUCAULT, Michel**.** A ética do cuidado de si como prática da liberdade *apud* DITOS & Escritos V**. Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

3.1 Resiliência

Segundo Pessini, o termo "resiliência" provém do latim, do verbo *resilire*, que significa "saltar para trás" ou "voltar ao estado natural"[404]. A resiliência, portanto, é uma capacidade de reagir. Kast vai relacionar o trabalho resiliente com alegria:

> A alma precisa de tempo para aquilo que nos alegra. As pessoas anseiam o reavivamento, elas querem se sentir animadas e inspiradas, sentir coragem, sentir-se vinculadas a outras pessoas, sentir segurança na vida. Isso acontece quando permitimos e vivenciamos a alegria. Na alegria, somos mais amorosos, mais carinhosos, mais esperançosos, mais corajosos.[405]

Para a Medicina, que cuida da dor, o profissional resiliente é aquele que, independentemente do que acontece em sua vida ou no contexto de sua atuação hospitalar, tem condições de compreender, superar, administrar e criar um significado novo na experiência vivenciada, que implica também enfrentar o sofrimento e morte de pacientes. Aqui se fundamenta a importância de promover organizações e equipes resilientes, tal como afirma Heimann: "o hospital é, de modo geral, um local em que a crise, a doença e a adversidade são partes constituintes; [...] a resiliência é uma competência a ser desenvolvida tanto pelos indivíduos quanto pelas organizações".[406] Embora isto exija empenho, faz a diferença no modo e nas atitudes, em relação ao cuidado para com o paciente.

Para Asendorpf, "resiliência não significa estar sempre bem. Almas fortes também são vulneráveis. [...] Pessoas resilientes não se rendem a golpes do destino; elas atravessam o vale das lágrimas e voltam a escalar montanha".[407] Essa é a mesma opinião de Schwarzer ao afirmar que a pessoa resiliente "é vulnerável, mas as feridas saram relativamente rápido e não deixam cicatrizes muito grandes. [...] Na verdade, não deveríamos falar de robustez psíquica, mas de elasticidade psíquica."[408] E, conclui o autor: "Às

---

404 PESSINI**.** Léo; BARCHIFONTAINE Christian (orgs**.) Em busca de sentido e plenitude de vida.** São Paulo: Paulinas/Centro Universitário São Camilo, 2008. p. 221

405 KAST**,** Verena. **A alma precisa de tempo.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2016. p. 145.

406 HEIMANN**,** 2007. p. 121.

407 ASENDORPF, Jens. Persönlich Keitspsychologie. Berlin: Humbolt-Universität *apud* BERNDT, Christina. **Resiliência:** o segredo da força psíquica. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018. p.79.

408 SCHWARZER**,** Ralf. Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie. Berlim: Freie Universitat, [S. d.] *apud* BERNDT, 2018, p. 80.

vezes, a vida dói; às vezes, ela nos derruba. Mas no fim encontramos forças para algo novo."[409]

Já Hidenbrand menciona que a "resiliência é justamente isso: a flexibilidade de se adaptar às dificuldades e de, se possível, aprender com elas."[410] Leppert, citada por Berndt, explica que "Resiliência é uma capacidade dinâmica. Ela ajuda a controlar e modular o próprio bem-estar, dependendo do desafio e da carga emocional."[411]

Berndt, ao mencionar o estudo de outros psicólogos, descreve que o que fortalece a resistência psíquica são traços de temperamento, como: humor, flexibilidade, equilíbrio emocional, tolerância à frustração, capacidade de impor, perseverança, força, otimismo, *hobbys*; a vivência própria como a autoeficiência, a autoestima e a capacidade de lidar (Coping).

Já Crestani dá destaque para a espiritualidade na resiliência, afirmando:

> Um profissional resiliente caracteriza-se em grande parte pela interioridade espiritual, ao conseguir dar sentido ao sofrimento. Para o fortalecimento dessa interioridade, a fé e suas diferentes expressões religiosas ocupam um lugar especial". [...] "Por natureza, o ser humano é um ser de transcendência e chamado à transcendência do ser. A pessoa sente-se chamada a transcender-se e a vincular-se a um ser Superior do qual se originou e a sustenta. Portanto, o cuidado implica cultivar igualmente a dimensão com o Transcendente.[412]

Nesta integração do cuidado de si, resiliência e espiritualidade, Berndt sugere um autoexame que consiste em questionamentos similares a estes:

> Qual é a minha resiliência? Quando tenho planos, eu tento realizá-los? Normalmente, consigo resolver tudo? Não me abalo facilmente? Eu gosto de mim mesmo? Consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo? Sou uma pessoa decidida? Eu aceito as coisas do jeito que são? Normalmente, consigo contemplar uma situação de diferentes pontos de vista? Eu consigo me forçar a fazer coisas que eu preferiria não fazer? Quando me encontro numa situação difícil, costumo encontrar uma saída? Tenho bastante energia para fazer tudo o que preciso fazer? Eu consigo aceitar o fato de que nem todos gostam de mim? [413]

---

409 SCHWARZER *apud* BERNDT, 2018, p. 80.
410 HIDENBRAND *apud* BERNDT, 2018, p. 107.
411 BERNDT, 2018, p. 79.
412 CRESTANI**,** 2014, p. 46.
413 BERNDT, 2018, p. 104-106.

Para concluir a reflexão sobre a resiliência retomamos Pessini, que afirma:

> As pessoas resilientes desenvolvem uma percepção profunda em relação a tudo que as cerca, transformam-se em "radares de sensibilidade", mas possuem os recursos interiores necessários para produzir o "bálsamo" que ameniza as dores e os sofrimentos e que, além disso, também cura e cicatriza as feridas da vida.[414]

Sendo assim, essa reflexão fortalece a esperança, pois nasce da convicção profunda de que a vida, a solidariedade e o amor podem ser mais fortes e vencer todos os contextos e situações, por mais adversos que sejam.

Espiritualidade e bem-estar

O caminho a ser percorrido entre a espiritualidade e o bem-estar requer um posicionamento por parte do profissional de saúde. Nesse sentido, esses dois elementos fundamentais se definem como sendo aquilo que ele deve acrescentar ou cultivar, a partir de si mesmo, no enfrentamento de situações adversas.

Para Kast, a perda da tranquilidade e do aconchego leva também a uma marginalização da alma. O equilíbrio entre as necessidades do mundo interior e as exigências do mundo exterior precisa ser recalibrado constantemente, porquanto isso faz parte da existência humana:

> Precisamos de tempo para parar por um instante: não horas ou dias, mas o bastante para perceber, para levar a sério a reação interior ao relacionamento com outras pessoas e com o mundo. Quando não paramos, quando recorremos a emoções pré-fabricadas, corremos o perigo de perder o "espaço interior", de perder a capacidade de lidar interiormente com uma situação que nos afeta emocionalmente até encontrarmos uma solução adequada para o problema emocional. [415]

Em se tratando de espiritualidade, essa não se desenvolve apenas em processos isolados de interiorização, mas essencialmente fornecendo elementos para o bem-estar integral. Segundo Oliveira, "O cuidado integral a que nos referimos envolve as várias dimensões do ser humano, como o emocional, o cognitivo, o corporal, o espiritual e o ecológico, dentro do

414 PESSINI; BERTACHINI**,** 2009. p. 223.
415 KAST**,** 2016, p. 87.

contexto social."[416] Como também menciona Crestan: "A espiritualidade é pressuposto fundamental e essencial para a pessoa dar significado a sua existência."[417]

No que se refere ao bem-estar, Koenig traz outro elemento significativo: "O altruísmo é um comportamento que parece ter benefícios psicológicos em termos de aumento do bem-estar. Uma ligação entre comportamentos altruístas e funcionamento imunológico."[418] Ainda segundo o autor, o otimismo e esperança são emoções positivas que motivam e energizam pessoas que enfrentam situações difíceis, estressantes e opressivas. "Quando tudo está indo bem, a vida é naturalmente promissora e otimista."[419] Já quando as coisas não estão indo muito bem, as emoções positivas podem diminuir ou desaparecer.

Mais uma vez, o pensamento de Boff merece destaque: "Toda pessoa está animada por uma espiritualidade, porque todo ser humano, cristão ou não, religioso ou não, é um ser também fundamentalmente espiritual". [420] Nesse sentido, Feltz corrobora Boff ao afirmar:

> Toda pessoa é necessariamente espiritual, enquanto está dotada de espírito, de autoconsciência e de capacidade de reflexão sobre si mesmo': [...] A unicidade e a individualidade da espiritualidade do ser humano partem do princípio de que o sopro de Deus é o mesmo em todos, mas vem a se tornar algo único, específico, individual e exclusivo de cada ser soprado. O cuidado espiritual é importante porque é chave para um atendimento humanizado.[421]

Ainda segundo Boff, a espiritualidade está dentro de cada um, como uma chama sagrada coberta pelas cinzas do consumismo, da busca de bens materiais, de uma vida distraída das coisas essenciais. É importante remover tais cinzas e despertar a chama sagrada da espiritualidade. A pessoa deve se concentrar na fonte (Deus) e não nos rios (Religiões) que a mesma emana, mostrando a diferença entre espiritualidade e religião.[422]

---

416 OLIVEIRA, 2012, p. 79.
417 CRESTANI**,** 2014, p 48.
418 KOENIG**,** Harold G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da Espiritualidade. Porto Alegre, RS: L&PM, 2012. p. 51.
419 KOENIG, 2012, p. 79-80.
420 BOFF**,** Leonardo. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001. p. 8·
421 FELTZ**,** 2018, p. 83, 86.
422 BOFF, 2001, p. 66.

Por sua vez, Murad sinaliza que: "Cada religião cria um jeito próprio de marcar a relação com o sagrado. Aquelas que são consideradas mais evoluídas desenvolvem para os seus membros um 'caminho espiritual', um jeito de fazer progressos na existência, ao cultivar valores mais elaborados."[423]

Para Koenig[424], espiritualidade e religiosidade são construtos distintos, às vezes difíceis de distinguir. A espiritualidade é a busca pessoal para entender as respostas às questões fundamentais sobre a vida. A religiosidade tem a sua importância no significado e na relação com o sagrado ou transcendente, visto que a tendência para as coisas sagradas pode (ou não) estar associada ao desenvolvimento de rituais religiosos e à formação de comunidade.

Na perspectiva cristã, Murad ciente de que muitos profissionais de saúde professam o cristianismo, dá ênfase à importância da fé:

> Do ponto de vista da pessoa é o jeito próprio de viver o seguimento de Jesus; a vivência da fé que motiva as ações e alimenta as convicções. Na ótica de uma instituição, a espiritualidade é o conjunto de valores que sustentam a sua missão e o seu negócio, inspirados na pessoa de Jesus Cristo e na causa do reino de Deus.[425]

As questões fundamentais sobre a vida, espiritualidade e bem-estar são destacadas também por Oliveira: "A espiritualidade, a fé e a religiosidade saudáveis têm sido também reconhecidas como fatores de saúde mental e resiliência, justamente porque permitem a pessoa transcender, ir além da adversidade."[426]

Nesse sentido, mais uma vez é conveniente acompanhar o pensamento de Boff, por reforçar a ideia de Jesus Cristo sobre o "amar ao próximo como a si mesmo".[427] "Partimos do fato de que o ser humano é, por sua natureza e essência, um ser de cuidado. Sente a predisposição de cuidar e a necessidade de ser ele também cuidado. Cuidar e ser cuidado são existenciais (estruturas permanentes) e indissociáveis."[428]

---

423 MURAD, Afonso. **Gestão e Espiritualidade:** uma porta entreaberta. São Paulo: Paulinas, 2012. p. 122.

424 KOENIG**,** 2012, p. 165.

425 MURAD, 2012, p. 127.

426 OLIVEIRA, 2012, p. 36.

427 BÍBLIA. **Bíblia Sagrada**. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil: Paulinas, 2014. p. 1462.

428 BOFF, Leonardo. Quem cuida do cuidador? Artigo de Leonardo Boff. **Instituto Humanitas Unisinos,.** 12 abr. 2012(b), São Leopoldo, RS. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/noticias/509000-quemcuidadocuidador> Acesso em 25 nov. 2019.

O Cuidado com o Cuidador

O cuidado do cuidador, no exercício das profissões de ajuda, é medida que se impõe para promover o atendimento de qualidade e fraterno às pessoas doentes. Isso porque o conviver com dor, com perda e com morte traz àqueles que cuidam dos pacientes as múltiplas vivências de seus processos internos, suas fragilidades, vulnerabilidades, medos e incertezas, situações que nem sempre podem compartilhar.

Kovács, nesse contexto, afirma: "Os profissionais de saúde, ao escolherem sua profissão, de forma mais ou menos consciente, estarão lidando com aspectos relacionados à morte e ao morrer, com sua forma pessoal de lidar com dor e perdas".[429] Sobre a aflição e abatimento de profissionais de saúde o autor considera que "são como enlutados não reconhecidos, portanto sem direito de expressar seus sentimentos, o que pode levar ao colapso."[430]

O cuidado aos cuidadores, promovendo sua resiliência, precisa se tornar uma política hospitalar, desenvolvida em nível pessoal e institucional, como diz Heimann:

> A *resiliência* em hospitais é uma reflexão que propõe um enfoque institucional, visto que o hospital se assume como um local de cura e cuidado [...] Ele precisa, como instituição, pensar numa política ou filosofia que contemple o desenvolvimento da resiliência, primeiramente com seus próprios profissionais.[431]

Heimann complementa dizendo: "Não há como criar uma organização ou hospital resiliente sem que haja um investimento na formação de profissionais, cuidadores e líderes resilientes"[432], até porque a "resiliência está sendo considerada hoje uma das mais importantes características de um líder de sucesso, porque leva as pessoas a enfrentarem os desafios de forma diferenciada: com bom humor, flexibilidade, serenidade e equilíbrio emocional, intelectual e espiritual."[433]

---

429 KOVÁCS, Maria Julia. Sofrimento da Equipe de Saúde no Contexto Hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo [Internet], v. 4, n. 34. 2010. p. 420-429. Disponível em: <http://132.248.9.34/hevila/IGTnarede/2009/vol6/no11/8.pdf >. Acesso em: fev. 2019.

430 KOVÁCS, 2010, p. 425.

431 HEIMANN**,** 2007. p. 123.

432 HEIMANN**,** 2007. p. 128.

433 HEIMANN**,** 2007. p. 128.

Barros avança nesse conceito ao dizer que "num contexto não-eclesiológico, um cuidador-líder resiliente busca, no amor incondicional que evidência pela vida e pelas pessoas à sua volta, o motor de sua sobrevivência e da autossuperação, ou seja, de sua resiliência."[434]

Para o profissional de saúde muitos desafios enfrentados em certos momentos da vida, despertam uma busca maior de significados e uma esperança de reorganização espiritual. São Bernardo de Claraval[435] (século XII) faz perguntas fundamentais: a) Quando, afinal, irá dar atenção a si mesmo no meio de todos aqueles a quem você dá acolhida? b) Todos bebem em seu coração como numa fonte pública, e só você permanece sedento? c) Para quem você deixa de ser estranho se for um estranho para si próprio? São Bernardo desafia sobre o cuidado de si e ajuda na reflexão do cuidado para com o cuidador, como condição imprescindível para poder cuidar dos outros.[436]

Emili Turú, recomenda alguns caminhos de cuidado para com o cuidador. Eles passam pelo autoconhecimento como forma de perceber, identificar, prevenir e gerenciar o estresse de maneira saudável, evitando suas graves consequências. O autor propõe o seguinte exercício: "- Identifique as causas do estresse em sua vida e as enumere; - Como você diria que lida com essas situações?; - O que você pode fazer para reduzir o estresse em sua vida?"[437]

É preciso encontrar um caminho, ou seja, um método, para que, ao "cuidar, de si" a resiliência e a espiritualidade de cada profissional possam apresentar-se em forma de autoconhecimento, equilíbrio, autoestima e saúde.

Cuidar de si intui esmerar-se para conhecer as próprias potencialidades e assumi-las positivamente, tornando-as fecundas. Assim Crestani sugere como apoio e suporte as seguintes facetas do cuidado consigo mesmo:

> Cuidar para ser saudável física e psiquicamente a fim de poder ajudar os outros; cultivar o bom humor, irradiar a alegria de viver e estar bem

---

434 BARROS**,** Rosley Sulek Buche**. Resiliência***:* a nova competência do líder de sucesso na gestão empresarial do terceiro milênio. Disponível em: < https://www.periodicos.univag.com.br/index.php/caderno/article/download/291/531 >Acesso em: 16 out. 2019. p. .53.

435 Abade Francês da Abadia de Cister. Canonizado em 18 de junho de 1174 e declarado Doutor da Igreja pelo Papa Pio VIII, em 1830, por causa de suas pregações e obras escritas.

436 Cf.: TURÚ, Emili. ¿Quién cuida a los cuidadores? **Revista CONFER**, Madrid, v. 57, n. 218, p. 207-229, abr./mai./jun. 2018. p. 218

437 "— Identifica las causas de estrés en tu vida, y haz una lista con ellas
— ¿Cómo dirías que manejas esas situaciones?
— ¿Qué puedes hacer para disminuir estrés en tu vida?" (Cf.: TURÚ, 2018. p. 215-216).

> com a vida; cuidar e alimentar a profissão mediante leituras sadias e enriquecedoras; cultivar amizades saudáveis e revitalizantes; aprender a dar transcendência a tudo quanto cada um pode fazer com as próprias potencialidades; ser presença amena e benéfica em todos os ambientes que frequenta.[438]

Já Berndt propõe dez caminhos para a resiliência:

> Desenvolva contatos sociais; não veja as crises como problemas irresolúveis; aceite que mudanças fazem parte da vida; tente alcançar objetivos; encontre-se a si mesmo; desenvolva uma visão positiva de si mesmo; fique de olho no futuro, espere o melhor, cuide de si mesmo.[439]

Porém, Crestani destaca que é "o cultivo da presença do Espírito que propicia o surgimento de uma espiritualidade vigorosa e cada pessoa é chamada a cultivar e harmonizar seu espaço interior, a fim de tornar-se capaz de dar respostas globais e abrangentes aos grandes questionamentos da vida." [440]

O cuidado com o cuidador, neste artigo, sugere a proposta de um programa de capacitação de 'cuidado' que reúna vivências, como rodas de conversas e outras experiências, individuais e coletivas, de espiritualidade, de aconselhamento pastoral, a fim de que novos horizontes de pesquisa se abram na dimensão do cuidado aos profissionais de saúde que atuam nos Cuidados Paliativos.

Considerações finais

O cuidado na área da saúde precisa compreender o cuidado integral, de maneira natural e consciente e, também, o respeito à unicidade de cada indivíduo, a integralidade e a essência de todos os sujeitos relacionados afetivamente na relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. Considerando o estudo sobre a importância do "Cuidado de si" no desenvolvimento da resiliência, espiritualidade e bem-estar, cabe a pergunta: como inserir o cuidado de si e a espiritualidade na prática diária? Um olhar especial para com os cuidadores dos profissionais de saúde, que

---

438 CRESTANI, 2014, p. 33.
439 BERNDT, 2018, p. 189-191.
440 CRESTANI**,** 2014, p. 34.

atuam em equipes de cuidados paliativos, serve como chave, quando se pretende oferecer um cuidado de qualidade aos pacientes e seus familiares.

A solidariedade fraterna nos cuidados paliativos são modos de operar as relações entre os profissionais e os pacientes, sendo o hospital um lugar de construção do cuidado integral, tendo valores e atitudes de sensibilidade e ternura. Os cuidados paliativos, como cuidado integral, auxiliam o paciente e sua família a terem seus sofrimentos administrados por uma equipe multiprofissional, inspirados num ideal transcendente que busca o caminho do amor ao próximo. Porém, esses profissionais por vezes sofrem a síndrome de esgotamento também chamada de "Fadiga por compaixão".

O "cuidado de si" é considerado um pressuposto que compreende os desafios diários, num hospital. A resiliência, por sua vez, é vista como uma competência a ser desenvolvida e que faz a diferença no modo e nas atitudes, em relação ao cuidado para com o paciente. No que se refere ao "cuidado com o cuidador", o presente artigo sugere a proposta de um programa de capacitação de "cuidado" que reúna vivências, como rodas de conversas e outras experiências, individuais e coletivas, de espiritualidade, de aconselhamento pastoral, a fim de que novos horizontes de pesquisa se abram na dimensão do cuidado aos profissionais de saúde que atuam nos Cuidados Paliativos.

Para isto, a espiritualidade e bem-estar remetem ao cuidado integral como pressuposto essencial para com o significado e sentido de vida. É necessário que se avance numa prática integrada de vida e de trabalho. A competência necessária, fundamental e recomendada para tanto, requer a harmonização e o equilíbrio do corpo, mente e espírito, gerando alegria na dinâmica de tornar possível uma vida de ternura, de sensibilidade, vida equilibrada e saudável. Todavia, merece destaque a tese de que a espiritualidade é fator essencial de bem-estar integral dos profissionais.

Conclui-se como algo imprescindível a busca do cuidar, do cuidado de si, da resiliência e da espiritualidade com a profissão e com as pessoas que cuidam os pacientes. Compreende-se que existe a necessidade de se organizar uma rede de apoio e de suporte aos profissionais de saúde, às equipes dos cuidados paliativos, a ser desenvolvida tanto pelas organizações quanto pelos próprios profissionais da saúde.

Desta forma, diante do que foi exposto, esta pesquisa sugere que o cuidado com o cuidador serve como chave de acesso por excelência, quando se pretende viver plenamente e oferecer um serviço de qualidade aos pacientes e seus familiares. Esta relação possibilita a vivência de relações mais saudáveis no ambiente hospitalar, e concorda com o Prêmio Nobel da Paz 2018, Denis Mukwele, ao afirmar que "[...] o 'ser humano' deixa de ser humano quando não sabe oferecer amor e esperança aos demais".

Referências

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Ancp e Cuidados Paliativos no Brasil.** [S. I.] [2017?]. Disponível em: < https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 16 out. 2019.

BARROS**,** Rosley Sulek Buche**. Resiliência*:*** a nova competência do líder de sucesso na gestão empresarial do terceiro milênio. Disponível em:< https://www.periodicos.univag.com.br/index.php/caderno/article/download/291/531 >. Acesso em: 16 out. 2019. p. 53-63.

BERNDT, Christina. **Resiliência:** o segredo da força psíquica. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018.

BÍBLIA. **Bíblia Sagrada**. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil: Paulinas, 2014. 1856 p.

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

_____. Quem cuida do cuidador? Artigo de Leonardo Boff. **Instituto Humanitas Unisinos.** 12 abr. 2012(b), São Leopoldo, RS. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/noticias/509000-quemcuidadocuidador> Acesso em 25 nov. 2019.

_____. **O cuidado necessário:** na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis: Vozes, 2012(a).

CAMPOS, Eugenio Paes. **Quem cuida do cuidador?** Uma proposta para os profissionais da saúde. São Paulo: Pontocom, 2006.

CASA DO CUIDAR. **Cuidados Paliativos**. [S. I.] [s. d.]. Disponível em: <<https://www.casadocuidar.org.br/cuidados-paliativos/>>. Acesso em: 16. Out. 2019.

CRESTANI**,** Alfredo**. As múltiplas dimensões do cuidado:** aprimoramento das relações educativas. Porto Alegre: EDIPURS: Marista, 2014.

ESPÍNDULA, Joelma Ana. **O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-08012010-123832/en.php>>. Acesso em: 2019-10-16.

FAIMAN**,** C. S. *et al.* Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais da saúde. **O Mundo da saúde**. São Paulo, ano 27, v. 27, n. 2, p. 188-194, abr./ jun. 2003.

FELTZ**,** Deolindo. **Câncer e Espiritualidade:** sofrimento e ajuda. São Leopoldo: Sinodal, 2018.
GEBARA**,** Ivone. Sobre doenças e curas. **Tempo e presença**. Rio de Janeiro, ano 28, n. 345, p. 29, 2026.
GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas 1994.
HEIMANN**,** Thomas. Fortalecendo Imunidades: resiliência em hospitais. *In*: HOCH, Lothar Carlos et al (Orgs.). **Sofrimento, resiliência e fé:** implicações para as relações de cuidado**.** São Leopoldo: Sinodal, EST, 2007.
HOCH, Lothar Carlos *et al* (Orgs.). **Sofrimento, resiliência e fé:** implicações para as relações de cuidado**.** São Leopoldo: Sinodal, EST, 2007.
JULIATTO, Ivo Clemente. **Um jeito de cuidar:** reflexões e propostas para a área da saúde. Curitiba: Editora Universitária Champagnat, 2005.
LAGO**,** Kennyston; CODO**,** Wanderley. **Fadiga por Compaixão:** o Sofrimento dos profissionais em saúde**.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010.
KAST**,** Verena. **A alma precisa de tempo.** Trad. Markus A. Hediger. Petropolis, RJ: Editora Vozes, 2016.
KOENIG**,** Harold G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da Espiritualidade. Trad. Iuri Abreu. Porto Alegre, RS: L&PM, 2012.
KOVÁCS, M.J. **Educação para a Morte:** Temas e Reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
_____ Sofrimento da Equipe de Saúde no Contexto Hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo [Internet], v. 4, n. 34. 2010. p. 420-429. Acesso em: fev. 2019. Disponível em: <http://132.248.9.34/hevila/IGTnarede/2009/vol6/no11/8.pdf >. Acesso em: 09 dez. 2018.
MARTINI**,** Antonio; MARTINS, Alexandre Andrade. (Orgs.). **Teologia e saúde:** compaixão e fé em meio à vulnerabilidade humana. São Paulo: Paulinas, 2012.
MULLER, Marisa Campio. Introdução. *In*: TEIXEIRA, Evilázio Francisco Borges et al. (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
MURAD, Afonso. **Gestão e Espiritualidade:** uma porta entreaberta. São Paulo: Paulinas, 2012.
OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich de. **Pra não perder a alma:** o cuidado aos cuidadores**.** São Leopoldo: Sinodal, 2012.
PALMEIRA, Heloísa Maria; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; PERES, Rodrigo Sanches. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. **Aletheia**, Canoas, n. 35-36, p. 179-189, dez. 2011. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 ago. 2019.
PESSINI, Leo. BERTACHINI**,** Luciana. **Cuidar do ser humano**: ciência, ternura e ética**.** São Paulo: Paulinas – Centro universitário São Camilo, 2009.
PESSINI, Léo e BARCHIFONTAINE Christian (orgs.) **Em busca de sentido e plenitude de vida**. São Paulo: Paulinas/Centro Universitário São Camilo, 2008.
PITTA, Ana. **Hospital:** dor e morte como ofício. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.
RUCKERT, Maria Luisa. **Capelania Hospitalar e a Ética do Cuidado**. Viçosa, MG: Ultimato, 2010.
ZABOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e cuidado: o desafio espiritual**. O Mundo da Saúde**, São Paulo:2007: abr/jun31(2):214-224. p. 217. Disponível em: << http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Varias_espiritualidade.pdf>> Acessado agosto de 2019. Acessado em: 25 nov. 2019.
TURÚ, Emili. ¿Quién cuida a los cuidadores? **Revista CONFER**, Madrid, v. 57, n., p. 207-229, abr./mai./jun. 2018.

Acompanhamento pastoral a pessoas enlutadas em tempos de pandemia

Vanderlei André Hüther
Rodolfo Gaede Neto

Resumo: A dor do luto vivida na pandemia causou um impacto profundo na vida das pessoas. A não vivência da despedida e dos ritos religiosos contribuiu para que houvesse mudanças no processo do luto. Assim, entendendo as principais referências teóricas trazidas pelos autores Elisabeth Kübler-Ross, John Bolwby e Willian Worden, para a elaboração do processo do luto em Estágios, Fases e Tarefas, este artigo se propõe a elaborar e desenvolver uma conceituação para o Acompanhamento Pastoral a pessoas que, isoladas, vivem a sua perda neste tempo de pandemia. Acompanhar é muito mais que aconselhar, é estar ao lado, disponível, aberto e livre de qualquer preconceito e juízo de valor.

Palavras-chave: Pandemia. Luto. Acompanhamento Pastoral.

Introdução

Uma das grandes missões da Igreja, juntamente com o anúncio e a transmissão do Evangelho, é a de acompanhar as pessoas em seus diversos momentos da vida. Sejam eles momentos de celebração, descontração e alegria, sejam momentos de tristeza, dor e pesar.

Hoje, muitas pessoas no mundo inteiro experimentam e vivem a dor da perda. A dor de ter que enfrentar a morte de um ente querido, devido à Covid-19 ou outra enfermidade. O sentimento que permanece é de que alguém foi arrancado bruscamente de sua vida. A dor traumática de ter que enfrentar um processo de luto, principalmente em tempo de distanciamento social, sem o apoio de pessoas que lhe são queridas, pode transformar este processo do luto em algo muito mais traumático.

Infelizmente em meio à propagação do vírus, milhões de pessoas foram contaminadas e centenas de milhares de pessoas perderam suas vidas. Famílias inteiras foram contaminadas; entes queridos foram isolados

rapidamente. Maridos, esposas, pais, filhos, irmãos que faleceram sem que os seus familiares e amigos tivessem o direito de se despedir, ou até mesmo de sepultá-los.

Temos hoje centenas de pessoas enlutadas. Famílias que não puderam acompanhar a pessoa falecida em seu leito hospitalar, não puderam estar ao seu lado enquanto ela partia, que não puderam nem sequer se despedir com tempo em seus velórios.

Diante disso este artigo tem como objetivo, no primeiro tópico, fazer um levantamento das terríveis marcas de uma pessoa que viveu, ou vive o seu luto neste tempo de pandemia. Apresentar as marcas nas pessoas que não tiveram a oportunidade de estar junto do seu familiar enfermo, de despedir, cumprir seus rituais de sepultamento e até mesmo ter o suporte de amigos e familiares divido ao distanciamento social.

No segundo tópico, apresentaremos as principais referências teóricas sobre o processo de enfrentamento do luto. Brevemente, apresentaremos o processo do luto em estágios, elaborado pela autora Elisabeth Kübler-Ross; o processo do luto em fases, descrito por John Bolwby; e o processo do luto em tarefas, amplamente trabalhado por Willian Worden.

Já no terceiro e último tópico, buscamos elaborar uma conceituação e contribuição para o Acompanhamento Pastoral junto a pessoas enlutadas em tempos de pandemia.

1 A difícil vivência do luto em tempos de pandemia

Nestes últimos meses, como ministro ordenado atuante em comunidade eclesial, tenho percebido e acompanhado muitas situações difíceis para aqueles e aquelas que perderam uma pessoa querida. Perdas estas que acontecem não somente em decorrência da Covid-19, mas também devido a outras enfermidades que já existiam e que continuam surgindo no decorrer natural da vida.

É importante dizer que este trabalho não tem como intenção abordar o tema da morte ou discorrer sobre as pessoas que perderam a sua vida, senão que tratar da necessidade de se ter um olhar cuidadoso, poimênico e amoroso para com os familiares. Ter um olhar especial para com as muitas pessoas que passaram ou estão passando pelo processo de luto.

Segundo o Portal de Transparência do Registro Civil, entidade ligada à Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais, até o momento

em que é escrito este artigo, somente no Brasil, foram 1.168.683 pessoas[441] que perderam a suas vidas neste ano de 2020.

Como já dito, é importante ressaltar que neste tempo de pandemia as pessoas continuam falecendo de outras causas, tais como, infarto, derrame cerebral, câncer, AVC, acidentes e também, entre elas, causas naturais. Não podemos pensar que todas as pessoas faleceram somente devido à Covid-19.

Para este trabalho, neste momento, não importa muito qual foi a causa da morte, mas sim a dor enfrentada pela pessoa enlutada, que teve neste tempo de pandemia, uma alteração drástica em todo o processo de despedida, o que acaba resultando uma mudança no próprio processo de luto.

Culturalmente, nós brasileiros e brasileiras, estamos acostumados a ter um longo tempo de despedida antes de sepultarmos a pessoa falecida, o que também auxilia muito no processo de elaboração do luto. Antes, em muitos lugares, as famílias possuíam até 24h para realizar o velório. James White lembra que em 1969, os documentos sobre os ritos reformados, previam que fossem respeitados os costumes locais para o sepultamento, como se fossem estações: "no lar da pessoa falecida, na igreja paroquial, na capela do cemitério, junto à sepultura, ou combinações destas opções".[442] Já hoje, devido às medidas de restrição e de distanciamento social, este tempo foi encurtado. Dependendo de alguns fatores e da decisão de cada Estado e Município, o tempo de despedida e sepultamento deve acontecer em até no máximo 4 horas.[443]

Segundo o Ministério da Saúde, o velório, na maioria dos casos nem mesmo é recomendado. Em seu documento oficial, emitido no dia 25 de março de 2020, ele afirma que devido à aglomeração de pessoas, o risco de contágio se torna muito alto. E que caso o velório venha a acontecer, devem ser observadas uma série de exigências para evitar a contaminação e proliferação do vírus.[444]

Se as famílias, que não perderam seu ente devido à Covid-19, já possuem uma grande alteração no seu processo de despedida, há que mencionar a dor daquelas que sim, perderam alguém em decorrência da Covid-19; ali nem mesmo os familiares têm a possibilidade de velar o seu ente

---

441 Portal da Transparência do Registro Civil. Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais. Disponível em: <https://transparencia.registrocivil.org.br/registros> – Acesso dia 28 de outubro de 2020, às 09:40h.

442 WHITE, James F. **Introdução ao Culto Cristão**. São Leopoldo: Sinodal/IEPG, 2005. p. 237.

443 BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus: Covid-19**. Publicação 23 de março de 2020. Disponível em: <http://antigo.saude.gov.br/images/ pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>. Acesso dia 17 de agosto de 2020.

444 BRASIL, 2020. p. 14.

querido. Do hospital ou da casa mortuária o falecido é levado diretamente para o cemitério. Algumas vezes os familiares não têm nem mesmo a possibilidade de estarem presentes no momento do enterro.

Flor Teixeira, mestre em Psicologia Social e professora da Universidade Tiradentes (UNIT), em entrevista afirma que:

> O ritual é nossa primeira etapa para um processo de compreensão e mesmo de comprovação de que chegou ao fim a vida daquela pessoa. Pular essa etapa é enterrar sem um rito, sem uma organização, é quebrar um significado, um modelo, uma estrutura. É claro que isso poderá acarretar impactos emocionais.[445]

No trabalho ministerial, acompanhando pessoas enlutadas, pude perceber que, quando elas não tiveram este "tempo suficiente" de despedida[446], o seu processo de elaboração do luto fica desiquilibrado. Segundo estudos, um processo de luto considerado *normal* pode acontecer dentro de um período de 12 a 18 meses. Segundo Willian Worden "para alguns, o luto é uma experiência muito intensa; para outros, muito leve. Para alguns, o luto inicia no momento em que recebe o comunicado sobre a perda, enquanto para outros, é uma experiência adiada".[447]

No lugar que a pessoa falecida ocupava na vida dos seus familiares agora permanece um vazio no coração e na existência. É como que o seu ente querido simplesmente tivesse sido roubado, arrancado do seu meio. A pandemia tirou o direito e o privilégio de as pessoas conseguirem se despedir.

O velório e o sepultamento cristão não são um rito qualquer. O livro do Funeral Cristão, organizado pela Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, ressalta a importância do rito fúnebre. Ele afirma que este rito tem a "função de organizar a crise instalada com a morte e perda de um ente querido. E, ajuda as pessoas num momento de dor".[448] Ali, o abraço, o consolo e a presença de pessoas amigas, ou até mesmo da comunidade cristã é uma espécie de alavanca que auxiliará às pessoas enlutadas a dar o primeiro

---

445 Notícia – Luto: ritual do velório não é recomendado durante pandemia – Flor Teixeira. <https://portal.unit.br/blog/noticias/luto-ritual-do-velorio-nao-e-recomendado-durante-pandemia>. Acesso em 22 de junho de 2020.

446 O tempo suficiente para se despedir pode ser relativo, pois vai depender das vivências e das experiências anteriores que cada pessoa adquiriu ao longo da vida.

447 WORDEN, J. Willian. **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto**. Um manual para profissionais da Saúde Mental. 4ª ed. Editora Roca Ltda – GEN. São Paulo: 2013. p. 35

448 IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASIL; MANSK, Erli. **Funeral cristão: fundamentos e liturgias**. São Leopoldo: Sinodal, Porto Alegre, RS: IECLB, 2010. p.30.

passo no processo de enfrentamento do luto. Nesta perspectiva, White lembrará que o papel dos cristãos dentro do funeral é "tornar visível, por meio de sua presença, o ambiente de amor que cerca os enlutados".[449]

No entanto, este ambiente social foi fortemente abalado devido às normas de distanciamento e isolamento social. Com estas novas regras, muitas destas pessoas enlutadas precisam enfrentar sozinhas seu processo de luto. O enlutado precisou, e precisa, atravessar esse caminho afastados dos familiares, dos amigos e também da comunidade de fé.

Assim, neste trabalho queremos chamar a atenção para a importância do Acompanhamento Pastoral junto às pessoas enlutadas, que sozinhas precisam enfrentar a solidão e o vazio deixado pela morte. Mas, antes, é necessário compreender os processos e as formas de elaboração do luto, através das principais referências teóricas que existem até hoje.

2 A morte e o processo do luto

A morte é um tabu em nossa sociedade; no entanto é algo inevitável. Eberhard Jüngel, afirma que todo ser humano é mortal e de que morrer é humano. "A morte não é somente o estranho em si em relação à existência humana, mas é, simultaneamente, o que de mais próprio temos. Que haja muitas incertezas em nossa vida; a morte, porém, é certa".[450]

Talvez uma das razões pela qual o assunto sobre a morte seja tão evitado é porque o luto é composto por várias *faces*, como por exemplo, a tristeza, falta de energia e disposição, retração social e psicológica, sensação de vulnerabilidade e desamparo, falta de apetite e desânimo.

Primordialmente, o luto acontece diante de uma perda. Normalmente, ele é uma reação à "perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido".[451] Essa perda pode ser de um ideal, de um emprego, de uma posição social, de uma relação afetiva, perda de saúde ou de um objeto, mas principalmente o luto está relacionado à perda de uma pessoa

---

449 WHITE, 2005. p. 239.

450 JÜNGEL, Eberhard. **Morte**. 2ª ed. São Leopoldo: Sinodal, 1980. p. 09.

451 FREUD, S. Luto e Melancolia. *In*: STRACHEY, J. (Ed. E Trad.). **Edição standart brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de janeiro: Imago, 1980. (obra original publicada em 1917 [1915]). v. 14, p. 271-291.

O luto é uma reação normal diante de perdas significativas. Mesmo que muitos vejam e percebam o luto como uma doença, ele não é.[452] Sua função é justamente elaborar a perda! Sendo assim, o luto é um processo no qual a pessoa enlutada percorre até chegar à cura. Worden lembra que

> na medida em que o luto é um processo e não um estado, as tarefas que se seguem exigem esforço, ainda que nem todas as perdas por morte desafiem essas tarefas do mesmo modo. O luto é um processo cognitivo que envolve confrontação e reestruturação do pensamento acerca da pessoa morta, da experiência da perda e do mundo modificado, no qual agora, o enlutado precisa viver.[453]

Vale ressaltar ainda que Worden entende que o luto é um processo, somando com as contribuições destes outros autores, que entendem o processo de elaboração do luto por Estágios, Fases e Tarefas. Este artigo não possui a proposta de fazer um estudo aprofundado sobre as propostas de cada um destes autores, mas acreditamos que é indispensável a sistematização e a compreensão deste conteúdo.

Luto em Estágios. Esta é a forma mais conhecida para entender os processos do luto. Esta teoria foi descrita pela autora Elisabeth Kübler-Ross, no livro *Sobre a Morte e o Morrer*, em 1969. Ali, a autora apresenta seis estágios pelos quais a pessoa enlutada experimenta em seu processo de cura. Outros autores ainda vão descrever até doze estágios pelos quais as pessoas passam.[454] Kübler-Ross, em seu livro apresenta 6 estágios.[455]

Estágio da Negação - Estágio marcado pela descrença da veracidade da notícia. A pessoa simplesmente nega o fato ou a existência da morte. Não acredita que a pessoa amada está de fato morta.

Estágio da Raiva - É marcado pelo sentimento de revolta, inveja ou até mesmo de ressentimento. É comum quando a causa da morte é atribuída a algo ou alguém.

Estágio da Barganha **-** Este estágio é marcado pelas inúmeras tentativas de se reverter o quadro. Pode ser caracterizada também pelo apelo à divindade e/ou quaisquer outras crenças que possam lhe ajudar.

Estágio da Depressão - Acontece quando existe o reconhecimento da perda. É um tempo de profunda dor e pesar, marcados por choro, tristeza, introspecção e isolamento.

---

452 WORDEN, 2013. p. 03.
453 WORDEN, 2013. p. 21.
454 WORDEN, 2013. p. 19.
455 KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

Estágio da Aceitação - Não significa o fim do sofrimento, mas é um período em que a pessoa deixa de lutar contra a morte e a aceita como sendo algo irreversível.

Estágio da Esperança - É um estágio que perpassa todas os outros. Há uma esperança de que algo pode acontecer e tudo se reverter.

Luto em Fases. É um enfoque alternativo utilizado pelo psicólogo e psiquiatra John Bolwby. Em seus estudos realizados com crianças e viúvas, o autor observou que o luto se desenvolve em 4 fases.[456]

1ª Fase: Choque ou torpor – é a fase marcada pelo choque e pela negação imediata dos acontecimentos. A pessoa enlutada vive, mas não entende o que aconteceu. Nada parece ser real. É uma fase que tem um curto período de duração.

2ª Fase: Busca pelo Outro e Saudade – é a fase em que a pessoa enlutada deseja que a pessoa morta retorne. É caracterizada por fortes emoções, agitações físicas e sofrimento psicológico.

3ª Fase: Desorganização e Desespero – essa fase inicia quando há aceitação de que a morte realmente aconteceu. A pessoa enlutada apresenta apatia, indiferença, afastamento social, desinteresse, insônias, falta de apetite.

4ª Fase: Reorganização – nesta última fase, o enlutado se dá conta da realidade e começa a adaptar a sua vida sem a pessoa que morreu.

Luto em Tarefas. O americano Willian Worden, nos anos 50, apresenta esta nova forma de entender o processo do luto. Ele não discorda dos estudos até então realizados sobre o Luto em Estágios e Luto em Fases, mas amplia sua percepção.

Enquanto para Kübler-Ross e para Bowlby o processo do luto implica um processo linear, sequencial e previsível de acontecer, Worden acredita que as tarefas do luto podem ajudar a pessoa enlutada a reconhecer, sozinha ou com a ajuda de alguém, o momento, o estágio ou a fase em que ela se encontra, e a parti dali realizar ativamente quatro tarefas em direção à superação do luto.[457]

1ª Tarefa do Luto: aceitar a realidade da perda[458] - a primeira grande tarefa é aceitar e encarar o fato e a dura realidade de que a pessoa falecida já não voltará. Para Worden, o oposto da aceitação é a descrença por parte da negação. Em alguns casos de negação extrema, pode acontecer através da

---

456 FRANCO, Helena Pereira Franco. **Luto em Cuidados Paliativos**. Disponível em: <http://www.4estacoes.com/pdf/textos_saiba_mais/luto_em_cuidados_paliativos.pdf>. Acesso em 15 de outubro de 2020.

457 WORDEN, 2013, p. 20.

458 WORDEN, 2013, p. 21.

mumificação, que é quando a família enlutada se apossa do falecido e de seus pertences e deixa tudo intacto para quando ele retornar/acordar (roupas lavadas, objetos pessoais arrumados, quartos não mexidos, ...). No outro extremo da mumificação, está a afirmação de que a pessoa tinha menos importância e significância do que realmente ela tinha. Essa negação se apresenta nas frases "Ele não era um bom pai", "Nós não éramos muito próximos", "Eu não o perdi".[459] É mais fácil acreditar que a pessoa está viajando do que aceitar o fato da morte. Mas, em algum momento a pessoa enlutada precisará encarar o fato de que a pessoa se foi e não voltará. A aceitação da perda leva tempo, pois implica não apenas em aceitação intelectual, mas também emocional".[460] Para a aceitação da perda, Worden acredita que a participação nos rituais cristãos é uma grande ajuda no processo de despedida e elaboração do luto. Na despedida os enlutados veem, tocam, sentem e falam sobre o acontecido.

2ª Tarefa do Luto: Processar a dor[461] - O luto provoca dor; essa dor pode ser física, emocional, social e também espiritual. Para alguns, a dor do luto é mais intensa e para outros nem tanto; somente não sofre aqueles que não possuem vínculos. Muitos enlutados procuram várias formas de suprimir a dor, sejam elas, não pensando na pessoa falecida, viajando, regressando logo ao trabalho, consumindo bebidas alcoólicas, enchendo a casa de pessoas para gerar um clima de alegria e descontração, enfim. É um reflexo da corrente que existe na sociedade em negar a dor e de evitar falar sobre assuntos sensíveis. Mas evitar a dor da perda somente prolongará o processo do luto.

3ª Tarefa do Luto: Ajustar-se a um mundo sem a pessoa morta[462] - A pessoa enlutada precisa realizar ajustes em três esferas de sua vida. Worden os chama de ajustes externos, internos e espirituais. Nos ajustes externos, a pessoa enlutada, na maioria das vezes, não está consciente de todos os papeis que a pessoa falecida desempenhava. A pessoa precisa aprender e incorporar afazeres que antes não lhe pertenciam, como por exemplo, assumir as tarefas na casa, na família, nos negócios, nas economias. Sacar dinheiro de um caixa eletrônico pode ser uma árdua tarefa. Neste contexto, uma rede de apoios é extremamente importante. Nos ajustes internos, a morte desafia o próprio "ser" da pessoa enlutada. Dependendo da forma em que os membros da família se organizavam, a identidade da pessoa enlutada estava diretamente ligada à vida da pessoa falecida. A frase "Eu vivia em função da necessidade

459 WORDEN, 2013, p. 22.
460 WORDEN, 2013, p. 23.
461 WORDEN, 2013, p. 24.
462 WORDEN, 2013, p. 25.

desta pessoa", "A minha vida era ele/ela", retratam bem o conceito e demonstram que a identidade da pessoa enlutada estava junto da pessoa falecida. Para superar esta fase, a tarefa do enlutado é responder a frase: "Quem sou eu agora?".[463] Não obstante, a pessoa enlutada ainda precisa ajustar elementos espirituais que a acompanham, pois ela poderá mudar dependendo da perda. Uma morte tranquila de alguém de 89 anos é completamente diferente de uma morte de uma criança que falece com câncer. Na primeira compreensão há um Deus bondoso e benevolente e na segunda, um Deus ausente, injusto. "A questão não é como encontrar uma resposta, mas sim como viver sem ela".[464]

4ª Tarefa do Luto: Encontrar conexão duradoura com a pessoa morta em meio ao início de uma nova vida[465] - A tarefa da pessoa enlutada é reposicionar as lembranças, a saudade e o sentimento que ainda existe. Reposicionar não é esquecer, mas é encontrar um lugar adequado para quem se foi. "Um enlutado nunca esquece completamente a pessoa morta que era tão valiosa em sua vida e nunca retira totalmente o investimento em sua representação".[466]

Para Worden, o processo de luto termina quando a pessoa enlutada não tem mais a "necessidade de reativar a representação do morto com necessidade excessiva, no curso do dia a dia".[467]

No processo de enfrentamento e superação do luto, não importa se eles acontecem em estágios, fases ou tarefas, o importante é que a pessoa está diante de um caminho árduo de superação, ressignificação e reelaboração de lembranças e sentimentos. Entender o processo do luto somente tem finalidade quando existem pessoas que se colocam à disposição em acompanhar e auxiliar a pessoa em seu processo.

O luto é vivido de forma individual, ou seja, cada pessoa o percebe e o vivencia de forma diferente. Cada pessoa vive a dor da sua maneira. Entender todas as teorias apresentadas dos diferentes autores é relevante, pois não enquadra, o processo do luto em algo fechado, mas faz entender que esse "vai e vem" é normal e que chegará um dia em que a dor não será mais tanta. Chegará o dia em que a pessoa falecida já ocupará uma memória e lugar diferente na vida da pessoa que se despediu.

Para algumas pessoas o processo pode levar mais tempo, para outra menos. O importante é saber que luto não é doença. Ele precisa ser vivido,

---

463 WORDEN, 2013, p. 27.
464 WORDEN, 2013, p. 28.
465 WORDEN, 2013, p. 28.
466 WORDEN, 2013, p. 28.
467 WORDEN, 2013, p. 28.

falado, pranteado, pois, quando a dor é escondida, o sofrimento, que existe ali de forma camuflada, poderá vir à tona de outras formas e manifestações, transformando-se, aí sim, em doença. Permitir-se viver o luto numa sociedade que pouco fala da morte e de despedidas, é um desafio.

Como já afirmado antes, o luto é um caminho individual, mas ele não precisa ser enfrentado sozinho. Nesta perspectiva, a Igreja, a família e os amigos são um grupo de extrema importância para o processo de acompanhamento da pessoa enlutada.

3 Reflexões sobre o acompanhamento pastoral a pessoas enlutadas

O tempo de pandemia causado pelo novo coronavírus foi e está sendo um tempo de muitas dores e incertezas. A falta de um tratamento, a distância e falta de comunicação com a pessoa internada, a falta de clareza no diagnóstico e tratamento por parte dos profissionais da saúde, foram fatores que contribuíram para gerar um estado de medo e insegurança.

Peres e Lavor afirmam que, juntamente com os fatores nominados acima, a "ausência dos rituais de despedidas e o cumprimento de todas as medidas sanitárias necessárias ao momento acabam por alterar o processo de construção de sentidos em torno da compreensão da morte".[468] "Não houve abraço. O caixão ficou fechado Uma fotografia impressa da dona Maria José foi o mais perto que conseguiram de um ritual"[469]. O sentimento de luto é quase geral,[470] tanto para quem perdeu alguém, quanto para os que se comoveram acompanhando o número dos casos e mortes.

Toda essa situação vivida, juntamente com a necessidade do isolamento social, fez com que muitas pessoas precisassem viver o seu luto de maneira solitária. Mas, como citado anteriormente, o luto, é sim um caminho individual, mas que não precisa ser vivenciado de maneira solitária.

Retomando a perspectiva de Worden, é importante ressaltar que muitas pessoas facilmente elaboram e vencem as tarefas do luto, já outras precisam "buscar aconselhamento profissional para ajudá-las com

---

468 PERES, Ana Claudia; LAVOR, Adriano de. Sobrevivência e luto: cinco famílias atravessadas pela COVID-19 compartilham a angústia de viver a pandemia por dentro. **RADIS**: Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, n. 214, p. 12-21, 2020. p. 14.

469 PERES, 2020, p. 17.

470 Estudos já afirmam que vivemos um tempo de luto coletivo.

pensamentos, sentimentos e comportamentos, com os quais elas estão encontrando dificuldade de lidar".[471]

A Igreja Cristã, e de forma especial a Igreja Luterana, possui uma bela e rica tradição de cuidado com as pessoas que atravessam momentos de dor e crise,[472] como por exemplo, através do rito fúnebre, da oração memorial, da visita à casa da pessoa falecida, etc.[473]

> Devido ao isolamento, a presença junto ao paciente infectado e até mesmo os ritos de despedida, ações integrantes do processo de luto não podem ser realizadas por seus entes queridos como habitualmente o fazem. Nesse contexto, as possibilidades são aumentadas para o desenvolvimento de um luto complicado, ou seja: quando o processo de luto se dá de forma mais intensa e duradoura do que o esperado, por não ter conseguido processar a situação nem se despedir de forma que lhe permita ter um senso de realidade e concretude.[474]

Para dentro deste contexto, este artigo quer chamar a atenção para um conceito que vem crescendo na área da Teologia Prática, principalmente com os estudos relacionados à Capelania Hospitalar, que é o conceito do *Acompanhamento Pastoral*.

O Acompanhamento Pastoral é um termo bem recente e desprovido de referências teóricas para fundamentá-lo. Entretanto, na prática pastoral é algo que há muito tempo vem acontecendo, e mais fortemente neste tempo de pandemia e distanciamento social.

O Acompanhamento Pastoral está intrinsicamente ligado ao Aconselhamento Pastoral, mas se diferem principalmente na postura e na intenção do aconselhador/acompanhador. Schneider-Harpprecht destaca que o próprio nome "aconselhamento" pode sugerir que a atividade desempenhada implique "uma relação de poder que não deixa espaço para a livre articulação do seu parceiro de comunicação e para o desenvolvimento independente do mesmo".[475]

---

471 WORDEN, 2013, p. 56.

472 CLINEBELL, Howard. **Aconselhamento Pastoral**: modelo centrado em libertação e crescimento. 2. ed. São Paulo, SP: Paulus, São Leopoldo: Sinodal, 1998. p. 14.

473 MANSK, 2010, p. 31.

474 FIOCRUZ. **Processo de luto no contexto da Covid-19**. Saúde Mensal e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19. Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-covid-19.pdf>. Acesso dia 18 de outubro de 2020.

475 SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org). **Teologia prática no contexto da América Latina**. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo, SP: ASTE, 2005. p. 291.

Para criar uma diferenciação entre o Aconselhamento e o Acompanhamento, poderíamos distinguir através do uso ativo e o uso passivo dos elementos disponíveis. Ambas utilizam a escuta, a presença, o toque, a oração, o olhar e outros, como elementos de ajuda. Para o Aconselhamento Pastoral as orientações são de que estes elementos sejam utilizados de forma ativa, auxiliando a pessoa a superar a sua situação, e fazer com que ela encontre nela mesma as respostas para seguir adiante.

Já o Acompanhamento Pastoral, possui uma postura passiva, misericordiosa e amorosa. Entende, também para dentro do luto, que cada pessoa possui o seu tempo e o seu processo específico. A função do acompanhador é de estar ao lado, acompanhar, fortalecer, encorajar, animar, abraçar a pessoa em sua dor, respeitando e concedendo autonomia.

Muito mais do que aconselhar, o Acompanhamento Pastoral tem por fim ser a presença humana junto da pessoa que sofre. Analisando a terminologia, o Dicionário Aurélio diz que *acompanhar* é ir junto, seguir, reconduzir; e no sentido figurado é ouvir com atenção e entender o que é dito [...]".[476]

Aplicando isso para dentro do contexto religioso e pastoral, poderíamos conceituar o termo Acompanhamento Pastoral da seguinte forma: Acompanhar é estar ao lado da pessoa em sua necessidade; é conviver com ela e com sua dor, seguindo o seu próprio ritmo de caminhada. É acompanhar através de uma postura aberta, utilizando-se da escuta, da empatia e do afeto, desvestido de toda e qualquer opinião e juízo de valor.

Em outras palavras, poderíamos dizer que cada pessoa fica "enlutada de sua maneira, não existindo, portanto, maneiras melhores ou piores, nem a imposição de uma sequência rígida, que normatiza o processo. O luto é uma experiência pessoal e única para cada pessoa e assim precisa ser respeitado".[477]

Boldt, quando se refere ao cuidado de pessoas enfermas em hospitais, afirma que "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"[478] são formas de alcançar o amor e o cuidado de Deus à pessoa em seu sofrimento.

---

476 Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/acompanhar>. Acesso dia 26 de outubro de 2020.

477 FIOCRUZ, 2020, p. 8.

478 BOLDT, Vanderlei. **A capelania hospitalar e o acompanhamento a pessoas em situação de cuidados paliativo**: o desafio da humanização dos serviços em saúde. Dissertação (Mestrado Profissional). Faculdades EST, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, RS, 2019. p. 35

Através do Acompanhamento Pastoral a Igreja é o braço de Deus que está presente junto da pessoa em seu sofrimento. Por isso, a pessoa que acompanha precisa estar disponível para ouvir e ser um canal receptor de emoções e sentimentos latentes. Estar aberta para inclusive acolher as perguntas difíceis que a pessoa possui, entendendo que muitas destas perguntas difíceis não são exatamente perguntas, mas sim desabafos e inquietações.

O acompanhador precisa ser um ouvinte paciente, pois haverá momentos em que a pessoa enlutada precisará contar muitas vezes a sua história. É preciso ouvir as histórias das pessoas enlutadas, uma, duas, três, ou quantas vezes forem necessárias. Ao contar a história a pessoa enlutada vai elaborando a sua própria perda.[479]

A pessoa que acompanhará pastoralmente precisa escutar empaticamente. Normalmente no acompanhamento aos enlutados, as pessoas estão mais preocupadas em trazer a mensagem do evangelho e consolá-lo, que a ouvi-lo.[480]

A escuta empática coloca a pessoa que acompanha na pele da outra pessoa. Ouve tudo o que ela tem a dizer. Desveste-se de tudo o que tem a dizer. Abstém-se de qualquer conselho ou recomendação que poderia dar. É importante despertar na pessoa um sentimento muito maior do que simplesmente ter escutado; é despertar um sentimento de ser ouvido, amado e amparado, sem ser julgado.[481]

No Acompanhamento Pastoral a ação primordial do acompanhante é estar ao lado, caminhando, ouvindo, acolhendo, sofrendo e celebrando a cada superação. Não é função da pessoa acompanhante dar respostas, indicativos ou mostrar caminhos. O que, sim, ela poderá fazer são perguntas, e através delas ajudar com que a pessoa se dê conta do sentimento que possui, dos desafios que tem pela frente e também dos logros que ela já alcançou.

O foco é a pessoa acompanhada. Até mesmo a oração, que quase sempre é oportuna, pode perder o sentido se o seu propósito não é levantar o lamento, a dor ou a alegria que está no coração da pessoa até Deus. A oração precisa apresentar a Deus o que ela pensa e o que ela sente; mas tudo isso dependerá da escuta atenta e empática por parte do acompanhador pastoral.

Outro aspecto importante é que o Acompanhamento Pastoral não acontece somente através de uma pessoa. Ele pode acontecer de muitas

---

479 WORDEN, 2013, p. 61.

480 SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. **Como acompanhar doentes**. São Leopoldo: Sinodal, 1994. p. 66.

481 SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994, p. 67.

maneiras, seja através de uma pessoa visitadora ou de todo um grupo de pessoas ou redes de apoio. Neste acompanhamento, a comunidade cristã possui um papel fundamental.

Na visitação e no acompanhamento, a presença da comunidade cristã é a presença do próprio Cristo. Schneider-Harpprecht diz que "a visitação no sentido bíblico, é uma forma de comunicação e relacionamento da igreja como corpo de Cristo consigo mesma, é uma forma de relacionar-se com ele e experimentar a sua presença".[482]

> Queremos ir ao encontro da pessoa, aceitar as áreas de tensão na vida dela, entender o que ela faz, pensa, sente, ouvir como vivencia as relações com familiares, parentes, amigos e colegas. Na conversa queremos compartilhar, na medida do possível, o que ela está sofrendo, repartir também o que é significativo para a sua e a nossa relação com Deus. Buscamos consolo e orientação no evangelho e meios de ajuda concreta, se for necessário.[483]

Hoje, grande parte das igrejas já retomaram, de forma gradual**,** atividades, principalmente com os cultos. Mas antes da retomada, a pandemia ensinou que existem muitas formas de uma comunidade de fé permanecer conectada e ativa, através dos meios digitais. Sobre a presença ativa da comunidade cristã, o livro sobre Funeral Cristão lembrará que

> de suma importância para as pessoas enlutadas são a presença e o apoio da comunidade da qual elas são parte. A comunidade de fé também representa o corpo de Cristo no qual a pessoa falecida entrou pelas águas do batismo do qual não pode ser separada nem pela morte.[484]

A comunidade de fé, através do Acompanhamento Pastoral, proclama e vive a sua fé no Deus Emanuel – o Deus conosco, presente com aqueles que choram e experimentam o vazio deixado pela morte.

A pandemia gerada pela Covid-19 trouxe muita dor, angústia e solidão, e ao mesmo tempo uma grande oportunidade para que a humanidade desenvolva seus mais ricos valores, como a compaixão, a solidariedade, a fé e o amor. A igreja assume a missão de, além de ser a porta voz do Evangelho,

---

482 SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994. p. 59.
483 SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1994. p. 65.
484 MANSK, 2010, p. 30.

acompanhar as pessoas em suas muitas situações de vida e assim, contribuir para a recuperação e a cura das almas feridas pela dor da morte e do luto.

4 Considerações finais

O tempo de pandemia que vivemos tem sido extremamente difícil e assustador. A rápida contaminação e a multiplicação do novo coronavírus tem deixado um lastro de dor e devastação no mundo inteiro. Muitas pessoas perderam seus amados; tiveram o sentimento de que seu ente querido foi arrancado bruscamente de sua vida. Mas a pandemia não somente trouxe sofrimento às pessoas enlutadas que perderam seus familiares devido à Covid-19, senão que também para todas as pessoas enlutadas. O processo de despedida e luto foi alterado para todas as pessoas.

Antes, na cultura brasileira, as famílias possuíam até 24h para velar e se despedir da pessoa falecida. Hoje, devido à contaminação e proliferação do vírus, velórios acontecem com até 4h de duração; isto é, quando for permitido realizar o velório.

A morte repentina, a falta da despedida e ritos religiosos, o distanciamento social, a não presença de familiares e amigos fez com que muitas pessoas sofressem e atravessassem sozinhas o seu luto. Em si, todo o processo do luto foi alterado. Muitos lutos que, em situações normais, seriam enfrentados e superados com mais facilidade, tiveram complicações.

Para entender o processo de superação do luto, abordamos as teorias de Elisabeth Kübler-Ross, John Bolwby e Willian Worden, sobre o processo de elaboração do luto em Estágios, em Fases e em Tarefas, respectivamente. Uma grande bagagem vivencial e teórica para auxiliar uma melhor compreensão deste tempo difícil. Cada uma destas teorias possui a sua peculiaridade, mas tem um objetivo comum, o de ajudar o enlutado e/ou o profissional a entender o momento que a pessoa vive.

Para quem sofre, não importa se o luto acontece em estágios, fases ou tarefas, o importante é que ela está diante de um caminho difícil de superação, recuperação e de reelaboração dos seus sentimentos.

Mesmo que o luto seja vivido de forma individual, não significa que a pessoa necessita passar por este momento sozinha. Nesta perspectiva, a família, os amigos e também a igreja precisa se dispor a acompanhar a pessoa que sofre.

A comunidade de fé, através do Acompanhamento Pastoral, precisa aprender a estar ao lado das pessoas em sua dor. Este é um ato de cuidado, de misericórdia e de amor. Acompanhar significa estar ao lado, ir junto, reconduzir, ouvir com atenção; de forma que a tarefa do Acompanhamento

Pastoral é acompanhar, fortalecer, encorajar, animar e abraçar a pessoa em sua dor.

No Acompanhamento Pastoral, que pode ser desenvolvido por uma pessoa em específico, ou por toda uma comunidade de fé, a Igreja se torna o braço de Deus que está presente junto das pessoas em seus sofrimentos. O foco é a pessoa acompanhada.

Todo o tema da morte, do luto e do acompanhamento pastoral é extremamente vasto e não se esgota de nenhuma forma. Fica aqui o desafio para que a Teologia Prática continue ampliando e pesquisando sobre o assunto.

Referências

BOLDT, Vanderlei. **A capelania hospitalar e o acompanhamento a pessoas em situação de cuidados paliativo**: o desafio da humanização dos serviços em saúde. Dissertação (Mestrado Profissional). Faculdades EST, Programa de Pós-Graduação, São Leopoldo, RS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus: Covid-19**. Publicação 23 de março de 2020. Disponível em: <http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>. Acesso dia 17 de agosto de 2020.

CLINEBELL, Howard. **Aconselhamento Pastoral**: modelo centrado em libertação e crescimento. 2. ed. São Paulo, SP: Paulus, São Leopoldo: Sinodal, 1998.

Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/acompanhar>. Acesso dia 26 de outubro de 2020.

FELTZ, Deolindo. **Câncer e espiritualidade**: sofrimento e ajuda. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2018.

FIOCRUZ. **Processo de luto no contexto da Covid-19**. Saúde Mensal e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19. Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-covid-19.pdf>. Acesso dia 18 de outubro de 2020.

FRANCO, Helena Pereira Franco. **Luto em Cuidados Paliativos**. Disponível em: http://www.4estacoes.com/pdf/textos_saiba_mais/luto_em_cuidados_paliativos.pdf. Acesso dia 15 de outubro de 2020.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. *In*: STRACHEY, J. (Ed. E Trad.). **Edição standart brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de janeiro: Imago, 1980. (obra original publicada em 1917 [1915]). v. 14, p. 271-291.

HOCH, Lothar Carlos; ROCCA LARROSA, Susana Maria; (Orgs). **Sofrimento, resiliência e fé**: implicações para as relações de cuidado. São Leopoldo: Sinodal, Faculdades EST, 2007.

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

IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASIL; MANSK, Erli. **Funeral cristão: fundamentos e liturgias**. São Leopoldo: Sinodal, Porto Alegre, RS: IECLB, 2010. p.30.

JÜNGEL, Eberhard. **Morte**. 2ª ed. São Leopoldo: Sinodal, 1980.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. Editora Martins Fontes. São Paulo: 1996.

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

PERES, Ana Claudia; LAVOR, Adriano de. Sobrevivência e luto: cinco famílias atravessadas pela COVID-19 compartilham a angústia de viver a pandemia por dentro. **RADIS**: Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, n. 214, p. 12-21, 2020.

Portal da Transparência do Registro Civil. Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais. Disponível em: <https://transparencia.registrocivil.org.br/registros>. Acesso dia 27 de outubro de 2020.

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

SANTOS, Hugo N.; HOCH, Lothar Carlos. **Dimensões do cuidado e aconselhamento pastoral**: contribuições a partir da América Latina e do Caribe. São Paulo, SP: ASTE, São Leopoldo: CETELA, 2008.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org). **Teologia prática no contexto da América Latina**. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo, SP: ASTE, 2005.

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

TEIXEIRA, FLOR. **Luto**: ritual do velório não é recomendado durante pandemia – Flor Teixeira. <https://portal.unit.br/blog/noticias/luto-ritual-do-velorio-nao-e-recomendado-durante-pandemia>. Acesso dia 22 de junho de 2020.

WHITE, James F. **Introdução ao Culto Cristão**. São Leopoldo: Sinodal/IEPG, 2005.
WORDEN, J. WILLIAN. **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto**. Um manual para profissionais da Saúde Mental. 4ª ed. Editora Roca Ltda – GEN. São Paulo: 2013.

Grupos terapêuticos como método para o aconselhamento pastoral a enlutados no contexto das comunidades eclesiais

Cleber Fontinele Lima
Thomas Heimann

Resumo: Este artigo tem como foco a apresentação do grupo terapêutico como método para o aconselhamento pastoral no que se refere ao acompanhamento a pessoas enlutadas no contexto das comunidades eclesiais. O objetivo da pesquisa foi mostrar ao leitor a importância deste tipo de grupo para o processo de ajuda no enfrentamento das dificuldades que o luto acarreta. A pesquisa é de cunho exploratório e bibliográfico e procurou demonstrar as características e benefícios de grupos terapêuticos como método de intervenção e ajuda na tarefa poimênica e de aconselhamento pastoral a enlutados. Observou-se que o grupo terapêutico é um importante método de auxílio para os processos de elaboração do luto, podendo ser utilizado como técnica complementar ao aconselhamento individual no ambiente das comunidades eclesiais. Verificou-se que grupos terapêuticos se transformam em ambientes onde as pessoas encontram cuidado físico, emocional e espiritual, num processo de identificação e socialização de sentimentos comuns, auxiliando no enfrentamento de suas dores, na elaboração do luto e na continuidade da vida após a perda de pessoas significativas.

Palavras-chave: Luto. Aconselhamento Pastoral. Grupo Terapêutico.

1 Introdução

A sociedade pós-moderna apresenta como algumas de suas características o individualismo e a subjetividade no comportamento do ser

humano.[485] Cada vez mais as pessoas fecham-se em si mesmas, optam por experiências individuais em todos os espaços da vida e tornam-se egoístas e sem paciência diante das relações interpessoais e tudo do que esta exige.

No contexto eclesial, percebe-se confissões que promovem o indivíduo em detrimento do comunitário. Neste sentido, a experiência de grupos terapêuticos no espaço comunitário se torna importante à medida que possibilita cuidado, dignidade, coletividade, vivência, consolo e sentimento de pertença a pessoas membros de uma comunidade eclesial ou não. Desse modo, portanto, a comunidade eclesial torna-se um espaço fértil para o surgimento de grupos terapêuticos a pessoas em crise e vulnerabilidade. Estes grupos ajudam seus membros a ressignificarem suas vidas, objetivando encontrar soluções e auxílio para as dificuldades e enfermidades a que estão expostos.

Conjetura-se que o aconselhamento pastoral é uma ferramenta importante no acompanhamento a pessoas em situação de crise e fragilidade espiritual e que o mesmo se caracteriza pela atitude de escuta, diálogo, presença solidária e como meio do testemunho do amor de Deus pela sua criação. Ancorado nesta hipótese, esta pesquisa entende que ao evidenciar o grupo terapêutico como método para o aconselhamento pastoral a pessoas enlutadas no contexto das comunidades eclesiais possibilita-lhes auxílio, encorajamento, cuidado, ânimo, amparo e consolo frente a situações de crise.

Se, de um lado, como afirmado anteriormente, existe a constatação de que a pós-modernidade traz como alguns de seus paradigmas o individualismo e a subjetividade no comportamento do ser humano, de outro, percebe-se que pessoas estão à procura de redes de apoio com semelhantes que experimentam e vivenciam situações comuns. A Igreja e os grupos de apoio, pertencentes a ela ou não, são organismos fundamentais nestes tempos pós-modernos caracterizados, também, por atitudes de extrema relativização.[486] Frente a isso, a pesquisa aqui retratada tem sua relevância quando se propõe a abordar o grupo terapêutico como método para o aconselhamento pastoral a enlutados no contexto das comunidades eclesiais.

---

485 Cf. o artigo do Dr. Frei Nilo Agostini, intitulado: Pós-Modernidade e ser humano. Este autor, ao refletir o ser humano pós-moderno: quem é ele? Desenvolve como algumas de suas características as dimensões do individualismo e da subjetividade. (c**f. Revista de Cultura Teológica**. São Paulo: IESP/PFTNSA. Vol. 16 – nº 63 – abr/jun 2008. p. 113-126).

486 AGOSTINI, Nilo. Pós-Modernidade e ser humano. **Revista de Cultura** Teológica. São Paulo: IESP/PFTNSA. Vol. 16 – nº 63 – abr/jun 2008. p. 113 a 126.

Em consonância com Antônio Carlos Gil[487] a metodologia aqui utilizada é de natureza básica, exploratória, descritiva e que vai usar como técnica a pesquisa bibliográfica.

2 O Luto Como Uma Dimensão Da Vida

De início, torna-se importante e necessário afirmar que o entendimento sobre o luto que será tratado neste artigo refere-se ao luto em decorrência da morte de alguém querido, familiar ou não, visto que para a psicologia o luto é um fenômeno que pode estar vinculado a qualquer tipo de perdas vivenciadas pelos indivíduos ao longo de sua vida.

Importante também frisar que, nesta seção, deseja-se falar sobre o luto como um processo[488] na vida da pessoa, na perspectiva de que ela pode encontrar ajuda no aconselhamento pastoral, quando decide participar de um grupo de apoio a enlutados no espaço da comunidade eclesial. Portanto, não se pretende aprofundar o estudo do luto nos seus aspectos psicológicos, sociológicos, antropológicos e tão pouco, teológicos. Porém, alguns elementos gerais sobre o luto serão descritos a seguir para uma compreensão básica acerca do tema.

2.1 Aspectos Emocionais da Pessoa Enlutada

A morte de alguém próximo é uma das dores mais profundas que uma pessoa pode experimentar. Esta experiência traz consequências psicológicas e sociais para a vida de quem está de luto. Rubem Olino, autor de obra sobre o luto, chega a dizer que "a experiência do luto envolve a pessoa toda: o corpo, os sentimentos, o espírito, o estilo de vida, o comportamento e as atitudes sociais. Enfim, todo nosso ser."[489] Seguindo um mesmo raciocínio, a

---

487 GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2016.

488 Importante enfatizar que o entendimento do luto como um processo está ancorado nas afirmações de J. William Worden que em seu livro: **Terapia do Luto: um manual para o profissional de saúde mental.** 2. ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1998. p. 23-30, percebe o luto como um processo. Worden descreve e reflete, ainda, quatro tarefas do processo do luto, a saber: I- Aceitar a realidade da perda; II- Para elaborar a dor da perda; III- Ajustar-se a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu; IV- Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e continuar a vida.

489 OLINO, Rubem. **Luto**: uma dor perdida no tempo. Niterói - RJ: Vide Comunicações,1993. p. 93.

psicóloga Ana Paula Reis da Costa afirma que "O luto é um processo de assimilação e elaboração da perda [...] caracteriza-se por um temporário, naturalmente 'depressivo', onde o ego trabalha para adaptar-se às mudanças frente à perda de uma pessoa amada."[490]

Em todo o capítulo três de seu livro, Olino apresenta o estado emocional do enlutado. Ali ele entende que a melhor forma de ajudar a pessoa enlutada "é compreendê-la por tudo aquilo que ela está atravessando nos vários níveis do seu ser. Compreendê-la em suas atitudes e reações."[491] Com relação a algumas reações físicas da pessoa enlutada, Olino descreve:

> A perda da pessoa com a qual mantemos laços afetivos produz mudanças em nosso corpo, altera nossas funções digestivas, circulatórias e glandulares. Existem reações que são imediatas, e entre elas podemos citar: gritos, desmaios, sensação de secura na boca, tensão na garganta, respiração curta e falta de ar. As seguintes reações também são comuns: dor no peito, dor de cabeça, sensação de compressão na cabeça e no pescoço, perda do apetite [...]; perda do sono [...]; perda da força física [...]; perda da concentração mental [...]; um sentimento profundo de inutilidade, inquietude, depressão, ansiedade, enxaqueca, culpa-ira, irritabilidade, retraimento, perda do objetivo da vida.[492]

Já um dos eminentes pesquisadores do luto, William Worden, aponta para alguns sentimentos e comportamentos presentes na vida de uma pessoa enlutada, que fazem parte do processo de luto normal. São eles: tristeza, raiva, culpa e autorrecriminação, ansiedade, solidão, fadiga, desamparo, choque, anseio, emancipação, alívio, estarrecimento. [493]

Como se percebe, os aspectos emocionais/relacionais que envolvem uma pessoa enlutada são abrangentes e variados. Bem por isso, o processo do luto desencadeia reações emocionais e comportamentais que podem levar uma pessoa ao adoecimento se não tiver ajuda para superá-los. Nesta perspectiva, o convívio pessoal com o luto pode ganhar apoio no grupo

---

490 COSTA, Ana Paula Reis da. Educação para a morte: a psicologia em situações de luto e perdas. *In*: BRUSTOLIN, Leomar Antônio (Org.). **Morte**: uma abordagem para a vida. Porto Alegre: EST, 2007. p. 74.

491 OLINO, ,1993, p. 93.

492 OLINO, 1993, p. 93, 94.

493 Nesta seção, apresenta-se apenas os títulos dos sentimentos e comportamentos elencados por Worden. Para aprofundamento de cada título é possível encontra-los em: WORDEN, J. William. **Terapia do luto:** um manual para o profissional de saúde mental. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1998. p. 36-39.

terapêutico em termos do desenvolvimento de seu processo e de seu esmaecer.

2.2 Luto como Processo

O que é o luto? O que ele provoca na pessoa enlutada? Como agir frente a situação de luto? Estas são perguntas importantes, à medida que, na tentativa de se encontrar respostas para elas, se possa ter a sensibilidade de perceber que as pessoas nelas envolvidas têm sentimentos de solidão, medo, frustração e angústia. Esta pesquisa compreende o luto como um processo na vida de uma pessoa. Por esse motivo, destaca a necessidade que a pessoa enlutada tem de tomar decisões para enfrentar corajosamente as consequências provocadas pelo luto. O médico e tanatólogo Evaldo D'Assumpção ratifica este raciocínio ao afirmar:

> Diante de uma grande perda, de um enorme sofrimento, todos podem escolher dois caminhos, duas atitudes: ou se tornar vítima, curvando-se diante dos infortúnios e lamentando incessantemente as desgraças que lhe sobrevêm, ou assumir o papel de sobrevivente, aquele que luta para vencer as adversidades, que reconhece a impermanência de todas as coisas e, por isso, recusa-se a ser vítima. [494]

Ao optar por não ser vítima, a pessoa enlutada estará dando um significativo passo para a solução de seus infortúnios. Esta atitude a colocará em processo de alcançar novas perspectivas na vida, apesar da dor decorrente da perda de alguém querido. No processo de luto, por estarem envolvidos alguns dos sentimentos mais profundos da pessoa humana, é que se deve com muito amor, carinho e cuidado amparar os/as enlutados/as. D'Assumpção ao relatar a experiência do Grupo de Suporte ao Luto (GSuL), enfatiza de forma muito contundente:

> Por tudo isso, é importantíssimo que o luto seja adequadamente trabalhado, ressaltando a certeza de que a vida continua, mesmo que a pessoa insista em pensar o contrário. Deve-se ressaltar também que o mundo, com tudo o que nele existe, continua a precisar de todas as

---

494 D'ASSUMPÇÃO, Evaldo A. **Grupo de Suporte ao Luto (GSuL)**: São Paulo: Paulinas, 2003 (coleção Pastoral da saúde). p. 15.

> pessoas, inclusive dela, independentemente de suas perdas e de seus sofrimentos. [495]

Por ter seu valor e função singulares no mundo, a pessoa enlutada precisa compreender que, se sozinha não consegue vencer o seu processo de luto, então, necessariamente terá que buscar ajuda, sendo que uma das importantes formas para se obter ajuda são os grupos terapêuticos dedicados às pessoas enlutadas. O psiquiatra Colin Parkes, pesquisador na área do luto, sobre este tema enfatiza que "[...] o apoio em grupo é um bom meio para conhecer pessoas que se encontram nessa mesma situação, contribuindo, inclusive, para que os enlutados não se isolem socialmente." [496]

Olino também ratifica a importância de se buscar ajuda no grupo ao refletir que,

> O propósito do grupo é criar um ambiente onde as pessoas que sofrem com a perda de um ente querido possam chegar a se comunicar e a se apoiar mutuamente. Há um senso de afinidade e confiança que as pessoas sentem umas pelas outras quando sofrem juntas ou quando passam pelo mesmo problema e pela mesma dificuldade.[497]

E ainda de forma bastante enfática o mesmo autor assevera:

> É necessário que formemos grupos de apoio aos enlutados. A premissa é que seja formado por pessoas que já passaram pelo processo de luto e as que estão atravessando no momento. Repartir experiências, trocar sentimentos, analisar feridas, resulta em proveito a todos os enlutados. A ideia de grupo de apoio é muito mais fecunda do que sermões, filmes e leituras sobre a questão, e hoje está comprovado que as melhores terapias funcionam quando são realizadas em grupos.[498]

Howard J. Clinebell, importante teórico do aconselhamento pastoral, refletindo a partir de uma visão mais eclesiológica, ratifica a necessidade e importância terapêutica do grupo ao afirmar que "uma igreja de quaisquer

---

495 D'ASSUMPÇÃO, 2003, p. 14.

496 PARKES, Colin Murray. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998. p. 21

497 OLINO, ,1993, p. 81.

498 OLINO ,1993, p. 81 e 82

dimensões poderá suprir as necessidades poimênicas de muitos de seus membros através de diversos pequenos grupos de compartilhamento".[499]

O teólogo e conselheiro pastoral Lothar C. Hoch, não de outro modo, desenvolve uma reflexão equivalente ao intuir que,

> Para concretizarmos um projeto de comunidade terapêutica, contudo, é indispensável que apostemos mais na criação de grupos de pessoas que estejam vivendo uma situação parecida. O grupo oportuniza que elas possam se encontrar, compartilhar experiências, consolar-se reciprocamente e, quando possível, buscar soluções em conjunto. [500]

Depreende-se, do exposto até aqui, que o grupo de ajuda ou terapêutico é, de fato, uma ferramenta significativa para o processo de elaboração do luto na vida de uma pessoa. No grupo a pessoa encontrará ajuda para melhor enfrentar seu processo de luto. Neste sentido, então, na seção seguinte, a pesquisa voltará o seu olhar para o aconselhamento pastoral a enlutados. Apresentará aspectos específicos do aconselhamento, tendo como foco o cuidado com a pessoa enlutada.

3 O aconselhamento pastoral a enlutados

Este artigo traz como premissa que o aconselhamento pastoral é uma ferramenta importante no acompanhamento a indivíduos ou grupos em situação de crise e fragilidade espiritual. Esse aconselhamento se caracteriza pela atitude de escuta, diálogo, presença solidária e como meio do testemunho do amor de Deus pela sua criação. Neste sentido, entende-se que aconselhar pastoralmente pessoas enlutadas possibilita-lhes auxílio, encorajamento, cuidado, ânimo, amparo e consolo frente a fragilidade em que se encontram. A partir desse pressuposto aqui referido é que estarão embasadas as reflexões que seguem.

---

499 CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento Pastoral**: modelo centrado em libertação e crescimento. São Paulo: Paulinas; São Leopoldo/RS: Sinodal, 1987. p. 340.

500 HOCH, Lothar C. Comunidade terapêutica: em busca duma fundamentação eclesiológica do Aconselhamento Pastoral. *In*: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph; HOCH, Lothar Carlos. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ACONSELHAMENTO; ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ACONSELHAMENTO 2., 1997, Gramado, RS. **Fundamentos teológicos do aconselhamento.** São Leopoldo: Sinodal, 1998. p. 32.

3.1 Aconselhamento Pastoral – Definição

Ao buscar uma definição para Aconselhamento Pastoral, este estudo faz a opção propugnada por Clinebell. Isto porque depreende-se que sua definição abrange vários aspectos defendidos neste trabalho quanto a visão que se tem de grupos terapêuticos como método para o aconselhamento pastoral a grupos de enlutados no espaço das Comunidades Eclesiais. Clinebell define que

> Aconselhamento pastoral, constitui uma dimensão da poimênica[501], é a utilização de uma variedade de métodos de cura (terapêuticos) para ajudar as pessoas a lidar com seus problemas e crises de uma forma mais conducente ao crescimento e, assim, a experimentar a cura de seu quebrantamento. O aconselhamento pastoral é uma forma reparadora, necessária quando o crescimento das pessoas é seriamente comprometido ou bloqueado por crises. [502]

Nesta conceituação proposta por Clinebell, percebe-se elementos que tornam o aconselhamento pastoral uma ação dinâmica, pois não se reduz a mera conversação entre aconselhador e aconselhando; uma ação plural, pois não se resume a um método específico de terapia, mas abrange uma variedade de métodos e uma ação profundamente humana, pois denota envolvimento entre os agentes presentes na atividade de aconselhamento.

3.2 Quem realiza o Aconselhamento Pastoral?

Mesmo que o termo "aconselhamento pastoral" possa passar uma impressão de que esta seja uma tarefa ou ação reservada unicamente ao pastor ou à pastora, esta visão é logo refutada por importantes autores da teologia prática. Hoch defende,

> [...] em primeiro lugar, que Igreja verdadeira é Igreja solidária, onde os irmãos e as irmãs se consolam uns aos outros. Em segundo lugar, isso significa que a palavra "pastoral" implícita no nome "aconselhamento pastoral" não se refere apenas à pessoa do pastor. Tanto a consolação quanto a admoestação e o questionamento mútuos são direito e dever

---

501 Anteriormente a esta definição de Aconselhamento Pastoral, Clinebell define *Poimênica* como o ministério amplo e inclusivo de cura e crescimento mútuos de uma congregação e de sua comunidade, durante todo o ciclo de vida.

502 CLINEBELL, 2007, p. 25.

> de toda a comunidade cristã. Esta concepção se deriva do conceito reformatório do sacerdócio geral de todos os crentes. Ao definir o aconselhamento pastoral como uma função da comunidade, a Reforma ancorou-o teologicamente na eclesiologia.[503]

O teólogo e conselheiro Schneider-Harpprecht também faz o mesmo caminho de reflexão quando se refere ao trabalho de poimênica, como segue:

> Assim, a poimênica é uma dimensão da vida da comunidade cristã que encontra no aconselhamento pastoral o seu campo principal de trabalho. Como atividade de ajuda para indivíduos e grupos em situações de crise e conflito o aconselhamento pastoral está ligado à comunidade como rede de apoio aos membros.[504]

Clinebell, ao tratar do papel da liderança nutridora de crescimento em um grupo, ajuda no entendimento de uma descentralização de quem é o/a agente no aconselhamento, quando enfatiza:

> O fator mais crucial a determinar os efeitos de cura e crescimento de um grupo está na natureza e qualidade de sua liderança. No grupo centrado em autoridade, a comunicação aberta tende a não ocorrer. Membros ocultam seus sentimentos reais e se retraem da participação de corpo inteiro. [505]

E mais adiante, afirmativamente, sobre a liderança centrada no grupo e não em uma pessoa, este mesmo autor conclui que:

> Liderança centrada no grupo não é o mesmo que liderança *laissez faire* ou passividade do líder. Líderes centrados no grupo ajudam ativamente o grupo a liberar suas próprias potencialidades. Eles sabem que a única maneira em que isso pode ocorrer é eles não fazerem pelo grupo aquelas coisas que seus integrantes podem aprender a fazer por si mesmos. [506]

Depreende-se, portanto, que nesta compreensão de quem realiza o aconselhamento pastoral deva haver um maior envolvimento de pessoas. O

---

503 HOCH, 1998, p. 30.

504 SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. Aconselhamento pastoral. In:____. (Org.). **Teologia Prática no contexto da** América **Latina.** São Leopoldo: Sinodal: ASTE, 1988. p. 313.

505 CLINEBELL 2007, p. 344.

506 CLINEBELL, 2007, p. 345 e 346.

grupo atendido não fica refém de apenas um(a) aconselhador(a). Schneider-Harpprecht novamente reforça este entendimento, ao dizer que:

> A tarefa principal no aconselhamento pastoral comunitário é a formação de uma equipe interdisciplinar de leigos e profissionais que organizem e acompanhem o trabalho, se preocupem com a capacitação dos visitadores e líderes de grupos de aconselhamento, forneçam supervisão em casos difíceis e, se for necessário, consigam encaminhar pessoas para tratamento médico e psicoterápico. [507]

3.3 A Bíblia no Aconselhamento Pastoral a Enlutados

Todo aconselhamento que se apresenta como pastoral precisa, necessariamente, estar amparado e guiado pela Palavra de Deus. Isto porque, "A Bíblia, como mensagem de Deus é um livro realista que descreve a morte de muitas pessoas e o subsequente sofrimento de outras".[508]

Hoch, ao se referir a pastoral dos enfermos e enlutados, entende que na Bíblia e na oração existe "uma fonte inestimável de recursos para ajudar pessoas enlutadas".[509] E que, "Quem abre a Bíblia com o auxílio duma chave bíblica se surpreenderá com o elevado número de passagens que tematizam conceitos como 'sofrimento', 'lágrimas', 'pranto', 'lamentação' etc."[510] Essa peculiaridade bíblica, de ser fonte de consolo e amparo a pessoas sofridas, possibilitará ânimo e alívio aos enlutados. Mas, Hoch faz uma alerta importante ao afirmar que:

> [...] o padre, o pastor, o agente de pastoral ou outra pessoa que, em nome da comunidade cristã, trabalha com enlutados seja capaz de transmitir o conforto que esses textos bíblicos oferecem, não de uma forma mecânica, mas efetivamente imbuída do espírito que está contido nesses textos.[511]

---

507 SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1988, p. 314.

508 OLINO, 1993, p. 168.

509 HOCH, Lothar Carlos. "As minhas lágrimas têm sido o meu alimento". Desafios Pastorais no Trabalho com Enlutados. *In*: HOCH, Lothar Carlos; HEIMANN, Thomas; WONDRACEK, Karin Hellen Kepler; SIMPÓSIO DE ACONSELHAMENTO E PSICOLOGIA PASTORAL 6., 2007, São Leopoldo, RS. **Aconselhamento Pastoral e Espiritualidade**. São Leopoldo: Ed. Sinodal/EST. 2008. p. 71.

510 HOCH, 2008, p. 71.

511 HOCH, 2008, p. 71.

Schneider-Harpprecht, em consonância com Hoch, expressa claramente:

> A Bíblia é a fonte e um instrumento muito valioso da poimênica. Encontramos nos textos bíblicos a expressão das mais diversas experiências humanas perante Deus e a mensagem do evangelho libertador de Deus. Assim, ela serve para que aconselhando e aconselhador possam enxergar a sua situação simbolicamente refletida no texto bíblico e receber impulsos transformadores que os levem a reconhecer seus erros, ajudem a expressar a dor (catarse), a identificar problemas, buscar normas para o agir, etc. [512]

Diante das posições acima, vê-se claramente que a utilização da Bíblia como ferramenta de consolo e fortalecimento da fé em muito contribui para um bom trabalho de aconselhamento. Em um grupo de enlutados este uso da Bíblia certamente ajudará a fortalecer os laços de proximidade entre os seus membros.

4 Grupo Terapêutico como Método para o Aconselhamento Pastoral a Enlutados

Para embasar uma definição dos termos grupo e terapêutico, assume-se como conceito para Grupo Terapêutico o formulado por Jorge Pociano Ribeiro. Este autor descreve que um grupo terapêutico deve transformar-se em um grupo primário[513], cuja definição é a seguinte:

> [...] é um grupo de pessoas caracterizado por uma associação ou cooperação face a face. Ele é o resultado de uma integração íntima e de certa fusão de individualidades em um todo comum, de tal modo que a meta e a finalidade do grupo são a vida em comum, objetivos comuns e um sentido de pertencimento, com um sentimento de simpatia e identidade. [514]

Esta definição torna-se importante à medida que todos os aspectos nela presentes (associação ou cooperação face a face; integração íntima; fusão de individualidades, objetivos comuns; sentido de pertencimento;

---

512 SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1988, p. 317

513 Jorge Pociano Ribeiro caracteriza o grupo primário como aquele que contém de oito a doze pessoas. (Cf.: RIBEIRO, Jorge Pociano. **Gestalt – Terapia**: O processo grupal: uma abordagem fenomenológica, da teoria do campo e holística. São Paulo: Summus, 1994. p. 33).

514 RIBEIRO, 1994, p. 33.

sentimentos de simpatia e identidade) valorizam cada pessoa nele envolvido, sem perder o sentido de cooperação grupal. Este é um fator significativo para que o grupo seja, de fato, terapêutico.

Já com relação ao termo "terapêutico", Sidnei Noé, apresenta a seguinte definição:

> O termo "terapêutico" deriva-se do verbete grego *therapeuo*, que é traduzido no Novo Testamento como sarar ou curar, trazendo a ideia de levar a efeito a recuperação da doença física ou mental. No grego profano, porém, *therapeuo* tem o significado de servir ou "estar a serviço a" (...). [515]

Estas definições em muito contribuem para a compreensão de grupo terapêutico apresentado neste artigo. Isto porque reflete-se um tipo de grupo em que seus membros, além de buscarem ajudar a quem está em sofrimento, colocam-se, humildemente, numa posição de estarem a serviço de quem os procura. Heimann, ao tratar desse tema, ratifica esta argumentação quando expressa que "Esses grupos têm o grande objetivo de auxiliar os membros a se ajudarem mutuamente, provendo apoio, desafio, orientação e encorajamento uns dos outros".[516]

4.1 O Grupo Terapêutico como Método de Ajuda

Todo grupo terapêutico precisa, necessariamente, ser um lugar onde pessoas possam encontrar ajuda para suas dores. Ribeiro contribui para esta visão de grupo terapêutico quando afirma:

> No grupo, cada um de seus membros tem a oportunidade rara de ver o mundo e a si mesmo com os olhos do outro, de se ouvir com os ouvidos do outro, de se tocar com as mãos do outro, de se amar com o coração do outro, de se descobrir imensamente limitado e potencialmente divino, sagrado, mulher e homem, de carne e osso. [517]

E ainda:

---

[515] HOCH, Lothar Carlos; NOE, Sidnei Vilmar (Orgs.). **Comunidade Terapêutica**: Cuidando do ser através das relações de ajuda. São Leopoldo: Sinodal: EST, 2005. p. 10.

[516] HEIMANN, Thomas. Dissertação de Mestrado: EST: **Cuidando de cuidadores**: acompanhamento a profissionais que assistem pacientes em UTI'S uma abordagem a partir da psicologia pastoral. São Leopoldo/RS, 2003. p. 152.

[517] RIBEIRO, 1994, p. 11.

> No grupo terapêutico, as pessoas podem experienciar o verdadeiro sentido da existência à procura de sua essência. Ali se veem e se sentem a dor, a angústia, a raiva, o amor, a alegria, o medo, a tristeza, todos os sentimentos humanos à procura de sua inteligibilidade, de sua lógica interna, [...][518]

Os argumentos transcritos acima são importantes à medida que reforçam para este estudo duas verdades. A primeira de que a compreensão e a certeza que o grupo terapêutico precisa ser um espaço importante onde se pode trocar sentimentos, emoções e ideias sobre o luto. Em segundo lugar, que o grupo terapêutico precisa ser um lugar onde a pessoa enlutada encontre suporte físico e espiritual para o enfrentamento de suas dores. Portanto, o grupo terapêutico precisa ser um ambiente de encorajamento que auxilie o enlutado a continuar seguindo e vivendo sua vida, apesar da dor de sua perda.

Outra contribuição importante para o entendimento de grupo terapêutico como método de ajuda efetivo é trazida por Ana Beatriz Azevedo Farah. Essa terapeuta faz observações quanto à composição e caminhada de ajustes do grupo como forma de amadurecimento do mesmo.

> O grupo terapêutico reúne pessoas diferentes, cada um com o seu jeito próprio com seus potenciais e suas limitações, facilidades e dificuldades. Pouco a pouco, à medida que o grupo vai acontecendo, as formas peculiares dos membros de interagir com o mundo vão sendo reveladas. [519]

Do exposto até aqui fica evidente a relevância do significado do grupo terapêutico como método para o aconselhamento pastoral a pessoas em processo de luto. Frente a isso, será de bom termo evidenciar a comunidade eclesial como espaço terapêutico, bem como o grupo terapêutico dentro do espaço da comunidade eclesial, verificando qual a sua contribuição para a vida de homens e mulheres da igreja, além de analisarmos como estes grupos podem influenciar positivamente na caminhada da comunidade eclesial.

---

518 RIBEIRO, 1994, p. 10 e 11.

519 FARAH, Ana Beatriz Azevedo. Psicoterapia de grupo: reflexões sobre as mudanças no contato entre os membros do grupo durante o processo terapêutico. **IGT na rede**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11. p. 302, 2009. Disponível em: <http://132.248.9.34/hevila/IGTnarede/2009/vol6/no11/8.pdf >. Acesso em: 09 dez. 2018.

4.2 A Comunidade Eclesial como Espaço Terapêutico

Sabe-se que, desde seus primórdios, a Comunidade Cristã compreendeu-se como um lugar do cuidado, do consolo e da cura. O apóstolo Paulo, ao comparar a comunidade cristã a um corpo,[520] teve esta preocupação ao lembrar os/as cristãos/ãs de Corinto que "[...] se um membro sofre, todos sofrem com ele; e, se um deles é honrado, todos os outros se alegram com ele."[521] No âmago desta afirmação está o sentido terapêutico de toda a comunidade eclesial.

Hoch ratifica esta função cuidadora da comunidade eclesial, quando expressamente afirma que "Ser comunidade terapêutica significa ser comunidade solidária em situações de crise pessoal, doença, perdas, dificuldade de relacionamento familiar ou nas crises características que acompanham o ciclo vital."[522]

Itamar Eloi Schlender, teólogo, percorre o mesmo raciocínio que Hoch ao pontuar que:

> Na prática, a igreja manifesta-se como comunidade terapêutica à medida que "aconselha acolhendo", promove relações significativas de atenção, afeto e complementaridade; incentiva a busca comunitária por vida, principalmente em momentos cruciais da existência.[523]

Depreende-se afirmativamente das argumentações acima que o espaço da Comunidade Eclesial é, por excelência, um espaço terapêutico. Nele as pessoas enlutadas podem encontrar auxílio, conforto e cuidado. Criar e desenvolver grupos terapêuticos como método para o aconselhamento pastoral a enlutados/as, reforçará ainda mais esta função cuidadora da comunidade eclesial.

---

520 Cf. 1 Coríntios 12 (BÍBLIA. 1 Coríntios. Português. **Bíblia Sagrada**. Edição Revista e Atualizada no Brasil. 3ª ed. (Nova Almeida Atualizada). Barueri, SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 2017).

521 BÍBLIA. 1 Coríntios. Português. **Bíblia Sagrada**, 2017.

522 HOCH, 1998, p. 32

523 SCHLENDER, Itamar Eloi. Desafios da Pós-Modernidade para a formação de Comunidades Eclesiais Terapêuticas. *In.* HOCH, Lothar Carlos; NOE, Sidnei Vilmar (Orgs.). **Comunidade Terapêutica**: Cuidando do ser através das relações de ajuda. São Leopoldo: Sinodal: EST, 2005. p. 17

4.3 O Grupo Terapêutico no Espaço da Comunidade Eclesial

Opta-se, neste artigo, por enfocar o Grupo Terapêutico na perspectiva da Comunidade Eclesial. Este enfoque nos grupos não anula a característica própria da comunidade eclesial de ser ela mesma terapêutica, como já afirmado anteriormente.[524] Neste sentido, Clinebell defende que

> Uma igreja de quaisquer dimensões poderá suprir as necessidades poimênicas de muitos de seus membros através de diversos pequenos grupos de compartilhamento. Cada membro de uma igreja deveria ter essa oportunidade de passar pela afetuosa e alentadora experiência que é pertencer (a um grupo, no caso). Em igrejas maiores uma rede de pequenos grupos é fundamental para um ministério eficiente de instrução e assistência.[525]

Já Hoch, ao refletir as considerações teológicas sobre a dimensão comunitária do aconselhamento pastoral, pontua:

> Buscar soluções em comunidade, particularmente em pequenas células de pessoas que têm necessidades comuns, representa: a) abdicar de soluções mágicas de milagreiros iluminados que têm o poder de acessar ou manipular o Espírito Santo quando bem o desejam, que resolvem problemas por atacado, de preferência diante das câmeras de televisão; b) abdicar do caminho da interiorização, ou seja, da mobilização solitária das forças espirituais interiores, no recôndito de um quarto, guiado pela mão de algum guru que julga possuir o mapa dos segredos da alma e o coloca generosamente à venda na banca de revistas da esquina. [526]

Nas argumentações acima, pode-se verificar dois pontos importantes: primeiro, o de que o caminho tomado nesta pesquisa, de enfocar o grupo terapêutico como um instrumento singular de ajuda e comunhão dentro do espaço da comunidade eclesial é acertado. E um segundo ponto, o reforço da relevância da criação destes grupos no ambiente eclesial. Sabe-se que a comunidade eclesial é um local importante para a criação de grupos de ajuda

---

524 Sobre este tema da Comunidade Terapêutica, Sidnei Vilmar Noé apresenta algumas ideias/teses que a caracterizam em seu artigo: Ideias introdutórias ao conceito Comunidade Terapêutica. *In*: HOCH, Lothar Carlos; NOE, Sidnei Vilmar (Orgs.). **Comunidade Terapêutica:** Cuidando do ser através das relações de ajuda**.** São Leopoldo: Sinodal: EST, 2005.

525 CLINEBELL, 2007, p. 340.

526 HOCH, 1998, p. 29.

a pessoas sofridas, angustiadas, frustradas e até mesmo desesperadas. Clinebell confirma esta ideia ao expressar *que* "grupos pequenos são uma metodologia natural e testada pelo tempo na igreja."[527]

Schneider-Harpprecht, refletindo sobre a proposta do aconselhamento pastoral sistêmico, faz referência a importância do aconselhamento no trabalho com grupos como um ambiente propício para se resolver conflitos. Ele diz:

> A visão sistêmica obriga o aconselhamento pastoral a trabalhar conflitos e crises das pessoas no contexto dos seus sistemas sociais. Ele não se limita ao antigo modelo da conversa individualizada e procura desenvolver o aconselhamento com trabalho com grupos, em grupos e em equipe. Ao lado da visitação nas famílias, em hospitais e asilos abrem-se novos campos de trabalho, como o aconselhamento em grupos de auto-ajuda (enlutados, pessoas portadoras de deficiência, Alcoólicos Anônimos...). [528]

Na mesma direção caminha o terapeuta e conselheiro pastoral Albert Friesen ao expressar:

> Entendo que também a igreja está modificando a percepção de sua missão. Ela tem reconhecido o ser humano como um todo, e que é infrutífero atende-lo apenas espiritualmente. Assim, penso que igrejas que funcionam com grupos familiares e/ou células conseguem alcançar melhor as pessoas em suas necessidades gerais e específicas. [529]

Heimann, refletindo sobre a criação de grupos terapêuticos no espaço da UTI no hospital, traz importante contribuição quando aqui se entende que grupos terapêuticos no espaço da comunidade eclesial em muito assemelha-se ao que este autor propõe ao falar sobre grupos de sentimentos, enquanto um grupo de livre expressão.[530] E sobre o treinamento de sensibilidade, ele diz textualmente:

> Este tipo de grupo pressupõe uma intervenção interpessoal profunda, objetivando desenvolver maior sensibilidade da pessoa consigo mesma, com as outras e com as suas relações com as outras,

---

527 CLINEBELL, 2007, p. 338

528 SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1988, p. 315, 314.

529 FRIESEN, Albert. **Cuidando do Ser**: Treinamento em Aconselhamento Pastoral. 3° ed. Ver. – Curitiba: Editora Evangélica Esperança, 2012. p. 28

530 HEIMANN, 2003, p. 154.

> promovendo o crescimento e desenvolvimento emocional do indivíduo e do grupo.[531]

Clinebell, como um dos incentivadores da criação de grupos com funções terapêuticas dentro do espaço da comunidade eclesial, fundamentará ainda mais as reflexões aqui presentes quando de forma taxativa argumenta que "abordagens em grupo aplicadas a amplo espectro de crises e questões de vivência podem permitir que uma igreja se transforme numa força cada vez maior na prevenção de problemas de personalidade através da estimulação do crescimento para a integralidade."[532]

Orientado por esta argumentação, Clinebell vai elencar cinco tipos de grupos de igreja fundamentais para desenvolver funções de cura e crescimento no espaço eclesial. A saber: 1- grupos de tarefa, serviço e ação, 2- grupos de estudo, 3- grupos de apoio inspiracional, 4- grupos de crescimento e 5- grupos de aconselhamento e terapia de crises. [533] O quinto tipo de grupo é o que se identifica com a proposta de grupo terapêutico apontado por este estudo.

Clinebell também apresenta cinco vantagens decorrentes da assistência e aconselhamento em grupo, sendo elas,

> Em primeiro lugar, boa parte do aconselhamento e mais ainda da assistência realizada agora individualmente pode ser feita com maior eficiência em pequenos grupos... Uma segunda vantagem é de que o tempo do pastor ou líder leigo fica obviamente melhor administrado ajudando cinco a dez pessoas simultaneamente, em vez de dedicar o mesmo tempo para ajudar a um único indivíduo... Uma terceira vantagem está em que pequenos grupos permitem auxiliadores receber ajuda através da ajuda recíproca... Uma quarta vantagem é de que um grupo pequeno é o mais fecundo ambiente para aconselhamento educativo de curto prazo... A quinta vantagem é de que pequenos grupos podem ser utilizados para ajudar muitos que não viriam para o aconselhamento formal.[534]

Como se verifica, não há o que refutar sobre o significado e importância da criação de grupos terapêuticos no espaço da comunidade eclesial. No que diz respeito ao acompanhamento a pessoas enlutadas, estes grupos são de vital importância. Ajudarão pessoas a vencerem seus medos,

---

531 HEIMANN, 2003, p. 155.
532 CLINEBELL, 2007, p. 338.
533 CLINEBELL, 2007, p. 341.
534 CLINEBELL, 2007, p. 342 e 343.

depressões, angústias, desânimos etc. Por este motivo, pode-se afirmar que estes grupos são ferramentas imprescindíveis para possibilitar que o aconselhamento pastoral se desenvolva de forma eficaz no seio de toda a igreja.

5 Considerações Finais

Este trabalho de pesquisa partiu da premissa de que algumas das características da sociedade pós-moderna é o individualismo e a subjetividade no comportamento do ser humano. Estas atitudes, não raro, levam as pessoas a serem egoístas, sem paciência diante das relações interpessoais e a fecharem-se em si mesmas. Apontou ainda que, na vivência de algumas igrejas, há a promoção do indivíduo em detrimento do comunitário.

Motivada por estas constatações, a pesquisa teve como tema "Grupos Terapêuticos como Método para o Aconselhamento Pastoral a Enlutados no Contexto das Comunidades Eclesiais". Mediante a pesquisa exploratória do tema, verificou-se que a experiência de grupos terapêuticos no espaço comunitário possibilita cuidado, dignidade, coletividade, vivência, consolo e sentimento de pertença a pessoas membros de uma igreja.

Diante disso, traçou-se como objetivo evidenciar a eficácia do grupo terapêutico como método para o aconselhamento pastoral a enlutados, à medida que estes grupos levem a estas pessoas auxílio, encorajamento, cuidado, ânimo, amparo e consolo frente a situações de crise.

No desenvolvimento do estudo, os diferentes aportes teóricos contribuíram para confirmar a eficácia do grupo terapêutico como método de ajuda, bem como para clarear também o seu papel de ser um espaço importante de resgate da dignidade de pessoas que se encontram em situação de crise extrema. Ajudaram ainda a corroborar o entendimento de que o grupo terapêutico deve ser um lugar de troca de sentimentos, emoções e ideias sobre o luto. Além disso, indicam que estes grupos têm o papel de serem um ambiente onde as pessoas enlutadas encontram cuidado físico, emocional e espiritual para que possam enfrentar suas dores com coragem e resiliência.

Importante também foi constatar que no grupo terapêutico há maior facilidade das pessoas enlutadas se abrirem diante de suas dificuldades no enfrentamento do luto, visto que, para muitas pessoas, falar do luto é algo normalmente evitado. No ambiente grupal ocorre maior possibilidade das pessoas interagirem entre si, por estarem vivenciado a mesma experiência. No caso específico das comunidades eclesiais, isso se torna preponderante, à medida que nelas há uma maior possibilidade de formação deste tipo de grupo pois, no seio da comunidade cristã, há apelo constante por vivência mais

solidária e preocupação e cuidado com o/a próximo/a. As argumentações dos autores pesquisados evidenciaram isto de maneira muito concreta.

Ao finalizar este artigo, torna-se necessário fazer duas considerações: em primeiro lugar, que o tema continuará em aberto para futuros aprofundamentos**.** Portanto, o estudo aqui não se arroga conclusivo. Em segundo lugar, registrar que apesar da pesquisa enfatizar o grupo terapêutico como um método singular de ajuda ao aconselhamento pastoral, o mesmo não invalida o aconselhamento e acompanhamento individual aos enlutados, bem como o acompanhamento por outras áreas da saúde, como por exemplo: psicologia e psiquiatria. Neste sentido, então, concluímos que o grupo terapêutico é sim uma proposta complementar, de comprovada eficácia, que pode ser melhor utilizada por pastores/as e equipes de aconselhamento que pretendem melhor cuidar de pessoas enlutadas no ambiente eclesial.

Referências

AGOSTINI, Nilo. Pós-Modernidade e ser humano. **Revista de Cultura Teológica.** São Paulo: IESP/PFTNSA. Vol. 16 – nº 63 – abr/jun 2008. p. 113-126.

BÍBLIA. 1 Coríntios. Português. **Bíblia Sagrada.** Edição Revista e Atualizada no Brasil. 3ª ed. (Nova Almeida Atualizada). Barueri, SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 2017. 1

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

COSTA, Ana Paula Reis da. Educação para a morte: a psicologia em situações de luto e perdas. In: BRUSTOLIN, Leomar Antônio (Org.). **Morte**: uma abordagem para a vida. Porto Alegre: EST, 2007.

D'ASSUMPÇÃO, Evaldo A. **Grupo de suporte ao luto (GSul).** São Paulo: Paulinas, 2003.

FARAH, Ana Beatriz Azevedo. Psicoterapia de grupo: reflexões sobre as mudanças no contato entre os membros do grupo durante o processo terapêutico. **IGT na rede,** Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 302-328, 2009. Disponível em: <http://132.248.9.34/hevila/IGTnarede/2009/vol6/no11/8.pdf >. Acesso em: 09 dez. 2018.

FRIESEN, Albert. C**uidando do Ser:** Treinamento em Aconselhamento Pastoral. 3° ed. Ver. – Curitiba: Editora Evangélica Esperança, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2016.

HEIMANN, Thomas. Dissertação de Mestrado: EST: **Cuidando de cuidadores:** acompanhamento a profissionais que assistem pacientes em UTI'S uma abordagem a partir da psicologia pastoral. São Leopoldo/RS, 2003.

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

HOCH, Lothar C. Comunidade terapêutica: em busca duma fundamentação eclesiológica do Aconselhamento Pastoral. In: SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph; HOCH, Lothar Carlos. **Associação Brasileira de Aconselhamento; Encontro da Associação Brasileira de Aconselhamento** 2., 1997, Gramado, RS. Fundamentos teológicos do aconselhamento. São Leopoldo: Sinodal, 1998.

HOCH, Lothar Carlos; NOE, Sidnei Vilmar (Orgs.). **Comunidade Terapêutica:** Cuidando do ser através das relações de ajuda. São Leopoldo: Sinodal; EST, 2005.

NOÉ, Sidnei Vilmar. Ideias introdutórias ao conceito Comunidade Terapêutica. In: HOCH, Lothar Carlos; NOE, Sidnei Vilmar (Orgs.). **Comunidade Terapêutica:** Cuidando do ser através das relações de ajuda. São Leopoldo: Sinodal: EST, 2005.

OLINO, Rubem. **Luto**: uma dor perdida no tempo. Niterói, RJ: Vinde Comunicações, 1993.

PARKES, Colin Murray. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-terapia:** o processo grupal: uma abordagem fenomenológica da teoria do campo e holística. São Paulo: Summus, 1994.

SCHLENDER, Itamar Eloi. Desafios da Pós-Modernidade para a formação de Comunidades Eclesiais Terapêuticas. In. HOCH, Lothar Carlos; NOE, Sidnei Vilmar (Orgs.). **Comunidade Terapêutica:** Cuidando do ser através das relações de ajuda. São Leopoldo: Sinodal; EST, 2005.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph. Aconselhamento pastoral. In:____. (Org.). **Teologia Prática no contexto da América Latina.** São Leopoldo: Sinodal: ASTE, 1988, p. 291-319.

WORDEN, J. William**. Terapia do luto:** um manual para o profissional de saúde mental. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1998.

Índice temático

Aceitação, 219

Acompanhamento, 5, 28, 30, 37, 38, 155, 213, 214, 217, 223, 224, 225, 226, 227, 228

Aconselhamento, 5, 12, 13, 19, 20, 21, 25, 37, 41, 45, 56, 59, 60, 62, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 96, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 115, 120, 121, 137, 141, 146, 147, 150, 153, 157, 167, 216, 223, 224, 228, 230, 231, 237, 238, 239, 240, 241, 246, 248, 249, 250, 256, 257, 258, 259, 260

Ajuda, 242

Alteridade, 46

Antigo Testamento, 66, 72, 94, 113, 114

Antropologia, 109

Assembleia Médica Mundial, 157

Assistência, 95, 105

Autoconhecimento, 59

Barganha, 218

Batismo, 107, 109

Bem morrer, 123

Bênção, 91, 96, 98, 99, 103, 104, 106

Bíblia, 92, 95, 100, 103, 105, 152, 167, 169, 186, 204, 209, 240, 241, 244, 249

Brasil, 12, 13, 25, 37, 43, 51, 56, 92, 94, 96, 104, 105, 106, 121, 137, 152, 156, 167, 169, 171, 172, 175, 186, 189, 196, 204, 209, 210, 215, 216, 244, 249, 257, 258, 259, 260

Burnout, 197

Câncer, 29, 37, 75, 76, 78, 82, 83, 87, 88, 98, 105, 137, 147, 153, 183, 187, 195, 210, 228

Capelã, 171, 257

Capelania, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 38, 41, 44, 50, 53, 57, 94, 98, 105, 136, 144, 153, 174, 177, 178, 188, 189, 193, 211, 223, 229, 258

Capelão, 256

Ciência, 59, 60, 140

Compaixão, 161, 168, 197, 210

Comunicação, 173, 188, 222, 229

Conceituar, 64

Conforto, 5, 169

Conforto espiritual, 169

Consciência, 59, 69

Consolo, 92, 106

Coping, 201

Corpo, 262

Covid-19, 213, 214, 215, 223, 226, 227, 228

Criador, 80, 86, 166

Criança, 75

Cristo, 11, 13, 17, 29, 43, 49, 53, 55, 111, 115, 116, 119, 150, 151, 157, 164, 165, 167, 177, 184, 186, 204, 226

Cruz, 76, 87, 223, 228

Cuidado, 41, 44, 96, 97, 105, 106, 138, 144, 161, 164, 167, 169, 171, 175, 187, 191, 193, 195, 196, 205, 207, 211, 229, 258

Cuidados Paliativos, 139, 144, 153, 173, 178, 181, 187, 188, 189, 191, 192, 195, 196, 197, 198, 199, 207, 208, 209, 219, 228

Culpa, 98, 101, 105

Cura, 70, 95, 106, 140

Depressão, 218

Desespero, 219

Despedida, 155

Deus, 5, 7, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 43, 44, 45, 48, 49, 50, 53, 54, 55, 60, 62, 63, 66, 68, 70, 71, 72, 75, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 91, 92, 93, 94, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 128, 129, 134, 140, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 175, 180, 184, 186, 203, 204, 221, 224, 225, 226, 228, 232, 237, 240, 241

Diagnóstico, 87

Divino, 72

Doença, 95, 98, 105, 106

Ecumenismo, 32

Emocionais, 233

Empatia, 16, 27

Esperança, 36, 82, 219, 246, 249

Espírito, 11, 54, 72, 92, 103, 110, 113, 114, 207, 245

Espírito Santo, 11, 92, 103, 113, 114, 245

Espiritualidade, 23, 33, 35, 86, 87, 123, 130, 139, 153, 169, 191, 192, 195, 202, 203, 204, 209, 210, 240, 250

Eu, 25, 35, 39, 59, 60, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 72, 73, 74, 155, 161, 163, 168, 180, 189, 201, 220

Evangelho, 43, 102, 113, 135, 213, 226

Experiências, 187

Familiares, 73, 75

Fé, 75, 82, 85, 87, 112, 120, 122, 140, 150, 161, 168

Filho

Filha, 9, 103, 258

Filosofia, 45, 46, 56, 57, 109, 122, 257

Finitude, 62, 137, 169

Fortaleza, 82, 88

Funeral Cristão, 216, 226

Grupos, 6, 231, 248

História, 74, 113, 121, 137, 256, 258

Hospice, 195

Hospital, 24, 36, 51, 52, 57, 192, 211, 256, 257, 258

Hospitalar, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 37, 38, 51, 52, 53, 57, 59, 60, 62, 69, 70, 72, 73, 74, 94, 97, 105, 107, 108, 136, 174, 178, 188, 193, 205, 210, 211, 223, 229, 256, 257, 258, 259, 260

Humanização, 42, 43, 57, 139, 173, 178, 181, 187, 188, 189

IECLB, 120, 122, 171, 180, 188, 216, 229, 256, 257, 258, 260

Igreja, 25, 26, 92, 93, 95, 96, 104, 106, 108, 111, 114, 120, 121, 122, 148, 152, 171, 175, 184, 185, 189, 206, 213, 216, 222, 223, 225, 228, 232, 238, 256, 257, 258, 259, 260

Imposição de mãos, 110, 116

Instituições de Longa, 103

Internação, 96

Jesus, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 25, 27, 30, 43, 45, 53, 55, 66, 70, 71, 91, 94, 95, 113, 116, 149, 150, 151, 164, 165, 204

Juventude, 177, 189

Linguagem, 63, 169, 186

Liturgia, 95, 155

Luto, 155, 163, 168, 213, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 228, 229, 230, 231, 233, 235, 236, 250

Medicina, 43, 57, 97, 105, 157, 200, 203, 210

Meditação, 161, 168

Ministério, 27, 38, 44, 177, 189, 215, 228, 258

Ministério da Saúde, 215, 228

Morgue, 98

Morte, 30, 37, 63, 64, 66, 74, 137, 138, 142, 143, 153, 155, 157, 158, 160, 161, 167, 168, 174, 188, 210, 217, 218, 229, 234, 249

Morte encefálica, 157

Narcisismo, 123, 137

Negação, 218

Notícia, 216

Novo Testamento, 65, 66, 71, 94, 111, 113, 114, 167, 242

Oração, 103, 115, 120, 122

Organização Mundial da Saúde (OMS), 196

Paciente, 5, 41, 97, 105, 149

Pai-nosso, 120

Pandemia, 213, 223, 228

Parentes, 73

Paz, 103, 208

Perdão, 30, 37, 184, 187

Permanência, 103

Poimênica, 238

Profissionais, 191

Psicologia, 10, 20, 21, 138, 216, 257, 259

Raiva, 218

Reflexões, 179, 189, 210, 222

Reino de Deus, 9, 10

Relação, 45

Religião, 97, 105, 138, 258

Religiosidade, 78, 87, 88

Resiliência, 191, 200, 201, 206, 209

Rito, 95, 101, 103, 107, 108, 109, 119

Sacramento, 107, 108, 109

Santa Ceia, 184

Saudade, 219

Sentimentos, 83, 161

Singularidade, 46

Sociedade, 25, 37, 43, 56, 92, 94, 105, 121, 137, 152, 167, 169, 172, 186, 204, 209, 244, 249

Sofrimento, 25, 37, 193, 197, 205, 210, 229

Solidariedade, 258

Subjetividade, 41, 47, 82, 88

Tanatologia, 125, 138

Teologia, 19, 21, 28, 30, 31, 38, 49, 51, 57, 59, 61, 63, 74, 99, 105, 109, 110, 114, 121, 122, 138, 139, 157, 161, 167, 168, 174, 175, 187, 188, 193, 210, 223, 228, 229, 239, 250, 256, 257, 258, 259, 260

Teologia Prática, 49, 223, 228, 239, 250, 257, 259

Terapêutico, 99, 107, 118, 231, 241, 242, 244, 245

Tratamento, 174, 178

Unção, 5, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 103, 105, 106

Unidade de Terapia Intensiva, (UTI), 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 139, 160, 161, 167, 242, 246, 250

Vida, 13, 21, 30, 37, 74, 99, 120, 122, 138, 143, 153, 161, 164, 165, 167, 168, 233

Visitação, 23, 25, 26, 30, 33

Voluntariado, 169, 176, 177, 188

voluntários, 175, 176, 177, 182

Vulnerabilidade, 161, 168

Índice onomástico

Abigail Rian Evans, 111

Adriana Pereira, 84

Afonso Murad, 130

Albert Friesen, 246

Algemir Brunetto, 178

Ana Beatriz Azevedo Farah, 243

Ana Claudia Quintana Arantes, 145

Ana Cristina Mancussi Faro, 77

Ana Paula Reis da Costa, 234

Ana Raquel Medeiros Beck, 78

Anísio Baldessin, 99

Anselm Grün, 92, 171

Antônio Carlos Gil, 24, 171, 233

Arnold von Gennep, 109

Bárbara Rossin Costa, 125

Bruna Stamm, 80

Camilo de Lellis, 99

Carl Rogers, 49

Catarina Nívea Bezerra Menezes, 82

Cátia Millene Agnolo, 159

Colin Parkes, 236

Cycely Saunders, 195

Dailon Araújo Alves, 78

Daniel Hoepfner, 56, 96, 174

Daniel Schipani, 146

Dawn Schneider, 84

Denis Mukwele, 208

Deolindo Feltz, 29, 147

Dietrich Bonhoeffer, 7, 72, 149

Dynnette Hart, 84

Eberhard Jüngel, 60, 63, 143, 173, 217

Elisabeth Kübler-Ross, 126, 153, 160, 172, 213, 214, 218, 227

Emili Turú, 206

Emmanuel Levinas, 46

Evaldo D'Assumpção, 235

Fernando Lucchese, 31, 32, 38

Filipe Melanchthon, 114

Flor Teixeira, 216, 229

Gary Collins, 12, 13

Gottfried Brakemeier, 142

Hans Jonas, 158, 168

Henri Nouwen, 161

Hipócrates, 157
Howard Clinebell, 12, 25, 111
Ingrid Esslinger, 127
Itamar Eloi Schlender, 244
Jayme Landmann, 96
Jean-Jacques Von Allmen, 99
Jean-Yves Leloup, 182
Jefferson Schmidt, 103
Jerson Joaquim Silva, 77
Joana Tolentino, 49
John Bolwby, 213, 214, 219, 227
Jonathan William Neves Costa, 77
Jorge Gerdau Johannpeter, 176
Jorge Pociano Ribeiro, 241
Júlio César Adam, 110
Laura Bossi, 158
Leo Pessini, 173
Leonardo Boff, 48, 204, 209
Lilian Dreyer, 176
Lothar Carlos Hoch, 19, 56, 96, 115, 166
Louraine Christmann, 165
Luana de Oliveira Zarpelan, 77
Luciana Bertachini, 173
Marcela Milrea Araújo Barros, 84
Margareth Angelo, 80
Maria Elena Pereira Johannpeter, 176
Maria Helena Baena de Moraes Lopes, 78
Maria Júlia Kóvacs, 126
Maria Luiza Rückert, 26, 30, 177
Maria Paulina Gomes, 172
Martim Lutero, 114
Maurício Roberto Haacke, 108
Napoleon Hill, 82
Neldinei Faleiro de Siqueira, 109
Nilton Eliseu Herbes, 3, 5, 9, 23, 31, 75, 91, 169
Noeli Marchioro Liston Ferreira, 83
Pablo Casals, 55
Paul Tillich, 72, 112
Paula C. Fletcher, 83
Paulo Mendes Taddei, 49
Rafael Souza Rodrigues, 31
Rita da Cruz Amorim, 76
Rodolfo Gaede Neto, 5, 6, 25, 141, 213
Rubem Olino, 163, 168, 233
São Bernardo de Claraval, 206
Sérgio Perazzo, 143
Sidnei Noé, 242
Silvio Eder Dias da Silva, 85,
Sissi Georg, 99
Sören Kierkegaard, 63, 66
Thâmara Sena Barreto, 76

Vera Weissheimer, 35, 150, 161

Vicente Augusto de Carvalho, 178

Willian Worden, 213, 214, 216, 219, 227

Zachary Ward, 76,

Autores e autoras

ADÉLCIO KRONBAUER

Bacharel em Teologia pela Escola Superior de Teologia (1992), Licenciatura Plena em História, UNIJUI (2012). Pós-graduado em Aconselhamento Pastoral Hospitalar (lato sensu) pela Faculdades EST (2020). Pastor na Igreja Evangélica de Confissão Luterana em Passo Fundo, IECLB. Contato: adelciokron@gmail.com

ALINE DANIELLE STÜEWER

Graduação em Teologia E pós-graduada em Aconselhamento Pastoral Hospitalar (lato sensu) pela Faculdades EST e graduação em Gestão dos Recursos Humanos. Contato: stuewer@gmail.com

CÁTIA PATRÍCIA BERNER

Graduada em Teologia com ênfase em Diaconia, Faculdades EST (RS). Pós-graduada em Aconselhamento Pastoral Hospitalar (lato sensu), Faculdades EST (RS). Campo Ministerial Sínodo Uruguai – Chapecó – (SC). Contato: catiaberner@yahoo.com.br

CLEBER FONTINELE LIMA

Bacharel em teologia pela Faculdades EST. Pós-Graduado Lato Sensu de Aconselhamento Pastoral Hospitalar, em nível de Especialização, pelas Faculdades EST. Contato: cleberlimapiaui@gmail.com

DANIEL ANNUSECK HOEPFNER

Teólogo, mestre e doutor em Teologia pela Faculdades EST. Capelão do Hospital Moinhos de Vento em Porto Alegre (RS). Contato: pastordaniel@hmv.org.br

ELKE DOEHL

Graduação em Teologia, pós-graduação em Aconselhamento Pastoral Hospitalar (lato sensu) pela Faculdades EST, São Leopoldo/RS. Graduação em Psicologia, pela Faculdade Metropolitana de Guaramirim-FAMEG. Contato: elke.68@hotmail.com.

JÚLIO CÉSAR ADAM

Doutor em Teologia, é professor adjunto de Teologia Prática na Faculdades EST, em São Leopoldo/RS, Brasil. Possui graduação em Teologia pela Escola Superior de Teologia (Faculdades EST - 1996) e doutorado em Teologia pela Universidade de Hamburgo, Alemanha (2004); Recebeu o prêmio Karl H. Ditze, da Universidade de Hamburgo, de tese de destaque, em 2004. Atua como professor de liturgia, homilética, mistério, edificação de comunidade e espiritualidade. É pró-reitor de Pós-Graduação e Pesquisa (2019 -) da Faculdades EST. Coordenou de 2014 a 2018 o Programa de Pós-Graduação da Faculdades EST. Coordena o grupo de pesquisa "Culto cristão, música e mídia na contemporaneidade." É diretor do Centro de Recursos Litúrgicos (CRL), e coordenador da Rede Latino Americana de Homilética (RedLah); Diretor da revista Estudos Teológicos (A2) (2014-2016; 2019 -), da Revista Tear Tear Online (B3). Realizou pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Filosofia da PUC/RS (2011-2012), pelo PROCAD/CAPES, pesquisando sobre elementos religiosos na indústria cultural de Max Horkheimer e Theodor Adorno. Endereço eletrônico: julio3@est.edu.br.

KARIN HELLEN KEPLER WONDRACEK

Psicóloga e Psicanalista em Porto Alegre/RS. Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1981), mestrado em Teologia pela Escola Superior de Teologia (2002) e doutorado em Teologia pela Escola Superior de Teologia (2010), com estágio doutoral na Universidade de Erlangen-Nurenberg e estudos complementares na Universidade de Freiburg e Universidade Católica Portuguesa. Contato: karinkw@gmail.com

MAYKE MARLIESE KEGEL

Graduada em Teologia e pós-graduada em Aconselhamento Pastoral Hospitalar (lato sensu), pela Faculdades EST. Pastora da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. Capelã Hospitalar do Hospital Dona Helena, Joinville/SC. Contato: kegelmayke@gmail.com

MARCELO PETER DA SILVA

Bacharel em Teologia, pós-graduado em Aconselhamento Pastoral Hospitalar (lato sensu), Faculdades EST, é Pastor da IECLB (Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. Fez o Curso de Liderança Diaconal na ADL (Associação Diacônica Luterana - 2003); Possui graduação em Teologia pela Escola Superior de Teologia (Faculdades EST - 2012) e realizou intercâmbio acadêmico em teologia na Universidad Biblica Latino

Americana em San Jose – Costa Rica (2009). Realizou seu Período Prático de Habilitação ao Ministério na Paróquia de Pato Branco – PR, Sínodo Rio Paraná (2012-2013); Atuou na Paróquia em Alta Floresta d'Oeste – RO, Sínodo da Amazônia (2014-2016); integrou a Comissão para o Jubileu dos 500 anos da Reforma Luterana; Atua na Paróquia em Doutor Maurício Cardoso - RS, Sínodo Noroeste Riograndense (2017 -). Contato: marcelopeter9@gmail.com

MARCIA BLASI

Doutoranda em Teologia pela Escola Superior de Teologia. Possui Bacharelado em Teologia pela Escola Superior de Teologia (1997) e Mestrado pelo Graduate Theological Union, Berkeley, CA/EUA (2001). Atualmente é professora de Teologia Feminista e Co-coordenadora do Programa de Gênero e Religião da Faculdades EST, em São Leopoldo/RS. É Assessora do Conselho da Federação Luterana Mundial para questões de gênero e facilitadora da Rede de Mulheres e Justiça Gênero da Federação Luterana Mundial na América Latina. É Pastora Ordenada da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil desde 1998. Foi Pastora Vice-Sinodal no Sínodo Noroeste Riograndense. Contato: retalhos13@hotmail.com

MIRIAM INGRID BUSS LA PIAZZA

Bacharel em Letras pela UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Porto Alegre - RS. Voluntária na Capelania do Cuidado na IECLB. Pós-graduada em Aconselhamento Pastoral Hospitalar (lato sensu) pela Faculdades EST, São Leopoldo – RS. Contato: migrid@hotmail.com

NAIR FREY

Licenciatura Plena em História. UNIJUI, RS (2000). Pós-graduação Latu-Sensu: Ensino/aprendizagem de Línguas. Área de concentração: Língua Espanhola. UNIJUI, RS (2002). Pós-graduação Latu-Sensu: Tradução Espanhol/Português e Português/Espanhol. Universidade Gama Filho – RJ (2011). Pós-graduação Latu-Sensu Aconselhamento Pastoral Hospitalar (2019) EST – Escola Superior de Teologia – São Leopoldo, RS. Coordenadora do Serviço de Pastoral e Solidariedade do Hospital São Lucas da PUCRS. Contato: nairfrey@gmail.com

NILTON ELISEU HERBES

Teólogo, graduado pela Faculdades EST, São Leopoldo – RS. Especialista em Aconselhamento Clínico Pastoral pela Deutsche Gesellschaft für Pastoralpsychologie (DGfP), Munique, Alemanha. Doutor em Teologia pela Augustana Hochschule, Neuendettelsau, Alemanha. Professor Adjunto

de Teologia Prática da Faculdades EST. Membro e coordenador do Grupo de Pesquisa em Aconselhamento e Psicologia Pastoral da Faculdades EST. Contato: nherbes@yahoo.com.br

PATRÍCIA BAUER

Graduação em Teologia, pós-graduada em Aconselhamento Pastoral Hospitalar (lato sensu) pela Faculdades EST. Contato: pattybauer@gmail.com

RODOLFO GAEDE NETO

Graduação em Teologia pela Escola Superior de Teologia (1979), mestrado em Teologia pela Escola Superior de Teologia (1999) e doutorado em Teologia pela Escola Superior de Teologia (2002). Atualmente é professor titular de Teologia Prática na Faculdades EST. Contato: rodolfo@est.edu.br

ROSÂNGELA BEATRIZ HÜNEMEIER HESSEL

Bacharela em Teologia pela EST, Ministra Religiosa na Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. Pós-Graduada Lato Sensu de Aconselhamento Pastoral Hospitalar, em nível de Especialização, pelas Faculdades EST. Contato: rosangelabh@bol.com.br

SANDRO MORAES

Teólogo, graduado pelo Centro Universitário Adventista de Engenheiro Coelho, Engenheiro Coelho – SP. Pedagogo, graduado pela Faculdade FIAR, Ariquemes – RO. Pós-graduado em Aconselhamento Pastoral Hospitalar (lato sensu), Faculdades EST, São Leopoldo, RS. Mestre em Psicologia Educacional pela Andrews University, Michigan, Estados Unidos. Professor de Ensino Religioso no Colégio Adventista Marechal Rondon. Contato: pr.sandromoraes@yahoo.com

THOMAS HEIMANN

Bacharel em Teologia pelo Seminário Concórdia (1992) e pela ULBRA (2015). Bacharel em Psicologia pela ULBRA (1995). Especialista em Psicopedagogia (1999). Mestre em Teologia pelo PPG da Faculdades EST (2003). Doutor em Teologia pelo PPG da Faculdades EST (2016). Pastor da Igreja Evangélica Luterana do Brasil – IELB. Psicólogo Clínico. Professor na ULBRA (Graduação e Pós-Graduação). Professor convidado nos programas de lato sensu e Mestrado Profissional do PPG da Faculdades EST. Membro do Grupo de Pesquisa em Aconselhamento e Psicologia Pastoral da Faculdades EST. Coordenador do Curso de Teologia da ULBRA. Contato: prof.thomasheimann@gmail.com

VANDERLEI ANDRÉ HÜTHER

Ministro Religioso Ordenado pela Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil - IECLB. Bacharel em Teologia, com ênfase em Diaconia, Pós-graduado em Aconselhamento Pastoral Hospitalar (lato sensu) pela Faculdades EST em São Leopoldo/RS. Contato: vanderleihuther@gmail.com

Garamond 12pt (título 1); Garamond 10,5 pt (Corpo do texto);
Garamond 8pt (Rodapé).

Publicação eletrônica em PDF

ISBN 978-658807444-2

FACULDADES
EST