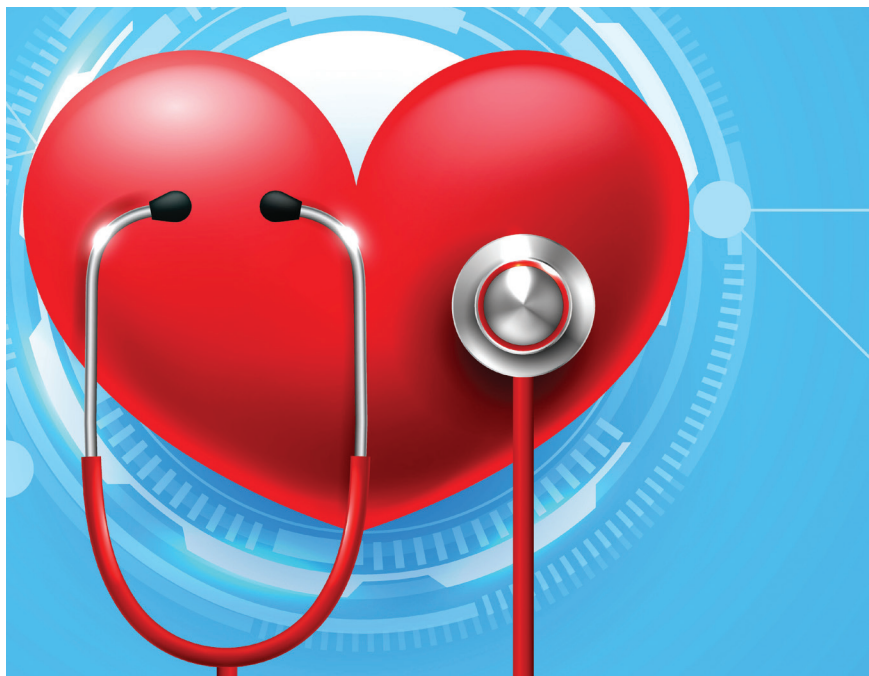


Cuidados Espirituais e Capelania em Unidades de Saúde



Organizadores
José Wilson Correia da Silva, MI
Antonio Boeing

Cuidados Espirituais e Capelania em Unidades de Saúde



Organizadores
José Wilson Correia da Silva, MI
Antonio Boeing

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Reitor

João Batista Gomes de Lima

Vice-Reitor e Pró-Reitor Administrativo

Francisco de Lélis Maciel

Pró-Reitor Acadêmico

Carlos Ferrara Junior

Produção editorial

Coordenadora Editorial

Bruna San Gregório

Analista Editorial

Cintia Machado dos Santos

Assistente Editorial

Bruna Diseró

Autores

Luiz Carlos de Oliveira

Matheus de Freitas Guedes

Ana Maria Ribeiro dos Santos

André Francisco Krug Kurz

Wellington Ricardo Amaral Barros

Edson da Silva Pires

José Fábio da Mota

Claudio Samuel Scherwinski Santos

Gutemberg Ribeiro dos Santos

Maria Rita Callijão Farias

Francisca Isabel de Mendonça

Organizadores

José Wilson Correia da Silva, MI

Antonio Boeing

Os textos apresentados neste volume fazem parte dos trabalhos de conclusão de curso da pós-graduação em Capelania Hospitalar do Centro Universitário São Camilo. Cada um desses trabalhos representa um esforço dedicado dos estudantes para aprofundar o entendimento e a prática da capelania no contexto hospitalar, refletindo sobre as experiências adquiridas durante o curso e as pesquisas realizadas. O conteúdo destes textos é de responsabilidade exclusiva dos autores.

C973

Cuidados espirituais e capelania em unidades de saúde / Organizadores José Wilson Correia da Silva, Antonio Boeing. -- São Paulo: Setor de Publicações - Centro Universitário São Camilo, 2024.

173 p.

Vários autores

ISBN 978-65-86702-83-5

1. Espiritualidade 2. Teologia 3. Capelania I. Silva, José Wilson Correia da II. Boeing, Antonio III. Título

CDD: 291.175

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária Ana Lucia Pitta – CRB 8/9316



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/br/>

| Sumário

Palavras iniciais	5
Apresentação	7
Autores	11
Capítulo 01	15
A IMPORTÂNCIA DO AUTOCONHECIMENTO E DA PROGRAMAÇÃO NEUROLINGÜÍSTICA NO MOMENTO DA DOR E VULNERABILIDADE (INTERFACE ENTRE AUTOCONHECIMENTO E ESPIRITUALIDADE) Luiz Carlos de Oliveira Antônio Boeing	
Capítulo 02	29
O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE NA PROMOÇÃO DA AUTENTICIDADE EXISTENCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR Matheus de Freitas Guedes Antônio Boeing	
Capítulo 03	45
CAPELANIA HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES PARA O CONFORTO ESPIRITUAL E A RECUPERAÇÃO DO ENFERMO Ana Maria Ribeiro dos Santos Antônio Boeing	
Capítulo 04	59
A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO ESPIRITUAL COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE André Francisco Krug Kurz Antônio Boeing	
Capítulo 05	69
A FORMAÇÃO E A CAPACITAÇÃO DO CAPELÃO HOSPITALAR: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS NECESSÁRIAS Wellington Ricardo Amaral Barros Antônio Boeing	
Capítulo 06	83
A COMUNICAÇÃO NO ATENDIMENTO DA CAPELANIA HOSPITALAR Edson da Silva Pires Antônio Boeing	

Capítulo 07	107
RELAÇÃO DE AJUDA AO PACIENTE À LUZ DO BOM SAMARITANO	
José Fábio da Mota	
Antônio Boeing	
Capítulo 08	125
CUIDADO PALIATIVO E CAPELANIA HOSPITALAR: O OLHAR PARA O CAPELÃO/VISITADOR NUM CONTEXTO DE TERMINALIDADE	
Claudio Samuel Scherwinski Santos	
Antônio Boeing	
Capítulo 09	135
A MISSÃO DO CAPELÃO HOSPITALAR NOS CUIDADOS COM PACIENTES PALIATIVOS ADULTOS	
Gutemberg Ribeiro dos Santos	
Antônio Boeing	
Capítulo 10	147
A IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS PALIATIVOS: UM CASO CLÍNICO	
Maria Rita Callijão Farias	
Antônio Boeing	
Capítulo 11	163
IDENTIDADE E MISSÃO NO CUIDADO DE DOENTES À LUZ DO BEATO PADRE LUÍS TEZZA: CENTENÁRIO DA MORTE DE PADRE LUÍS TEZZA	
Francisca Isabel de Mendonça	
Antônio Boeing	

| Palavras iniciais

A Constituição Federal assegura a prestação de assistência religiosa espiritual a pacientes internados em estabelecimentos de saúde. O **Manual de Padrões de Acreditação**, do *Joint Commision International* (JCI) para hospitais, na página 67, assim rege: “Cada paciente e sua família é única, com suas necessidades próprias, pontos fortes, valores e crenças. As organizações de saúde trabalham para estabelecer confiança e comunicação aberta com os pacientes e para compreender e proteger os valores culturais, psicossociais e espirituais de cada paciente”. Segue afirmando: “O hospital presta cuidados que dão suporte à dignidade do paciente, respeitam os valores e opiniões do paciente e respondem aos pedidos relacionados à observação de crenças espirituais e religiosas”.

O *Manual QMENTUM Internacional*, de avaliação de serviços de saúde, ao tratar das diretrizes de acesso a um atendimento e espaço espiritual para atender às necessidades dos clientes, assim expressa: “Há disponibilidade de atendimento espiritual para atender às necessidades dos clientes, conforme necessário. Isso inclui acesso a um líder espiritual apropriado às crenças do cliente (por exemplo, capelão, imã, rabino ou conselheiro sem denominação religiosa). Os clientes e familiares têm acesso a um espaço reservado para a prática espiritual. As necessidades e preferências espirituais do cliente são consideradas parte do atendimento e do processo de cura e são tratadas durante a tomada de decisões de atendimento que possam envolver um componente ético espiritual” (Cuidado Centrado no Cliente, p. 44).

O cuidado tanto espiritual quanto pastoral dos enfermos é um direito fundamental do enfermo e dever da Igreja, da comunidade confessional. Devemos garantir a assistência religiosa espiritual para quem a solicita explícita ou implicitamente. “*Não a assegurar, torná-la discriminatória, não a favorecer e impedi-la são violações desse direito*” (Nova Carta aos Agentes de Saúde. Documentos da Igreja, 52, n. 135).

As unidades de saúde são territórios de missão evangelizadora. São Camilo de Lellis, fundador da Ordem dos Ministros dos Enfermos (Religiosos Camilianos), dizia aos seus seguidores que “nossas Índias são os hospitais”. Aquele que atua ou pretende atuar como especialista na arte do cuidado espiritual e pastoral em unidades hospitalares deve preparar-se, aperfeiçoar-se e desenvolver competências técnicas humanas para cuidar com o coração nas mãos e no cérebro, derramando o óleo da consolação e o vinho da esperança, a exemplo do Bom Samaritano.

O curso em **Assistência Espiritual e Capelania em Unidades de Saúde**, na modalidade síncrono, instituído em 2022, a nível tanto de pós-graduação quanto de extensão universitária, é aberto a todos, independentemente da comunidade de fé, os impactados com a abordagem dos cuidados espirituais no processo de doença/cura, saúde/salvação nas unidades de saúde.

Ofertado em parceria com o Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde (ICAPS), o curso aborda a espiritualidade no processo de resgate da saúde e seus desdobramentos nas unidades de saúde, respaldados pela pesquisa e reflexão; capacita profissionais da capelania hospitalar e da área da saúde com ferramentas apropriadas para acolher, encaminhar e cuidar das demandas espirituais de pacientes que estão sob seus cuidados; proporciona habilidades técnicas e humanas para desenvolver atividade de capelania, integrando as dimensões da pessoa e atuando

com mais proficiência na prestação dos cuidados espirituais dos pacientes, respeitando suas vivências espirituais, convicções religiosas e de vida.

Objetivo geral: conhecer saberes e práticas dos cuidados espirituais, à luz das ciências humanas e bíblico-teológica, a fim de contribuir na preparação e qualificação dos profissionais da Capelania Hospitalar para atuarem de maneira eficiente e eficaz nas unidades de saúde.

Objetivos específicos: instrumentalizar os profissionais de capelania para atuarem na equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar; conhecer as contribuições da psicologia e da neurociência para a compreensão da saúde e doença no processo de desenvolvimento humano e resgatar da tradição bíblica os elementos centrais que possam alimentar a cura e a esperança; aprofundar questões ligadas ao fim da vida; capacitar para sistematizar a assistência espiritual, identificando sintomas espirituais, sofrimento espiritual, elaborando o diagnóstico espiritual e o plano de cuidados espirituais; promover ações preventivas de sofrimento espiritual.

Diferenciais do curso: pautado pelo carisma e a espiritualidade camiliana, humaniza a saúde, o sofrimento e a finitude humana com o coração nas mãos e no cérebro; forma profissionais humanizadores e humanizantes; corpo docente constituído de professores experientes e atuantes nas unidades de saúde; discussão de casos clínicos; possibilidade de publicação de trabalho/artigo elaborado sob orientação de docentes; possibilidade de estágio optativo em uma das unidades assistenciais da Rede de Hospitais São Camilo de São Paulo.

Área de atuação: habilitados e certificados, os profissionais de capelania podem atuar em diversas áreas, como HOSPITAIS de pequeno, médio e grande porte; INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA; HOSPICES, ou seja, unidades de cuidados paliativos; CLÍNICAS e LABORATÓRIOS; CLÍNICAS DE REABILITAÇÃO; dentre outras unidades de saúde institucionalizadas.

Fazer capelania em unidades de saúde é uma construção diária e um aprendizado constante. A interação entre docente e discente, socializando saberes e experiências pastorais, constrói um itinerário formativo e leva a competências e habilidades específicas para acolher e cuidar dos pacientes em suas demandas espirituais, de forma diferenciada, qualificada, humanizada e integral.

Pe. José Wilson Correia da Silva, MI
Coordenador do Curso

| Apresentação

O conhecimento é o único caminho para qualificar a vida em todos os sentidos. Mas, para chegar a algum conhecimento, é preciso dedicação, empenho e tempo, pois só com esforço é possível ter avanços no jeito de o ser humano melhorar a sua estadia, o seu assentamento temporário neste mundo. É nessa perspectiva que se colocam as pesquisas feitas pelos profissionais da pós-graduação em Capelania Hospitalar e Assistência Espiritual no campo da saúde, do Centro Universitário São Camilo. A produção científica no campo da capelania na área da saúde é ainda muita tímida, por isso essas pesquisas foram feitas, especialmente, a partir das experiências dos alunos que trabalham no campo da saúde, como destaque à dedicação deles no cuidado da vida que encontra-se, muitas vezes, na finitude. O avanço científico, presente nos artigos aqui apresentados, interpelam para o significado e relevância da vida individual e coletiva.

Partimos da ideia de que não existe avanço no conhecimento ético sem considerar que, na sociedade atual, as mudanças ocorrem num processo cada vez mais acelerado. Esse processo aumenta o número de informações disponíveis que, segundo os especialistas, dobram praticamente a cada mês. Uma avalanche de informações que atingem a grande maioria da população, especialmente os conectados, mas não só, pois em todos os espaços e tempos há muita produção e projeção, porém, pouca assimilação das informações. Humanamente, não há como absorver tudo o que se produz, pois tamanha quantidade não caberia nas horas do dia, nem da semana, mês ou ano. Sendo assim, da mesma forma que as informações chegam, elas também passam, com pouco ou nenhuma incidência sobre as práticas. Claro, é preciso considerar que nem toda produção de informações é digna de um esforço para que se torne conhecimento, pois nem sempre se pauta em princípios éticos e da verdade.

A sistematização dos saberes, acumulados historicamente, constitui-se em espaços de forte sociabilidade, onde as experiências individuais e coletivas são tornadas públicas, o que lhes garante legitimidade e projeção sobre os leitores e ouvintes. Daí, vale lembrar que a pesquisa sobre um determinado tema não pode ser um monólogo, mas, sim, deve possibilitar o diálogo sobre o conteúdo relatado e a sua aplicabilidade no cotidiano da vida. Isso porque a vida é complexa, como também é o conhecimento, por isso a necessidade de “tecer juntos” a dinâmica da vida e dos saberes que dela decorrem. É importante considerar que o relato científico é passado, especialmente, a partir de fatos e expectativas, mas, mesmo que o pesquisador traga elementos que ele almeja nos seus sonhos, isso não invalida a riqueza do relato, pois o que importa e se espera é, essencialmente, a adesão dos leitores ao ensinamento que está sendo dito. Assim, o único caminho é a disposição e abertura ao que já foi produzido historicamente. Daí, vale dizer, que o conhecimento deve encantar as pessoas e jamais deve humilhar ou excluir alguém, por mais diferente e original que seja.

Quando se olha o processo histórico da humanidade é possível observar que a produção científica esteve presente em todos os tempos, em todos os lugares e em todas as sociedades. Por isso, os pesquisadores afirmam que a elaboração do conhecimento começa com o surgimento da humanidade. Nesse sentido, todos os

grupos humanos, em cada momento e contexto da história, foram elaborando o seu conhecimento sobre os aspectos que eles julgavam importantes na vida. Isso não é diferente na produção científica aqui apresentada, feita pelos alunos da pós-graduação em Capelania e Assistência Espiritual, pois todos julgam este campo extremamente relevante, especialmente nas situações em que a vida se encontra no limite. Por isso, a função da sistematização científica é a transmissão dos conhecimentos elaborados, seja a partir da assimilação daquilo que já foi produzido na história ou a partir da própria experiência dos alunos, nas diferentes fronteiras em que a vida exige uma atenção especial. É o que este trabalho busca fazer ao socializar e disponibilizar os diferentes artigos científicos produzidos pelos alunos deste pioneiro curso de Capelania e Assistência Espiritual no campo da saúde.

As pesquisas sobre como cuidar da vida fazem parte deste projeto. Por isso, é indispensável considerar que aquilo que alguém não conhece, para ele, não existe. Não é que não existe na realidade, pois talvez já exista em algum lugar. Na verdade, não existe para quem não tem o conhecimento. As pessoas, valores, referenciais, atitudes, saberes, divindades, comportamentos e as diversas realidades só passam a existir quando são conhecidos. Tudo o que não se conhece não existe para quem ainda não conhece, daí o desafio de passar das superficiais informações para o conhecimento mais profundo e, então, abrir caminhos para chegar à sabedoria, que é o auge do posicionamento ético do ser humano no mundo. Este é o objetivo das produções científicas que se encontram a seguir – tornar conhecido muitos aspectos do cuidado com a vida que podem ainda não fazer parte do saber do leitor.

O ser humano, em toda sua história, buscou formas para encantar a vida. Em todos os tempos e lugares, percebeu que sem o conhecimento não tinha como se encantar. O encantamento emerge do processo de conhecimento: quanto mais se conhece, maior é a probabilidade de se encantar com as diferentes dimensões da vida, cultura, sociedade, religião, família, lúdico, educação. É preciso ressaltar que o conhecimento é sempre provisório, é processo permanente e carregado de muito mistério. Mistério que os limites humanos ainda não alcançam compreender ou, talvez, nunca irão compreender. Quando as culturas tornaram alguns conhecimentos absolutos e intocáveis, infelizmente também desencantaram e comprometeram as expressões de vida. As posturas sectárias e fanáticas são a expressão das narrativas limitadas e “estreitas”, que não contribuem para o conhecimento das múltiplas possibilidades que a vida oferece na sua diversidade. Daí a importância da abertura para o novo que, muitas vezes, incomoda, pois exige mudanças que nem sempre as pessoas ou culturas estão dispostas a fazer.

O encanto não está na efetivação plena do sonho, pois talvez ele não se realize; está, sim, na força do processo. O encanto emerge da articulação das diferentes dimensões do ser humano, isto é, desde a sua integridade, que é uma construção coletiva. É preciso desencadear e construir a cultura da solidariedade, entendendo que a luta para ser incluído é pouca. A solidariedade parece não ser tão natural no ser humano como é a afirmação teórica, pois requer conversões penosas, sofridas, generosas e uma aprendizagem constante. O caminho para potencializar e encantar a vida é o despertar contínuo para a dignidade de sujeitos e protagonistas de sua história, isto é, ser sujeitos-cidadãos. E ter sempre como meta o envolvimento das diferenças para fazer com que aquilo que parece impossível se torne possível. Essa é a grande esperança de quem trabalha constantemente onde a vida parece ter che-

gado ao fim e, muitas vezes, chegou mesmo ao fim, ao menos como projeto terreno que sempre é finito.

A razão de ser da transmissão destas pesquisas é porque estes saberes devem correr pelas veias, sair pelos poros e devem transbordar as ações de todos, pois, do contrário, não contagiam. O saber que possibilita o encantamento automaticamente suscita o envolvimento com aquilo que a narrativa propõe. O encantamento une, agrega, cria solidariedade, empatia e fidelidade àquilo que é considerado essencial num determinado momento e contexto histórico. Somente ações ousadas, com pesquisas empreendedoras, contribuirão para que todos se coloquem a caminho, pois só assim será possível vislumbrar novos e encantadores horizontes. Daí vale conhecer as pesquisas a seguir, pois estão carregadas de muito amor pela vida, por isso encantam e envolvem.

Os artigos que seguem buscam fundamentar a prática da Capelania e Assistência Espiritual, por isso analisam aspectos que são indispensáveis e devem ser considerados na prática nesta área. Seguem também pesquisas que abordam práticas que tiveram muito êxito na sua concretização, como também outras que apresentam expectativas e sonhos que, ainda, podem ser traduzidos em ações que qualifiquem a vida e atribuam sentido a ela. Desejamos uma excelente leitura, como também esperamos que novos saberes decorram desta riqueza que foi produzida, com muito esforço, por cada um dos autores e autoras. Lembre-se de que a vida é o bem maior e jamais poderá tornar-se objeto de nenhuma especulação e manipulação. É nisso que apostamos.

Boa leitura.

| Autores

Luiz Carlos de Oliveira, analisa “A importância do autoconhecimento e da programação neurolinguística no momento da dor e vulnerabilidade, com destaque para a interface entre autoconhecimento e espiritualidade”. Reflete sobre as práticas terapêuticas no campo psicoespiritual a partir de inúmeras pessoas atendidas e aconselhadas durante 19 anos de exercício sacerdotal da escuta na paróquia, na clínica e nos hospitais. Estas assinalaram para uma realidade que despertou curiosidade e atenção: a mente humana pode programar doenças, e a espiritualidade é uma das abordagens mais eficazes para dar sentido e valor às enfermidades e seus sintomas que se manifestam. Busca também, por meio da neurolinguística, identificar mecanismos de defesa mentais, a partir de caminhos da mente humana, a fim de obter razões práticas que justifiquem a afirmativa de que existem doenças programadas pela mente humana.

Matheus de Freitas Guedes, pesquisa que a autenticidade existencial no contexto hospitalar se refere à capacidade de viver de acordo com os próprios valores, crenças e propósitos, e é fundamental para o bem-estar emocional e psicológico dos indivíduos. Ressalta que, no contexto hospitalar, a espiritualidade emerge como uma fonte de apoio e significado, podendo desempenhar um papel importante na promoção da autenticidade existencial dos pacientes.

Ana Maria Ribeiro dos Santos, pesquisa sobre a “Capelania Hospitalar: contribuições para o conforto espiritual e a recuperação do enfermo”. Destaca o aconselhamento, o acolhimento, a empatia, a orientação e o trabalho de escuta como elementos essenciais durante as atividades executadas pela Capelania Hospitalar. Entre outros aspectos, reafirma a função do líder religioso como essencial, pois ele é um profissional preparado para conceder força e tratar do espírito, que muitas vezes está abalado e cansado.

André Francisco Krug Kurz, destaca como a espiritualidade pode impactar positivamente a saúde desses profissionais e, conseqüentemente, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Pontua também a importância de iniciativas que promovam momentos de reflexão, baseados em fundamentos bíblico-cristãos, como forma de oferecer um cuidado para preservar o equilíbrio físico e mental dos profissionais de saúde.

Wellington Ricardo Amaral Barros, tem como foco “A formação e a capacitação do capelão hospitalar: conhecimentos e práticas necessárias”. Ressalta que a capelania é uma atividade que proporciona oportunidades de conhecimento, reflexão, desenvolvimento e aplicação dos valores e princípios morais, bem como da revelação divina, para o saudável exercício da cidadania. Desenvolve os principais aspectos relacionados à capelania, bem como os saberes necessários para a sua prática. Aborda de maneira ampla e clara como o serviço de capelania está disposto atualmente, bem como suas principais características e necessidades. Além disso, conceitua o serviço de capelania e esclarece a importância e principais características de um capelão.

Edson da Silva Pires, dedica-se a analisar “A comunicação no atendimento da Capelania Hospitalar”. Aponta a comunicação como um dado presente nas relações humanas e na Capelania Hospitalar, atividade de grande relevância para o atendimento religioso e espiritual do doente e sua família. Ressalta o processo da comunicação no atendimento da Capelania Hospitalar e a aplicabilidade da comunicação, especialmente a comunicação não violenta, e que esta comunicação é um horizonte para um atendimento empático no serviço da Capelania Hospitalar.

José Fábio da Mota, analisa a “Relação de ajuda ao paciente à luz do Bom Samaritano”. Aponta o impacto emocional aos pacientes, incluindo mudanças físicas e desafios nas relações sociais e familiares. Destaca o papel da espiritualidade como uma fonte de auxílio, esperança e apoio emocional para os pacientes, além de fornecer uma rede de apoio social. Conclui que a espiritualidade exerce um papel fundamental nos momentos difíceis da vida, destacando o potencial desse estudo tendo em vista melhorar a qualidade de vida no enfrentamento da doença.

Claudio Samuel Scherwinski Santos, pesquisa o “Cuidado paliativo e Capelania Hospitalar, e o olhar para o capelão/visitador num contexto de terminalidade”. Traz a história dos cuidados paliativos em sua criação, começo dos trabalhos no Brasil e aproximação deste com a atenção domiciliar. Destaca o atendimento ao paciente em situação terminal e a característica do contato multiprofissional e interdisciplinar. Ainda, sendo necessária para tal a formação do capelão ou visitador num contexto de terminalidade, apresenta para isso uma proposta.

Gutemberg Ribeiro dos Santos, analisa “A missão do capelão hospitalar nos cuidados com pacientes paliativos adultos”. Comenta sobre a Capelania Hospitalar e o serviço religioso oferecido aos pacientes nos serviços de saúde da rede pública ou privada, proporcionando um serviço humanitário e saudável para a saúde do paciente e familiar no enfrentamento de seu estado de saúde e doença. Aborda a missão do capelão hospitalar nos cuidados com pacientes paliativos adultos e esclarece a importância e principais características de um capelão nos cuidados dos pacientes paliativos.

Maria Rita Callijão Farias, analisa “A importância da espiritualidade nos cuidados paliativos: um caso clínico”. Descreve um caso clínico real do atendimento psicológico de uma paciente que se encontrava sob acompanhamento médico em cuidados paliativos. Pontua que o acompanhamento psicológico se estendeu até a sua morte e, neste processo, identifica a importância da religiosidade da paciente como fator facilitador da aceitação da enfermidade e da adesão ao tratamento. Ainda, busca demonstrar a contribuição da religiosidade como suporte espiritual ao paciente em seu fim de vida.

Francisca Isabel de Mendonça, reflete sobre a “Identidade e missão no cuidado de doentes à luz do Beato Padre Luiz Tezza”. Toma como ponto de partida o centenário da morte de Padre Luiz Tezza, que teve uma vida intensa, fundamentada ao longo de 82 anos de sacerdócio, e vida religiosa admirável que, mesmo com tantos trabalhos e encargos, encontrou sempre tempo para exercer o seu zelo na pregação de retiros, confissões e, sobretudo, como capelão na assistência aos doentes nos hospitais e casas privadas. Ressalta a importância de um homem de excelentes práticas em prol da vida, que busca a própria santidade, a partir do Evangelho, para, então, santificar os irmãos.

A dedicação desses profissionais, que buscam dar conforto a todos que se encontram em situações em que a vida está no limite, dá legitimidade às reflexões por eles elaboradas. Como foi mencionado, a sistematização das experiências, fundamentadas pela pesquisa e ações, possibilita o avanço do conhecimento qualificado e desperta para novos saberes e novas maneiras de atuar e qualificar a vida. O conhecimento deve servir para humanizar as pessoas, especialmente no contexto atual em que as patologias são tornadas normais, diante das quais é preciso ressaltar que a normalidade não significa que o ser humano é saudável. Daí a importância de se buscar construir a identidade humana desde a sua formação integral, para que a saúde garanta o bem-estar das pessoas e sociedades e qualifique e dê sentido à vida. Nesse caminho, você, leitor, poderá ver que a assistência espiritual ocupa lugar central na organização da vida individual e coletiva. Desejamos bom proveito e enriquecimento pessoal desde estas relevantes pesquisas, pois esse é o caminho para a produção científica sobre a espiritualidade, tão central para uma vida com sentido, até onde parece não ter sentido. Seguimos avante, mesmo que a finitude corporal se concretize, pois a fé sempre aponta para a Vida na Eternidade.

Professor Dr. Antônio Boeing

| Capítulo 1

A IMPORTÂNCIA DO AUTOCONHECIMENTO E DA PROGRAMAÇÃO NEUROLINGUÍSTICA NO MOMENTO DA DOR E VULNERABILIDADE (INTERFACE ENTRE AUTOCONHECIMENTO E ESPIRITUALIDADE)

Luiz Carlos de Oliveira¹
Antônio Boeing²

Resumo: As práticas terapêuticas no campo psicoespiritual, a partir de inúmeras pessoas atendidas e aconselhadas durante 19 anos de exercício sacerdotal da escuta na paróquia, na clínica e nos hospitais, assinalaram para uma realidade que despertou curiosidade e atenção: a mente humana pode programar doenças, e a espiritualidade é uma das abordagens que mais são eficazes para dar sentido e valor às doenças e seus sintomas que se manifestam. Evidente que se trata de uma percepção a partir de experiências. Existem fatores *ad intra* e *ad extra* que determinam o surgimento de doenças nas pessoas. O que se pretende com o presente artigo, baseado nas terapias espirituais (atendimentos e visitas aos doentes) e nos estudos da Programação Neurolinguística, é fazer um caminho *ad intra* e identificar mecanismos de defesa mentais que se repetiram, gerando armadilhas/fixações, e eclodiram em uma “paixão” ou “pecado” de raiz, que aprisiona a mente em um estado doentio permanente que se refletirá sintomaticamente no corpo. Os comportamentos que se repetem gerando hábitos são assimilados pelo corpo como uma “verdade” a ser seguida e correspondida. Assim, desde o nível químico, passando pelo celular, tecidual e chegando ao orgânico, o corpo humano reage positiva ou negativamente aos estímulos e impulsos que o cérebro determina a partir de um pensamento, pequeno que seja, que se avoluma em um espiral crescente. Pensamento e sentimento são realidades incompatíveis: não se faz os dois ao mesmo tempo. No entanto, estão interligados no âmbito de “causa e efeito”: um pensamento negativo que “cresce” gerará um sentimento negativo que “desce”. O caminho a ser percorrido é complexo e não “fechará questão”, pois, em se tratando de autoconhecimento, nunca se saberá tudo e, o pouco que se souber, certamente estará muito aquém da totalidade da mente humana. Como dizia Orígenes³: “O que acontece lá em cima acontece aqui embaixo”. O “aqui embaixo” aplica-se à mente humana e o “lá em cima”, ao universo. Freud vai ainda dividir o “aqui embaixo” em consciente e inconsciente, reservando a este último uma imensa e esmagadora realidade mental desconhecida. Portanto, é com muita humildade que se deve percorrer os caminhos da mente

¹ Filósofo, teólogo, arquiteto, psicanalista, terapeuta sistêmico, padre, professor de língua italiana e terapeuta psicoexistencial no método ADI e do eneagrama. Residente na cidade de Governador Valadares-MG.

² Licenciado em Filosofia, bacharel em Teologia, mestre em Teologia Dogmática, doutor em Ciências da Religião, professor no Centro Universitário São Camilo, assessor nas áreas de Educação, Assistência e Religião, em várias instituições educacionais e religiosas. Orientador da disciplina de Elaboração de Relatório Técnico – Projeto Aplicado. E-mail: aboeing20@gmail.com

³ Mestre da escola teológica de Alexandria no Egito (185-254). Suas ideias cristãs eram baseadas no platonismo dual.

humana a fim de obter razões práticas que justifiquem a afirmativa de que existem doenças programadas por ela. Mais humildade ainda é necessária para reconhecer que a mente humana não dará conta sozinha de abstrair sentidos e valores para a dor e vulnerabilidade humanas.

Palavras-chave: Congruência; Mecanismo de Defesa; Consciente/Inconsciente; Armadilhas/Fixações; Associação; Dissociação; Registros Mentais.

Abstract: Therapeutic practices in the psycho-spiritual field based on countless people assisted and advised during 19 years of priestly exercise of listening in the parish, clinic and hospitals pointed to a reality that aroused curiosity and attention: the human mind can program diseases, and spirituality it is one of the most effective approaches to giving meaning and value to illnesses and their symptoms that manifest themselves. It is evident that this is a perception based on experiences. There are ad intra and ad extra factors that determine the emergence of diseases in people. The aim of the present article, based on spiritual therapies (attendance and visits to patients) and on studies carried out on Neurolinguistic Programming, is to make an ad intra path and identify mental defense mechanisms that were repeated, generating traps/fixations and erupted into whether in a root “passion” or “sin” that imprisons the mind in a permanent sick state that will be reflected symptomatically in the body. Behaviors that are repeated, generating habits, are assimilated by the body as a “truth” to be followed and corresponded to. Thus, from the chemical level through the cell, tissue and reaching the organic level, the human body reacts positively or negatively to the stimuli and impulses that the brain determines from a thought, small as it may be, that grows in a growing spiral. Thought and feeling are incompatible realities: you cannot do both at the same time. However, they are interconnected within the scope of “cause and effect”: a negative thought that “rises” will generate a negative feeling that “descends”. The path to be followed is complex and will not “close the question” because, when it comes to self-knowledge, one will never know everything and, the little that is known, will certainly be far short of the totality of the human mind. As Orígenes said: “what happens up there happens down here”. “Here below” applies to the human mind and “up there” to the universe. Freud will still divide the “down here” into conscious and unconscious, reserving for the latter an immense and crushing unknown mental reality. Therefore, it is with great humility that one must go through the paths of the human mind in order to obtain practical reasons that justify the assertion that there are diseases programmed by the human mind. More humility is still needed to recognize that the human mind alone will not be able to abstract meanings and values for human pain and vulnerability.

Keywords: Congruence; Defense Mechanism; Conscious/Unconscious; Traps/Fixations; Association; Dissociation; Mental Registers.

1. INTRODUÇÃO

A importância do autoconhecimento no momento da dor e vulnerabilidade evidencia-se, sobretudo, quando se verifica que as doenças psicossomáticas vêm aumentando consideravelmente, segundo a Organização Mundial da Saúde, há uma perda considerável na qualidade de vida de milhares de pessoas devido à incapacidade de gerenciamento das emoções, traumas, frustrações que a vida lhes apresentou. Nouwen (2020, p. 52), professor de psicologia e autor de vários *best-sellers*, verificou essa realidade em seu livro “O curador ferido”, quando afirma:

Muitas pessoas acreditam que há algo terrivelmente errado com o mundo em que vivemos. Há um tipo de traição do eu. Por toda parte vemos pessoas nervosas e inquietas, incapazes de se concentrar e muitas vezes sofrendo de uma crescente depressão. Sabem que o que é não devia ser do modo que é, mas não veem nenhuma alternativa viável [...] (Nouwen, 2020, p.52).

Esta realidade cruel e quase fatídica pode ser revertida na medida que os indivíduos derem mais atenção às coisas da mente e do coração. A tarefa do autoconhecimento é difícil, porém, necessária. No entanto, a dor e sofrimentos humanos nunca poderão ser vistos, abordados e solucionados somente com a força do pensamento humano. Nesse sentido, a carta *Samaritanus bonus* (2020, p.3) – Congregação para Doutrina da Fé, órgão da Igreja Católica – adverte aos que vão assistir espiritualmente e clinicamente aos enfermos:

É difícil reconhecer o profundo valor da vida humana quando, não obstante todo esforço de assistência, ela continua a se nos apresentar na sua fraqueza e fragilidade. O sofrimento, longe de ser removido do horizonte existencial da pessoa, continua a gerar uma inexaurível pergunta sobre o sentido do viver. A solução desta dramática interrogação não poderá jamais ser oferecida somente à luz do pensamento humano, já que o sofrimento contém a *grandeza de um específico mistério* que somente a Revelação de Deus pode desvelar. Em particular, a cada profissional da saúde é confiada a missão de um fiel cuidado da vida humana até o seu cumprimento natural, através de um percurso de assistência que seja capaz de fazer renascer em cada paciente o sentido profundo de sua existência, quando é marcada pelo sofrimento e pela doença. Mostra-se necessário, para isso, partir de uma atenta consideração do significado próprio do cuidado, para compreender o sentido da específica missão confiada por Deus a cada pessoa, profissional da saúde e agente de pastoral, como também ao próprio doente e à sua família (*Samaritanus bonus*, 2020, p. 3).

Os que atuam na Capelania Hospitalar ou como agentes da pastoral dos enfermos precisam trilhar este caminho do conhecer-se (suas feridas) primeiramente ou do conhecer-se junto à caminhada com os enfermos sem, no entanto, perder o horizonte da fé.

Quando a proposta é observar as emoções e seu itinerário de volta às suas origens, identificam-se registros e programações que a mente estabeleceu na tentativa

de ajudar o indivíduo a sobreviver às adversidades de forma quase instintiva. O presente trabalho reunirá diversas teorias que apontam para uma realidade muito concreta: a mente humana programa curas ou doenças. Os benefícios são inúmeros quando se detecta isso e se propõe uma reprogramação mental. Indivíduos e sociedades poderão tirar proveito de frustrações e traumas e estabelecer relações mais saudáveis e duradouras entre si.

A observação de comportamentos doentios que se repetem em pessoas que experimentaram frustrações traumáticas, sobretudo no campo sentimental, fez despertar um olhar diferenciado para certas doenças que são imediatamente curadas quando, em terapias, os sentimentos são ordenados e ressignificados, como observa Hellinger (2017, p. 46):

A partir desse momento, torna-se claro que muitas crises e enfermidades começam a desenvolver-se nos casos em que a pessoa ama sem conhecer as Ordens do Amor. O conhecimento dessas ordens converte-se, portanto, no ponto de partida para a solução e a cura.

Tudo indica que é o conhecimento das causas de uma patologia psicossomática, acompanhado de uma decisão justa, que produz as curas e libertações nos indivíduos que se submetem às terapias cognitivas ou analíticas. Cury (2018, p. 99) afirma que os registros na memória não podem ser mudados, mas podem ser reeditados a fim de produzirem perspectivas positivas ao indivíduo:

[...] não temos ferramentas para apagar o passado registrado [...] só podemos reeditá-lo inserindo novas experiências nas janelas da memória. É entrar no palco da mente e construir segurança onde existe o medo, lucidez onde existe estupidez, tranquilidade onde existe ansiedade [...].

Reconhecer e aceitar que muitas doenças são programadas pela mente requer aceitar o poder do inconsciente nas tomadas de decisões dos seres humanos. As empresas que trabalham com marketing já entenderam isso e produzem mensagens subliminares inconscientes que influenciam nas escolhas de consumidores frente aos produtos ofertados. Assim verificou Mlodinow (2013, p. 39):

Os julgamentos que emitimos e as percepções que temos refletem o trabalho de nossa mente em dois planos: o consciente e o inconsciente. Este último foi por muito tempo objeto de especulação, mas, nas últimas décadas, as pesquisas em neurociências desenvolveram instrumentos novos e fantásticos que revelam um conjunto imenso de informações sobre como esta área misteriosa e inexplorada afeta nossa maneira de viver e as razões de nossas escolhas mais simples, como comprar ou não comprar uma mercadoria.

É preciso ampliar a visão em relação ao inconsciente e descobrir as ferramentas que ele oferece para reprogramar e direcionar a mente humana em favor de um equilíbrio entre o “eu” gerenciador e as emoções que afloram a partir de imagens do inconsciente.

Baseado nestas teorias supracitadas e tantas outras, oriundas da prática da Capelania Hospitalar e do cuidado com os enfermos, é que se construirá uma literatura, cientificamente elaborada, na tentativa de comprovar que a mente humana é a causa e a solução de tantos males físicos que assolam milhares de pessoas. Indivíduos que, no cotidiano de suas vidas, estão sendo levados ou empurrados por suas emoções feridas e encarceradas. Para os que atuam na Capelania Hospitalar é de extrema importância o autoconhecimento e o conhecimento dos padrões e percepções das pessoas que serão acompanhadas espiritualmente em seu momento de dor e vulnerabilidade.

2. A LINGUAGEM DO INCONSCIENTE E O SENTIDO ESPIRITUAL DA DOR

Atribui-se à Freud⁴ a descoberta do inconsciente como fundamento da psicanálise. Este imenso e dilatado campo da mente humana se define claramente, segundo ele, pelo recalque, o que levou Freud (1928, p. 26) a afirmar que: “A teoria da repressão é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise”. Parece que Freud quis sinalizar que as coisas do inconsciente deverão permanecer como tal: inconscientes. A princípio, alargar a consciência não significa tornar consciente o inconsciente.

Freud também, no “Mal-estar da civilização” (1930, p. 34), fala de um “sentimento oceânico”. Um sentimento que ele gostaria de denominar sensação de “eternidade”, algo ilimitado, sem barreiras; um sentimento de vida eterna. Seria um fato puramente subjetivo que, segundo ele, não traz qualquer garantia de sobrevida pessoal, mas seria a fonte da energia religiosa de que as diferentes Igrejas e sistemas de religião se apoderam, conduzem por determinados canais e também dissipam, sem dúvida. Com base apenas nesse sentimento oceânico, alguém poderia considerar-se religioso, sentir-se aliviado em suas dores ainda que rejeitasse dogmas religiosos. O próprio Freud (1930, p. 11) admite ser difícil trabalhar cientificamente e cognitivamente os sentimentos e as dores humanas:

Devo dizer que para mim isso tem antes o caráter de uma percepção intelectual, certamente com uma tonalidade afetiva, mas, tal como ela, não faltaria em outros atos de pensamento de envergadura semelhante. Por experiência própria não pude me convencer da natureza primária de tal sentimento. Mas isso não me autoriza a questionar sua ocorrência em outros. Perguntamos apenas se ela é interpretada de modo correto e se deve ser admitida como *fons et origo* [fonte e origem] de todas as necessidades religiosas.

Nessa lacuna deixada por Freud – por não conseguir dar um sentido e um valor aos sentimentos e às dores para além do físico – é que se descortina uma realidade espiritual, transcendental que necessita ser abordada e considerada como equivalente às outras abordagens psiquiátricas, psicológicas, neurológicas e tera-

⁴ Médico neurologista criador da psicanálise. Freud nasceu em 1856 numa família judia, em Freiberg in Mähren, na época pertencente ao Império Austríaco.

pêuticas. Tanto quanto se deve olhar para o poder da mente na superação das dores e fragilidades humanas é o quanto se deve olhar para a dimensão espiritual inerente em cada ser humano, sobretudo no ápice de sua contingência humana.

A abordagem espiritual deve valer-se, também, de abordagens humano benignas, psicológicas como forma de se autocuidar e autoconhecer. No entanto, o universo misterioso da dor humana nunca será totalmente absorvido e entendido pelo conhecimento e teorias humanas. Em razão disso, o acompanhamento espiritual equivale a outros cuidados paliativos e terapêuticos com igual importância. Deve-se priorizar a espiritualidade e não apenas a religiosidade das pessoas enfermas.

Integrar a perspectiva médica/científica e a perspectiva religiosa/espiritual no manejo da doença e dos cuidados dos enfermos foi uma grande conquista que se iniciou com Anton T. Boisen, um capelão americano (1876-1965) e uma figura de destaque nos movimentos de Capelania Hospitalar e de educação pastoral clínica. Apesar das grandes dicotomias verificadas entre essas duas realidades imprescindíveis nas práticas hospitalares, compete aos capelães e agentes da pastoral dos enfermos fomentar e atuar de forma multidisciplinar no acompanhamento e tratamento dos enfermos.

Os estudos de Boisen e, posteriormente, da neurociência moderna, demonstram relevante papel da religião/espiritualidade na vida das pessoas, por impactar suas realidades concreta e psíquicas, sendo fator presente na significação, ordenamento da vida e constituição da subjetividade.

Os capelães e agentes da pastoral da saúde devem sempre alertar os profissionais de saúde sobre a importância de considerar as necessidades espirituais do paciente no processo terapêutico e atentar às suas relações com a saúde mental, o que vem sendo confirmado em estudos desenvolvidos em centros de atenção psicossocial no mundo inteiro.

Aqueles que pretendem atuar como capelães ou agentes junto aos enfermos em ambientes hospitalares necessitam enxergar o ser humano de forma holística, integral e reconhecer que o autoconhecimento e o autocuidado são imprescindíveis para oferecer ajuda espiritual adequada aos pacientes. Portanto, não basta ter fé e pertencer a uma religião para dedicar-se ao auxílio espiritual. Antes, porém, é necessário trilhar o caminho do autoconhecimento e ampliar os horizontes para além de dogmas religiosos.

A Programação Neurolinguística não possui uma ambição terapêutica equivocada em desqualificar o nível neurológico espiritual do ser humano. Porém, antes de se chegar a este nível, existem outros tantos que necessitam ser trabalhados e considerados em nível consciente e inconsciente. Sabemos, pelos ensinamentos deixados pelo próprio Freud, que o recalque do inconsciente garante, paradoxalmente, o equilíbrio e a sobrevivência emocionais das pessoas. O inconsciente oferece recursos extraordinários que precisam ser acessados de forma inteligente e congruente sem, no entanto, causar danos psicológicos. Nele estão os registros das experiências mais diversas que constituíram, fundamentalmente, as personalidades, estruturas de pensamentos, crenças, valores, identidades, ideias “sagradas” que regem comportamentos. Por ser tão vasto e misterioso, o inconsciente possui, naturalmente, uma linguagem simbólica; e, de forma igualmente simbólica, quase que metafórica, ele sempre deverá ser abordado e acessado. Nesse sentido, a Pro-

gramação Neurolinguística oferece um recurso muito coerente quando apresenta a pesquisa transderivacional⁵.

O que aparentemente é visto como um problema pode ser uma solução na medida em que, através de abordagens e linguagens apropriadas, as omissões, distorções e generalizações de uma linguagem inconsciente são direcionadas, efetivamente, para uma resignificação, uma reedição de determinados registros no inconsciente. Não se trata apenas da possibilidade da passagem de uma ideia inconsciente para o consciente. Trata-se de, mantendo os registros inconscientes, iluminá-los e enxergá-los sob nova perspectiva. Nesse sentido, o inconsciente oferece um campo fertilíssimo de abordagens que possibilita um estado pleno de recursos.

É necessário partir do pressuposto de que o inconsciente produz entaves nas relações humanas não pela sua natureza de ser, mas pela maneira de não o perceber e não o “decifrar” através de uma linguagem correta. A passagem do inconsciente para o consciente não se dá por meio de uma mudança de registro, tão pouco por diferenças produzidas no estado funcional (Baratto, 2019, p. 57).

No inconsciente subsistem coisas sem as representações de palavras logicamente correspondidas, como é próprio do consciente. Então, faz-se necessário “dar nomes”, tipificar o que se sente e se observa no campo inconsciente; aliás, esta será a única forma capaz de trazer ao consciente as realidades inconscientes. De acordo com Cunha (2005, p. 63), “Evágrio Pôntico, místico cristão do século IV, sugeriu aos monges iniciantes no caminho do autoconhecimento a ‘técnica do porteiro’, que consistia em fazer três perguntas para as emoções e sentimentos que se manifestavam frente às situações adversas da vida: 1) Quem é? 2) De onde vem? 3) E o que veio fazer aqui?”. Essa técnica nada mais é do que “metamodelar”⁶, objetivar, ao máximo o que se sente e se manifesta no campo das emoções e sentimentos. Portanto, como bem disse Baratto⁷(2019, p. 3), “a tradução em palavras é o recurso disponível ao sujeito para reconhecer e elaborar algo sobre o seu desejo. É também por meio do ato de fala que o sujeito encontra recursos para tornar simbólico um real traumático não integrado ao sistema simbólico”.

É da certeza da existência de processos de pensamentos que se produzem, de forma autônoma da consciência e do valor conferido por Freud à palavra, que nasce, tanto a teoria quanto o método da psicanálise. Sendo assim, a Programação Neurolinguística, de forma muito coerente, oferece instrumentos e técnicas que viabilizam a reprogramação mental levando em conta a linguagem como o meio mais importante para se obter bons resultados nas mudanças comportamentais desejadas. Doenças psicossomáticas, comportamentos inadequados e hábitos indesejados podem ser identificados e eliminados na medida em que a linguagem de um pensamento é transformada, deliberadamente, reeditando registros no inconsciente que, em última análise, é o lugar onde “tudo ganha força”.

⁵ Perguntas que fazem resgatar vivências e situações esquecidas pelo consciente. Estas perguntas não apenas recuperam informações, mas esclarecem, dão escolhas e abrem infinitas possibilidades (Augusto, 2015).

⁶ É o uso de certos tipos de perguntas para reunir informações (ganhar a compreensão da estrutura profunda da pessoa). Grinder e Bandler (Os pais da PNL) observaram que, ao se mover da estrutura profunda para a estrutura da superfície, as pessoas inconscientemente usavam: Omissão; Generalização e Distorção. Eles chamaram de Metamodelagem a linguagem arguitiva.

⁷ Professora e supervisora clínica em psicanálise na Fundação Universidade Regional de Blumenau-SC.

Mas, quando todas essas abordagens não surtirem efeitos esperados – e talvez não surtam devido ao esquecimento ou a negligência da realidade transcendental de todo ser humano –, a Programação Neurolinguística deverá reconhecer que a mente do ser humano está conectada a uma “Mente” maior que, por meios não objetivos e técnicos, trará sentido, valor e equilíbrio diante da dor e sofrimentos humanos. Aqui coloca-se o indivíduo, com todos os seus acordos intrapsíquicos, em um contexto maior e mais repleto de sentido e significados da existência humana. Há uma interface entre autoconhecimento e espiritualidade. Quando ambos são levados em conta, proporcionam alívio e sentido para a dor e o fim da vida.

3. MENTE E CORPO FORMAM UM SÓ SISTEMA

A afirmativa “Mente e corpo formam um só sistema” é a décima pressuposição da Programação Neurolinguística⁸. Há uma mútua influência nesta dual realidade humana de forma que ambas possuem uma “inteligência” interativa. Pensamentos produzem conexões neurais que vão transmitir, através do sistema nervoso (central, periférico, autônomo), “mensagens” refletidas nas camadas: molecular, celular, tecidual e orgânica do corpo humano⁹. Este, por sua vez, quando afetado por fatores alheios à mente humana, produz reações que geram pensamentos, emoções e sentimentos. Augusto¹⁰ (2015, p. 27) afirma que “quando pensamos de forma diferente, nossos corpos mudam imediatamente, a fisiologia também muda. E o mesmo ocorre quando agimos de forma diferente – nossos pensamentos e sentimentos também se modificam”. Quando mente e corpo formam um só sistema, tem-se uma visão holística do ser humano e pode-se, a partir daí, acessar sua espiritualidade no sentido mais pleno possível.

Segundo Araújo¹¹ (2019, p. 44), o cérebro é capaz de produzir comportamentos altamente complexos por conter um número extraordinariamente grande de células neurais (cerca de 100 bilhões). Os neurônios produzem sinais estereotipados, que permitem a comunicação entre as partes de uma célula e são interconectados para permitir a comunicação entre elas. Os padrões de interconexão produzem tipos diversos de comportamento que são modificados em função da experiência (plasticidade sináptica). Essas relações químicas e físicas entre o cérebro e o corpo já foram muito bem comprovadas pelas ciências. No entanto,

quando se atribui à mente humana a motricidade dessas relações químicas e físicas refletidas em todo o corpo, entra-se num campo altamente complexo que, em última análise, é constituído da dialética paradoxal mente/corpo e, um pouco mais expandido, espírito/matéria. Isso tudo é desafiador para a ciência e possui um limite sutil entre fé e razão. Mas, as ciências que se ocupam no estudo da mente humana e, mais recentemente, as que se ocupam com o estudo do cérebro humano, parecem concordar que os estados emocionais da mente afetam diretamente o funcionamento do corpo humano como um todo. Hipócrates (1985, p.45)¹² já havia sinalizado nesta direção:

O homem deve saber que, de nenhum outro lugar, se não do cérebro vem a alegria, o prazer, o riso e a recreação, e a tristeza, melancolia, pessimismo e as lamentações. E então, de uma maneira especial, adquirimos sabedoria e conhecimento, e vemos e ouvimos para saber o que é justo e o que não é, o que é bom e o que é ruim, o que é doce e o que é sem sabor[...] E pelo mesmo órgão tornamo-nos loucos e delirantes, e sentimos medo e o terror nos assola[...] Todas essas coisas provêm do cérebro quando este não está sadio[...] Dessa maneira sou da opinião de que o cérebro exerce um grande poder sobre o homem (Hipócrates, Da Doença Sacra, IV A.C).

Admitir, reconhecer e praticar a décima pressuposição da Programação Neurolinguística (mente e corpo formam um só sistema) é um grande passo na direção de tratamentos de doenças psicossomáticas. A partir deste axioma¹³ pode-se aplicar técnicas terapêuticas que reverberarão em bons resultados, criando um círculo virtuoso de um espiral crescente de estados emocionais e físicos. Uma crença limitadora instalada há muito tempo, quando trocada (“swish”) por outra, agora, possibilitadora, gerará rupturas em estados, antes, “doentios”. Moraes¹⁴ (2016, p. 436) afirma que “muitas doenças até então consideradas ‘incuráveis’ pelos recursos da medicina convencional podem ser curadas pela supressão de ‘códigos’ de programação mental e interromper a alimentação emocional dos distúrbios somáticos”. Isso não significa abandonar tratamentos curativos farmacológicos, mas buscar, ontologicamente, a causa e, por conseguinte, bloquear mentalmente o que antes alimentava um mal físico. Dessa maneira, Moraes (2016, p. 432) exemplifica:

⁸ A PNL possui treze pressuposições: ideias ou crenças previamente supostas e sobre as quais os seres humanos agem. As pressuposições formam um conjunto de princípios éticos que ajudam na percepção e ação mental/comportamental.

⁹ Em 1810, o médico escocês Charles Bell e o fisiologista francês François Magendie detectaram um fato anômico curioso: logo antes dos nervos chegarem à espinha, as fibras dividem-se em dois braços (raízes). A raiz dorsal entra por trás na espinha e a raiz ventral entra pela frente. Descobriram que a raiz ventral leva os estímulos para os músculos e a raiz dorsal leva as informações sensoriais para o sistema nervoso central.

¹⁰ Fundador do Instituto VOCÊ, facilitador de vivências diversas do autoconhecimento e analista comportamental.

¹¹ Professor adjunto da Universidade Federal de São João Del-Rei. Tem experiência na área de Engenharia Elétrica, com ênfase em Processamento de Sinais, atuando principalmente nos seguintes temas: linguística quantitativa, processamento de sinais, teoria da informação, reconhecimento de padrões, reconhecimento de fala e inteligência artificial.

¹² Filósofo grego (460 a.C. † 370 a.C. em Tessália). É considerado por muitos uma das figuras mais importantes da história da Medicina, frequentemente considerado “pai da medicina”.

¹³ Premissa considerada necessariamente evidente e verdadeira, fundamento de uma demonstração, porém ela mesma indemonstrável, originada, segundo a tradição racionalista, de princípios inatos da consciência ou, segundo os empiristas, de generalizações da observação empírica. O princípio aristotélico da contradição (“nada pode ser e não ser simultaneamente”) foi considerado, desde a Antiguidade, um axioma fundamental da filosofia.

¹⁴ Gisela Renate Jost de Moraes, conhecida como “Dra. Renate”. Foi criadora do Método ADI/TIP – Abordagem Direta do Inconsciente/Terapia de Integração Pessoal. Graduada e pós-graduada (*lato sensu*) em Psicologia pela PUC-MG, formou-se também em Serviço Social e Enfermagem. Residiu muitos anos em Brasília (DF), onde foi membro do Conselho Nacional de Serviço Social (atual CNAS).

[...] Se a causa de um carcinoma reside no ódio contra o pai ou a mãe biológicos, de nosso ponto de vista, não basta extirpar cirurgicamente o nódulo maligno, mas é necessário procurar a origem emocional deste sentimento utilizando os recursos oferecidos pelos 'questionamentos' (Pesquisa transderivacional na PNL) sobre o nível inconsciente. De fato, o ódio tem por si mesmo uma capacidade de programação tal que pode levar os distúrbios também a outros órgãos.

Naturalmente, quando há a concordância de um sistema uníssono de corpo e mente há também uma outra concordância de que o inconsciente é a parte da mente que possui maior influência nos estados emocionais e físicos. Portanto, é preciso dar maior atenção às realidades “encarceradas” no inconsciente. Como dizia Jung¹⁵ (1930, p. 67): “Até que você torne o inconsciente em consciente, aquele irá direcionar a sua vida e você irá chamá-lo de destino”. Sendo assim, é necessário o aprofundamento dessa parte “escondida do iceberg” na mente humana. Considerando que o inconsciente equilibra o consciente, tem-se um recurso extraordinário para combater os males da mente e do corpo.

4. A MENTE INCONSCIENTE EQUILIBRA A MENTE CONSCIENTE

O inconsciente é alimentado por registros, desde a mais tenra idade, oriundos de experiências, comportamentos, pensamentos que se repetem e se afirmam gerando “crenças” e determinando estados permanentes de emoção. Por efeito de vínculo, equiparação e compensação, o inconsciente opera na mente consciente e faz o corpo adequar-se àquilo que, ontologicamente, se estabelece como realidade. Por exemplo, “quando, ainda no ventre – seja em estado embrionário ou fetal –, o ser humano sente-se rejeitado ou interpreta como rejeição atitudes dos pais” (Renate, 2016, p. 437). Mesmo não tendo as funções anatômicas em plena atividade e vendose em potencialidade, pode programar patologias de fundo emocional na medida em que, para chamar a atenção dos pais, agita-se, enfurece-se, adoecese e, tendo alcançado o que se propôs, por vínculo, por compensação e equiparação, o físico se adequa àquilo que a mente propôs e julgou como estratégia validamente reconhecida. Renate (2016) chamará este pensamento ontológico de “frases-registros” que se encontram no inconsciente e que não se expressam apenas na psique, mas são assimiladas pelo cérebro e transformadas em comandos, em ordens físicas, biológicas. As percepções que geram sensações e emoções fazem uma ligação entre a mente e o corpo. Este, por sua vez, entrará em conformidade com aquela que programou e ordenou estado ou comportamentos permanentemente doentios:

Não existe, de fato, uma ação hormonal ou eletroquímica completamente autônoma. Uma situação de emoção contundente, quando continuada e compensada, pode apresentar ameaças à saúde física análogas

¹⁵ Carl Gustav Jung foi um psiquiatra e psicoterapeuta suíço que fundou a psicologia analítica. Jung propôs e desenvolveu os conceitos de personalidade extrovertida e introvertida, arquétipo e inconsciente coletivo. Seu trabalho tem sido influente na psiquiatria, psicologia, ciência da religião, literatura e áreas afins.

àquelas das infecções bacterianas ou virais [...]. As emoções negativas destroem a saúde, desequilibram o psiquismo e encurtam a vida (Moraes, 2016, p. 438).

As fases da vida humana mais fecundas em registros no inconsciente estão na vida intrauterina e na infância. Nessas etapas são lançados os alicerces da personalidade que eclodirá em uma “paixão” ou em um “pecado de raiz”. Como uma armadilha ou fixação, comportamentos são repetidos na tentativa de corresponder às programações mentais feitas nessas fases precoces da vida. Assim, o inconsciente, que armazena o “DNA” de tudo aquilo em que a pessoa se transformou e que precisará ser acessado, com uma linguagem apropriada, para identificar “verdades” que se enraizaram e alimentaram comportamentos e estados doentios. A Programação Neurolinguística, através da pesquisa transderivacional, atinge o inconsciente e busca recursos internos na própria pessoa para “iluminar” um registro negativo e reeditá-lo em virtude de uma decisão/ruptura de um padrão de comportamento inadequado e patológico.

Certa vez, um indivíduo que sofria de crise asmática diante de situações conflituosas, participando de uma vivência de estímulos externos para acessar estados internos, foi indagado, repetidas vezes, pelo facilitador – de forma metafórica – até atingir a lembrança de que, em sua infância, ele havia simulado uma crise de tosse afirmando de que sua mãe não lhe obrigasse a ir à escola (Cury, 2018 p. 26). Sua mente propôs uma alternativa que “funcionou” para aquele momento e seu corpo entendeu que “funcionaria” para todos os momentos em que ele se sentisse confrontado com alguma coisa. O corpo vai sempre reproduzir reações que um dia ganharam força e atenção mentais. Neste caso, a crise asmática era uma programação mental que, uma vez identificada e reprogramada, perdeu força e foi cessada.

Nas vivências e dinâmicas de Programação Neurolinguística são necessárias linguagens apropriadas para “distrair” a mente consciente até acessar recursos inconscientes. No exemplo anterior, a linguagem utilizada foi metafórica, o que possibilitou equilíbrio entre o inconsciente e o consciente. Para identificar comportamentos doentios e males físicos de origem emocional deve-se utilizar uma linguagem de abordagem direta ao inconsciente sem perder a consciência. Esta linguagem é complexa e possui vários níveis e ambiguidades que estimulam a mente consciente a ir ao encontro de realidades transderivacionais. Um dos modelos de linguagem mais adotado pela Programação Neurolinguística para equilibrar inconsciente e consciente é o de Milton Erickson¹⁶. A Linguagem Ericksoniana consiste em acompanhar a experiência da pessoa e conduzi-la a um estado no qual a mente fique distraída para descobrir recursos inconscientes. Consiste em subjetivar, ao máximo, a conversa, e é o contrário da metamodelagem¹⁷. Através da Linguagem Ericksoniana, o inconsciente é escutado por meio de perguntas e comandos embutidos que realizam discretamente a imersão.

Existe uma palavra importante para que a mente inconsciente equilibre a mente consciente: ressignificação. Uma habilidade que transforma um registro mental doentio

¹⁶ Psiquiatra estadunidense especialista em terapia familiar sistêmica e uma das autoridades mundiais nas técnicas de hipnose aplicadas à psicoterapia.

¹⁷ Linguagem segmentada, objetivada que torna a conversa mais específica e supera equívocos na linguagem.

em um “filtro útil” que proporciona uma vida mais saudável. Contextos, conteúdos e crenças podem ser ressignificados e oferecer novos horizontes às pessoas. O que ocorreu no passado não pode ser mudado, mas a forma de perceber aquela experiência pode ser alterada. Quando isso ocorre, acontece uma reposição e uma justaposição. Trata-se de abrir uma nova janela e ter um outro ponto de vista. Quando uma doença é fruto de uma carência afetiva de atenção e reconhecimento, ela é curada na medida em que a pessoa se descobre valorosa não pelo que os outros dizem e fazem por ela, mas por aquilo que ela é e por aquilo que a define essencialmente. Existem crenças limitadoras que geram um estado permanente de doenças: “Não sou capaz!”, “Sou uma cruz na vida dos outros!”, “Eu sou um lerdo mesmo!”. Resignificar crenças assim, mudando uma linguagem interna do pensamento, produz uma neurotransformação que gerará novos hábitos que, por sua vez, realizarão uma neuroplasticidade. É preciso “acordar para dentro” e com uma simples atitude de observação das emoções e pensamentos – como um novelo a ser desenrolado em que se chegará a mudanças profundas e significativas. A mente inconsciente está cheia de recursos, esperando ser acessada de forma inteligente para oferecer bem-estar e alegria aos seres humanos. Resumindo: “Mens sana in corpore sano”¹⁸. Uma mente sadia gerará também um corpo sadio.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se, até agora, demonstrar o quanto a mente inconsciente determina os estados patológicos físico/emocional. O maior desafio para o ser humano, no campo da psique, é tornar-se o gestor de sua própria mente. “Existem fenômenos instantâneos inconscientes que não dependem da vontade do Euconsciente” (Cury, 2018, p. 186). Quando estes fenômenos se impõem sobre a vontade e o querer do “eu” consciente, sinalizam que não está havendo uma gestão equilibrada entre inconsciente e consciente.

Desde a infância, os seres humanos armazenam uma quantidade enorme de dados sobre os quais não possuem controle. Quando estimulados, por razões diversas, estes dados vêm à tona de forma fenomenológica e dominam o querer e o agir humanos. Todas as “escolhas” que são feitas na fase adulta humana são baseadas nesses dados que já estão embutidos no inconsciente. Também inúmeras patologias são desenvolvidas a partir desses dados que incidem diretamente no organismo, gerando estados doentios. Diante dessa realidade, Cury (2018, p. 188) salienta:

Escolher quais dados serão acessados é uma possibilidade do EU. Temos a liberdade de escolher o que lembrar, quais experiências queremos preservar e trazer à tona. No entanto, além desse processo consciente de utilização dos arquivos da memória, há diversos fenômenos inconscientes que constroem pensamentos e emoções sem a autorização do EU. Estes fenômenos, em razão de quais dados resgatam, podem sabotar o EU, escravizando-o, encarcerando-o e adoecendo-o.

¹⁸ “Mens sana in corpore sano” é uma famosa citação latina, derivada da Sátira X do poeta romano Juvenal. No contexto, a frase é parte da resposta do autor à questão sobre o que as pessoas deveriam desejar na vida: deve-se pedir em oração que a mente seja sã num corpo sã.

É necessário que o “eu” esteja no comando das manifestações do inconsciente. Dessa forma, muitos males poderão ser eliminados e muito mais seres humanos, iluminados. Uma das maneiras de “estar no comando” é dar atenção aos pensamentos. Eles são sempre estimulados por fatores internos e externos à mente e são o “fio condutor” pelo qual se pode chegar a um equilíbrio mental. Daí a importância de focar no que é positivo, no que gera benefícios, bem-estar e saúde. O pensamento que ganha atenção será o que ganhará força e, certamente, o que influenciará, paulatinamente, no que é biológico.

A programação neurolinguística possui inúmeras ferramentas de estímulos positivos que auxiliam no gerenciamento de pensamentos. O alinhamento dos níveis neurológicos¹⁹, ambiente, comportamento, capacidades, valores, crenças, identidade, afiliação e espiritualidade, é um recurso extraordinário da Programação Neurolinguística para fortalecimento do “eu” na difícil tarefa de gerenciar pensamentos, emoções, relações e dor física, quando aparecem em momentos de vulnerabilidade (doenças). Alinhar estes níveis significa identificar em qual ponto está uma limitação, um trauma, um registro e um pensamento não funcional. Ao fazer essa descoberta, ganha-se mais elementos para obter recursos que irão auxiliar nas ressignificações e gerenciamento de pensamentos. Uma das formas mais contundentes de mostrar quem está no controle da mente é alinhar os níveis neurológicos. Em última análise, seriam “doses homeopáticas” de consciência e fortalecimento de si mesmo. Isso gerará reprogramações mentais que eliminarão muitos males de fundo emocional.

Para os agentes da pastoral da saúde e os capelães que atuam diretamente com seres humanos em seus momentos críticos de vulnerabilidades físico/emocional/espiritual, é fundamental entender os alinhamentos neurológicos e aplicá-los em si mesmos e também aos enfermos que estão sob seus cuidados. Ambiente, comportamento, capacidades, valores, crenças, identidade, afiliação e espiritualidade são níveis neurológicos que precisarão estar sempre na mente de quem atua no cuidado com os enfermos.

¹⁹ Níveis Neurológicos são uma poderosa ferramenta de transformação pessoal da PNL. Ela foi criada por Robert Dilts (um dos grandes nomes da PNL) e Todd Epstein a partir dos estudos de aprendizagem de Gregory Bateson. Essa ferramenta da PNL generaliza e pressupõe que os seres humanos atuam em **seis níveis neurológicos**: camadas que compõem o modo de vida de cada um. Usar esse modelo de **seis níveis neurológicos** ajuda a compreender, de forma clara e estruturada, os comportamentos humanos.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Leonardo Carneiro. **Fundamentos de neurociência e do comportamento**. Disponível em: <http://www.faculdadearapoti.com.br/blogadm/wp-content/uploads/2012/08/neurociencia.pdf>. Acesso em: 11 maio 2019.
- ALGUSTO, Bento. **PNL e você: desenvolva seu potencial**. 3ª ed. São José dos Campos: Instituto VOCÊ, 2015.
- BANDLER, Richard; GRINDER, John. **Ressignificando: programação neurolinguística e transformação do significado**. 5ª Edição. Summus. São Paulo, 1986.
- BARATTO, Geselda. **A Descoberta do Inconsciente e o Percurso Histórico de sua Elaboração**. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100007 Acesso em: 01 de maio de 2019.
- BETTENCOURT, Estêvão. **Curso de eclesiologia, Mater Ecclesiae**. Rio de Janeiro: LetraCapital, 2015.
- BLANK, Renold. **Escatologia da pessoa humana**. São Paulo: Paulus, 2000.
- CUNHA, Domingos. **Crescendo com o eneagrama na espiritualidade** Paulus. São Paulo: Paulus, 2005.
- CURY, Augusto. **Treine o seu cérebro para provas**. Rio de Janeiro: Método, 2018.
- ELLERTON, Roger. **Metamodelo da PNL**. Disponível em: <https://golfinho.com.br/artigo/metamodelo-da-pnl.htm>. Acesso em: 1º maio 2019.
- EPELMAN, Débora; CASSIS, Sueli; ROMA, Andréia. **Ferramentas da PNL**. 1ª ed. São Paulo: Leader, 2016.
- HELLINGER, Bert. **Ordens do amor**. São Paulo: Cultrix, 2017.
- FREUD, Sigmund. **O mal-estar da civilização**. São Paulo: Penguin-Companhia, 2011.
- ILARA, Narciso. **Controle cerebral e emocional**. São Paulo: Loyola, 2018.
- MLODINOW, Leonard. **Subliminar: como o inconsciente influencia nossas vidas**. São Paulo: Zahar, 2018.
- MORAES, Renat Jost. **As chaves do inconsciente**. 31ª ed. Belo Horizonte: SPES, 2016.
- MONDIN, Battista. **Curso de Filosofia**. 1ª ed. São Paulo: Paulinas, 1985.
- NOUWEN, Henri. **O curador ferido**. 1ª ed. Petrópolis: Vozes, 2020.
- CARTA, **Samaritanus bonus**. Sobre o cuidado das pessoas nas fases críticas e terminais da vida. Congregação para a Doutrina da Fé.

| Capítulo 2

O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE NA PROMOÇÃO DA AUTENTICIDADE EXISTENCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

Matheus de Freitas Guedes²⁰
 Antônio Boeing²¹

Resumo: Este artigo tem como objetivo explorar o papel da espiritualidade na promoção da autenticidade existencial no contexto hospitalar. A autenticidade existencial refere-se à capacidade de viver de acordo com os próprios valores, crenças e propósitos, e é fundamental para o bem-estar emocional e psicológico dos indivíduos. O ambiente hospitalar, por sua vez, é um cenário desafiador, no qual os pacientes enfrentam doenças graves, procedimentos médicos invasivos e confrontam sua própria mortalidade. Nesse contexto, a espiritualidade emerge como uma fonte de apoio e significado, podendo desempenhar um papel importante na promoção da autenticidade existencial dos pacientes.

Palavras-chave: Autenticidade Existencial; Espiritualidade; Hospitalar.

Abstract: This article aims to explore the role of spirituality in promoting existential authenticity in the hospital context. Existential authenticity refers to the ability to live in accordance with one's own values, beliefs, and purposes, and is crucial for individuals' emotional and psychological well-being. The hospital environment, on the other hand, is a challenging setting where patients face serious illnesses, invasive medical procedures, and confront their own mortality. In this context, spirituality emerges as a source of support and meaning, and can play a significant role in promoting the existential authenticity of patients.

Keywords: Existential Authenticity; Spirituality; Hospital.

²⁰ Pós-graduando em Capelania Hospitalar, Licenciado em Filosofia. E-mail: matheusfrguedes@gmail.com.

²¹ Licenciado em Filosofia, bacharel em Teologia Dogmática, doutor em Ciências da Religião, professor do Centro Universitário São Camilo, assessor nas áreas da Educação, Assistência e Religião, em várias instituições educacionais e religiosas. E-mail: aboeing20@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

No contexto hospitalar, os pacientes enfrentam uma série de desafios físicos, emocionais e existenciais decorrentes de doenças graves e do confronto com a própria mortalidade. Em meio a isso, a espiritualidade tem despertado crescente interesse como uma dimensão importante na promoção da saúde e do bem-estar dos pacientes. A espiritualidade transcende o âmbito religioso e envolve a busca por significado, propósito e conexão com algo maior, influenciando diretamente a autenticidade existencial.

Essa autenticidade é entendida como a capacidade de viver de acordo com os próprios valores, crenças e propósitos, sendo fundamental para o desenvolvimento e a expressão da identidade individual. No ambiente hospitalar, a confrontação com a doença e a vulnerabilidade podem desafiar os pacientes gerando questionamentos profundos sobre o sentido da vida e as prioridades pessoais. Nesse sentido, a espiritualidade desempenha um papel relevante, oferecendo suporte emocional, fortalecendo a resiliência e fornecendo um referencial para a busca de sentido e coerência em meio à adversidade. E a relação entre essas duas realidades no contexto hospitalar é complexa e multifacetada.

No ambiente hospitalar, profissionais de saúde desempenham um papel significativo na promoção da espiritualidade e da autenticidade existencial dos pacientes. Eles podem criar um ambiente acolhedor e sensível, encorajando conversas significativas sobre valores, propósitos e questões existenciais. Além disso, práticas e abordagens espirituais adequadas ao contexto hospitalar, como a presença de capelães, serviços religiosos ou apoio espiritual individualizado, podem ser implementadas como recursos complementares para promover a autenticidade existencial dos pacientes.

Este artigo tem como objetivo aprofundar a compreensão da relação entre espiritualidade e autenticidade existencial no contexto hospitalar. Através de uma revisão da literatura científica e de análises teóricas, serão explorados conceitos fundamentais, evidências empíricas e práticas relacionadas à espiritualidade e autenticidade existencial. Os resultados esperados fornecerão uma base sólida para aprimorar a abordagem dos profissionais de saúde, valorizando a dimensão espiritual e promovendo uma vivência autêntica e significativa para os pacientes no ambiente hospitalar.

2. A ESPIRITUALIDADE E A AUTENTICIDADE EXISTENCIAL: CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Esta primeira parte explorará conceitos fundamentais que ajudarão a compreender a importância da espiritualidade e da autenticidade existencial no contexto hospitalar. Abordando o significado da espiritualidade, indo além das crenças religiosas e entendendo como ela pode influenciar a maneira como os pacientes lidam com sua saúde e bem-estar. Também apresentará o que significa ser autêntico em meio a desafios médicos e como essa autenticidade pode impactar positivamente a experiência hospitalar. Ao fim, será possível ter uma base sólida para analisar como a espiritualidade pode contribuir para a promoção da autenticidade e do bem-estar dos pacientes no ambiente hospitalar.

2.1 Espiritualidade: conceitos e dimensões

A espiritualidade pode ser compreendida como a procura por significado e propósito na vida, assim como a conexão com algo maior do que nós mesmos; não sendo estas as únicas definições. Ela envolve uma dimensão intrínseca do ser humano, relacionada à transcendência, à vivência de valores e à busca por respostas para perguntas existenciais. Diferentemente da religião, a espiritualidade é um aspecto pessoal e subjetivo, podendo manifestar-se de maneiras diversas (Pessini, 2010, p.110).

Uma das dimensões centrais da espiritualidade é a busca de sentido. Esta envolve uma reflexão profunda sobre o propósito da vida, as experiências pessoais e o significado das adversidades. No contexto hospitalar, os pacientes podem confrontar situações desafiadoras que abalam suas estruturas e despertam perguntas existenciais profundas. A espiritualidade desempenha um papel fundamental ao fornecer um quadro de referência para encontrar significado e propósito, mesmo em meio à dor e à incerteza.

Se, por um lado, o ser humano tem anseios de vida saudável, por outro lado tais anseios não dependem somente de fatores externos. Entra em cena o dado da fé, como um pressuposto e um elemento que não pode ser dispensado quando se está diante de um forte dilema de na vida: a luta contra as enfermidades e as doenças, e o anseio pela recuperação da saúde (Fernandes, 2019, p. 22).

A dimensão ética e moral também é relevante na espiritualidade. A espiritualidade está intimamente ligada à reflexão sobre valores e princípios pessoais, assim como à vivência coerente com esses valores. No contexto hospitalar, os pacientes podem enfrentar decisões complexas e dilemas éticos. A espiritualidade oferece uma base sólida para a tomada de decisões alinhadas com os valores mais profundos, proporcionando orientação moral e ética. Outra dimensão significativa é o bem-estar emocional e mental. A espiritualidade pode fornecer suporte emocional ao oferecer conforto, esperança e uma sensação de conexão com algo maior. Práticas espirituais, como meditação, oração ou rituais religiosos, podem desempenhar um papel crucial na promoção do equilíbrio emocional, fortalecendo a resiliência e a capacidade de enfrentar os desafios emocionais associados à hospitalização (Álvarez, 2013, p. 237-245).

A dimensão comunitária e de pertencimento também é uma característica importante da espiritualidade. Os indivíduos podem encontrar uma comunidade espiritual que compartilha valores e crenças similares, oferecendo um senso de pertencimento e apoio mútuo. No contexto hospitalar, onde os pacientes podem sentir-se isolados e desconectados de sua vida cotidiana, a espiritualidade pode oferecer um senso de comunidade, onde compartilham experiências, encontram apoio emocional e se sentem compreendidos (Álvarez, 2013, p. 247).

A espiritualidade também pode estar relacionada à dimensão transcendental, envolvendo a busca por algo além do mundo material. Essa dimensão transcende as fronteiras da razão e busca respostas para questões sobre a existência, a morte e o propósito da vida. A espiritualidade possibilita a abertura para experiências transcendentais, proporcionando um senso de conexão com o sagrado, o divino ou o universal (Mezzomo, 2010, p.43).

A essência da criatura espiritual consiste nisso, o supraessencial, o que a transcende, é o elemento que lhe confere estabilidade, significado, futuro e máximo movimento, de modo tal, porém, que a existência da criatura espiritual, o que lhe pertence como tal, não resulte por isso diminuída, mas justamente assim adquire sua máxima validade e consistência (Mezzomo, 2010, p. 47).

2.2 Autenticidade existencial: fundamentos e teorias

A busca pela autenticidade existencial tem sido um tema recorrente ao longo da história da filosofia e da psicologia. Desde os primórdios da reflexão humana, as pessoas têm se questionado sobre o significado da vida e sobre como viver de maneira autêntica. Neste texto, exploraremos os fundamentos e as teorias que cercam a autenticidade existencial, analisando diferentes perspectivas e abordagens.

Em sua essência, a autenticidade existencial diz respeito à capacidade de ser verdadeiro consigo mesmo, de agir de acordo com os próprios valores, crenças e desejos. Trata-se de uma busca pela congruência entre o ser interior e o comportamento externo, em contraposição à adesão cega a normas sociais ou pressões externas. No entanto, alcançar essa autenticidade não é uma tarefa simples, pois muitos fatores podem influenciar a formação da identidade e a expressão do eu autêntico (Giles, 1989, p. 02).

Uma das teorias mais conhecidas sobre a autenticidade existencial é a proposta pelo filósofo dinamarquês Søren Kierkegaard. Para ele, a autenticidade reside na capacidade do indivíduo de se confrontar com a própria liberdade e assumir responsabilidade por suas escolhas. Ele argumentava que muitas pessoas vivem de forma inautêntica, buscando segurança e conforto na conformidade com as expectativas da sociedade. Segundo Kierkegaard, somente através da angústia existencial e do enfrentamento das incertezas é possível encontrar a verdadeira autenticidade (Guedes, 2016, p. 9-16).

Outro filósofo influente na discussão sobre a autenticidade existencial é Jean-Paul Sartre. Em sua obra “O ser e o nada”, Sartre enfatiza a liberdade e a responsabilidade como fundamentos da autenticidade. Para ele, cada indivíduo é livre para criar seu próprio significado e propósito na vida, e a autenticidade consiste em reconhecer e abraçar essa liberdade radical. Sartre argumenta que a inautenticidade surge quando as pessoas tentam fugir dessa liberdade e se refugiar em papéis sociais pré-definidos ou em falsas identidades (Giles, 1937, p. 273-280).

Na psicologia, o conceito de autenticidade existencial também tem sido objeto de estudo e debate. Carl Rogers, um dos principais representantes da abordagem humanista, enfatizou a importância da congruência entre o *self* real e o *self* ideal na busca pela autenticidade. Segundo Rogers, a autenticidade surge quando uma pessoa está em contato direto com seus sentimentos e experiências, sem a necessidade de esconder ou negar partes de si mesma para se adequar às expectativas alheias.

Outra perspectiva psicológica relevante é a teoria da autodeterminação, proposta por Edward Deci e Richard Ryan. De acordo com essa teoria, a autenticidade está ligada à satisfação das necessidades psicológicas básicas de autonomia, competência e conexão. Quando uma pessoa consegue viver de acordo com seus valores

e interesses genuínos, sentindo-se competente em suas ações e estabelecendo relacionamentos autênticos, ela experimenta um senso de autenticidade e bem-estar.

Além das teorias filosóficas e psicológicas, a autenticidade existencial também é abordada por pesquisadores na área dos estudos culturais. A autenticidade cultural refere-se à preservação e valorização das tradições, práticas e identidades de um grupo ou comunidade. Nesse contexto, a autenticidade é vista como uma resposta à homogeneização cultural e à padronização global, representando uma busca por raízes e pertencimento (Laraia, 1995, pg. 82-90).

No entanto, apesar das diversas teorias e abordagens sobre a autenticidade existencial, é importante reconhecer que esse conceito é subjetivo e pessoal. O que é autêntico para uma pessoa pode não ser para outra, e cada indivíduo tem o direito de encontrar e definir sua própria autenticidade. Além disso, é fundamental considerar o contexto social, cultural e histórico em que uma pessoa está inserida, pois esses fatores podem influenciar as possibilidades e os desafios na busca pela autenticidade.

2.3 Interseção entre espiritualidade e autenticidade existencial

A interseção entre espiritualidade e autenticidade existencial emerge quando se reconhece que a busca espiritual e pela autenticidade são caminhos complementares que se cruzam e se enriquecem mutuamente. A espiritualidade oferece um contexto e uma abordagem para o processo de autenticidade do indivíduo na sua singularidade, fornecendo um espaço para o autoconhecimento, a reflexão interior e a integração do ser.

Através da prática espiritual, é possível que a pessoa se desconecte do ruído externo e mergulhe na profundidade da própria consciência. A meditação, por exemplo, permite aquietar a mente e conectar-se com uma dimensão mais profunda de si. Esse estado de quietude conduz a uma via de acesso a sua verdade interior, seus valores mais autênticos e seus desejos genuínos. Pois, quando a pessoa se sintoniza com sua espiritualidade, torna-se capaz de conhecer a si mais profundamente, de reconhecer seus medos, limitações e potenciais latentes.

Além disso, a espiritualidade pode oferecer uma perspectiva mais ampla sobre a natureza da realidade e do “eu”. Ela nos convida a transcender a identificação exclusiva com o ego, a persona social ou a imagem que construímos de nós mesmos. Ao reconhecer que somos mais do que nossas identidades superficiais, somos convidados a explorar quem somos em um nível mais essencial e universal. A espiritualidade nos leva a questionar a natureza da existência, a relação entre o indivíduo e o todo, e a compreender que nossa autenticidade está enraizada em uma conexão mais profunda com algo maior.

A compressão do *valor* e da *função*, na formulação [...], depende da aceitação de que a *dimensão espiritual* revela uma capacidade “inata” do ser humano, pela qual está dotado para perceber, refletir, assimilar e agir segundo uma coordenada que permite defini-lo para além de sua realidade física. Ao mesmo tempo, essa capacidade projeta o ser humano para um plano experimental deveras diversificado, que exige ser continuamente alimentado e orientado, visto que é um meio que ajuda a transcender: a *dimensão religiosa* (Fernandes, 2019, p. 31).

A busca pela autenticidade existencial, por sua vez, se beneficia da espiritualidade ao fornecer um guia ético e moral para as ações da pessoa. Através da espiritualidade, pode-se encontrar princípios e valores que favorecem o discernimento entre o que é autêntico e o que é inautêntico na nossa existência. A espiritualidade desperta a força necessária para viver de acordo com esses princípios, a cultivar qualidades como amor, compaixão, generosidade e empatia, e a agir de maneira congruente com os valores mais profundos.

[...] o cultivo da espiritualidade ajuda o ser humano a obter e a desenvolver a capacidade da compaixão e do perdão. Essas duas atitudes podem parecer apenas altruísmo para algumas pessoas, mas na verdade são ações essenciais em quem busca para si um justo equilíbrio entre o físico, o emocional, o racional e o espiritual (Fernandes, 2019, p. 23).

Ao viver de forma autêntica, nos alinhamos com a verdade interior e somos capazes de expressar nossa singularidade no mundo. A autenticidade liberta o ser humano das amarras das expectativas externas e o permite viver uma vida de plenitude e significado. Quando se é autêntico, torna-se uma expressão única do divino, uma manifestação singular da consciência universal.

É importante notar que a interseção entre espiritualidade e autenticidade existencial é uma jornada individual e subjetiva. Cada pessoa possui sua própria compreensão da espiritualidade e busca sua autenticidade de acordo com suas experiências, valores e crenças pessoais. Não há uma receita única ou um caminho pré-determinado para alcançar a autenticidade existencial. Cada um deve encontrar seu próprio caminho, explorar suas próprias experiências e descobrir sua própria verdade interior. Nesse sentido, é valioso buscar o apoio de tradições espirituais, de mestres espirituais e de comunidades que compartilham os mesmos valores e buscam a conexão espiritual. O estudo de filosofias, religiões e tradições espirituais pode fornecer *insights* e orientações valiosas para a nossa jornada. No entanto, é essencial que também cultivemos um senso crítico e uma abordagem pessoal, integrando aquilo que ressoa conosco e deixando de lado aquilo que não nos faz sentido (Agnolin, 2007, p. 19).

3. ESPIRITUALIDADE E AUTENTICIDADE EXISTENCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

A espiritualidade pode desempenhar um papel significativo na promoção da autenticidade existencial dos pacientes, fornecendo um quadro de referência para encontrar significado, fortalecer a resiliência emocional, enfrentar desafios e promover o bem-estar holístico. Ao considerar a espiritualidade como uma dimensão importante da experiência humana, os profissionais de saúde podem oferecer um cuidado mais abrangente e humanizado, respeitando as crenças e valores dos pacientes, e auxiliando-os em sua busca por autenticidade e sentido durante o processo de hospitalização.

3.1 Desafios existenciais enfrentados pelos pacientes hospitalizados

No contexto hospitalar, os pacientes enfrentam uma ampla gama de desafios existenciais que afetam o bem-estar emocional. Eles surgem de diversas facetas da experiência hospitalar. A doença é o primeiro desafio enfrentado pelos pacientes hospitalizados. Quando confrontados com uma condição médica grave ou crônica, os pacientes são confrontados com a vulnerabilidade do próprio corpo e a possibilidade da mortalidade. Ela pode abalar a estrutura existencial do indivíduo, levando-o a questionar sua identidade, propósito de vida e perspectivas futuras. A experiência da doença pode ser percebida como uma ameaça à integridade física, mental e social, desencadeando uma crise existencial profunda. Nesse sentido, o paciente hospitalizado pode se sentir deslocado de sua vida anterior, distante de sua subjetividade e em busca de um novo sentido (Agnolin, 2007, p. 18-23).

Além disso, a hospitalização implica na perda de autonomia do paciente. O ambiente hospitalar é caracterizado por uma estrutura hierárquica, na qual os pacientes muitas vezes assumem um papel passivo e se veem sujeitos aos procedimentos médicos e às decisões da equipe de saúde. Essa perda de controle sobre a própria vida e o próprio corpo pode gerar sentimento de impotência e desvalorização. A dependência de terceiros para atender às necessidades básicas e a falta de participação ativa nas decisões relacionadas ao tratamento podem contribuir para uma sensação de despersonalização. O paciente hospitalizado pode se sentir reduzido à sua condição médica, perdendo a sensação de identidade e conexão consigo mesmo (Agnolin, 2007, p. 21).

Outro desafio existencial enfrentado pelos pacientes hospitalizados é a separação da família e da comunidade. A hospitalização geralmente envolve a interrupção das relações sociais e a distância dos entes queridos. A ausência de contato com a família e a falta de familiaridade com a equipe médica podem gerar sentimentos de solidão, isolamento e desenraizamento. A privação de relações afetivas e do suporte social pode levar a uma sensação de desamparo e desorientação. A conexão com a família e a comunidade desempenha um papel fundamental na formação da identidade e na construção do sentido existencial. Portanto, a separação dessas relações pode comprometer o tratamento e o bem-estar emocional do paciente hospitalizado (Silva, 2021, p. 49-54).

Além dos desafios mencionados, a alteração da rotina diária pode afetar a experiência existencial do paciente hospitalizado. O ambiente hospitalar é altamente estruturado, com horários fixos para refeições, medicações e procedimentos. Essa rotina rígida e focada no tratamento médico pode ser percebida como monótona e despersonalizada pelo paciente. A falta de liberdade para tomar decisões relacionadas à rotina diária e a perda de autonomia na gestão do próprio tempo podem gerar uma sensação de desorientação e falta de controle sobre a própria vida (Agnolin, 2007, p. 21).

Finalmente, a confrontação com a mortalidade é um desafio existencial que se torna evidente no contexto hospitalar. A experiência da doença grave ou da possibilidade de morte iminente pode levar o paciente a refletir sobre a finitude da vida, o propósito existencial e o significado da própria existência. Essa confrontação com a própria mortalidade pode gerar ansiedade, medo e angústia. O paciente hospitalizado pode se questionar sobre o sentido de sua vida, sua contribuição

para o mundo e a importância de suas conquistas. A busca por um significado mais profundo e uma compreensão mais ampla do propósito da vida se tornam uma necessidade intrínseca ao enfrentar a fragilidade da existência (Fernandes, 2019, p. 39-42).

Em suma, os pacientes hospitalizados enfrentam uma série de desafios existenciais que impactam na sua visão como pessoa e em seu bem-estar emocional. A compreensão desses desafios é fundamental para fornecer um cuidado mais abrangente e empático aos pacientes hospitalizados. Os profissionais de saúde devem estar cientes dessas questões existenciais e buscar estratégias adequadas para promover a autenticidade e o bem-estar emocional dos pacientes durante sua hospitalização.

3.2 Compreensão da espiritualidade no contexto da doença e hospitalização

A compreensão da espiritualidade no contexto da doença e hospitalização é um campo de estudo emergente e de extrema relevância para a promoção de um cuidado integral e humanizado. A espiritualidade, enquanto dimensão intrínseca da experiência humana, vai além das práticas religiosas institucionalizadas, abrangendo a busca por significado, propósito e conexão com algo maior. No contexto hospitalar, onde os pacientes enfrentam desafios físicos, emocionais e existenciais, a espiritualidade desempenha um papel crucial ao oferecer suporte emocional, estrutura de significado e senso de esperança.

Nesse contexto, a espiritualidade emerge como um recurso valioso para lidar com esses desafios, fornecendo um quadro conceitual e um sistema de crenças que ajudam a dar sentido à experiência da doença. A crença em um poder superior ou em uma força transcendental pode fornecer senso de segurança e esperança, ajudando a mitigar essas emoções negativas. A espiritualidade oferece um espaço para a expressão de emoções e o compartilhamento de experiências com outros indivíduos que dividem crenças semelhantes. Esse senso de comunidade espiritual pode trazer conforto emocional e apoio social, proporcionando um ambiente acolhedor e de cuidado para o paciente.

A espiritualidade e a religião, apesar de realidades objetivas, se realizam em pessoas e, por isso, carregam marcas próprias que se traduzem em experiências subjetivas do sagrado numa esfera onde “eu” e “Deus” interagem e se relacionam. São dois universos em encanto ou encanto quando o assunto é enfermidade, frente à qual o desejo, tanto do enfermo como do agente de saúde, não é outro senão o anseio pela cura integral, por meio da qual se experimentam nova chance e a possibilidade de se recuperar a saúde de forma plena (Fernandes, 2019, p. 42).

Numerosos estudos têm explorado a relação entre espiritualidade, saúde e bem-estar, demonstrando uma associação positiva entre esses fatores. A espiritualidade pode desempenhar um papel protetor contra o estresse, promover a resiliência e fortalecer o sistema imunológico dos indivíduos. Além disso, evidências sugerem que pacientes que possuem uma forte dimensão espiritual tendem a ter melhor qualidade de vida, experimentam menor ansiedade e depressão e apresentam uma

taxa de recuperação mais rápida em comparação com aqueles que não possuem essa dimensão em suas vidas.

Pesquisas demonstram o alto índice de cura em pacientes que receberam, de ambos os lados, um atendimento mais humano e altruísta. Na comparação, os hospitais dirigidos por denominações religiosas tiveram os melhores resultados em comparação com os centros hospitalares geridos apenas de forma laica e que não integram no atendimento o acompanhamento espiritual. E, mesmo quando o paciente veio a óbito, a preparação para o momento mais decisivo da vida passou a acontecer tanto na vida do paciente como dos familiares de uma forma igualmente mais humana e digna. A fé e a espiritualidade cultivadas, ao lado da certeza de que as equipes de saúde trabalharam com atenção e esmero, aumentaram o conforto e o consolo na hora da morte (Fernandes, 2019, p. 59-60).

Dada essa importância da espiritualidade, os profissionais de saúde estão cada vez mais reconhecendo a necessidade de integrar essa dimensão nos cuidados prestados aos pacientes. Isso envolve criar um ambiente acolhedor e respeitoso, no qual os pacientes se sintam à vontade para expressar suas crenças e valores espirituais. Além disso, é essencial oferecer apoio espiritual adequado, seja por meio de capelães, conselheiros espirituais ou da própria equipe de saúde, que possa ajudar os pacientes a navegar suas preocupações e necessidades espirituais.

3.3 Autenticidade existencial como fator de resiliência no ambiente hospitalar

No ambiente hospitalar, a autenticidade existencial desempenha um papel crucial na promoção da resiliência dos pacientes. Ao enfrentarem a enfermidade, no contexto geral, e as incertezas em relação ao seu prognóstico, os pacientes podem sentir-se ameaçados em sua identidade e sentido de vida. Nesse sentido, a capacidade de permanecer autêntico e fiel a si mesmo torna-se uma fonte de força e resiliência.

A resiliência, então, pode ser uma estratégia essencial no ser humano, mas ela não se desenvolve sozinha, requer que cada pessoa se aplique de forma particular e que se discipline para que seja capaz de autoajuda, a fim de poder suportar as circunstâncias e os momentos de fraqueza, de desconforto e, em particular, as adversidades (Fernandes, 2019, p. 99).

Quando os pacientes conseguem expressar sua autenticidade existencial, eles experimentam uma maior sensação de controle e significado em sua jornada de saúde. Eles podem tomar decisões informadas sobre seus tratamentos, alinhar suas escolhas de cuidados com seus valores pessoais e manter uma conexão com suas identidades e propósitos. A autenticidade existencial também permite que os pacientes expressem abertamente suas emoções e necessidades, o que facilita a construção de um relacionamento terapêutico de confiança com a equipe médica.

Além disso, a autenticidade existencial contribui para a resiliência ao promover a integridade e a autorregulação emocional dos pacientes. Quando os pacientes estão em contato com sua autenticidade, eles podem identificar suas emoções e necessidades de forma precisa e satisfatória, o que lhes permite lidar de maneira mais eficaz com o estresse e a adversidade. A autenticidade também encoraja a busca por apoio social e o desenvolvimento de redes de suporte, o que contribui para o fortalecimento da resiliência (Fernandes, 2019, p. 94-103).

Por isso, reconhecer a importância da autenticidade existencial no ambiente hospitalar implica em algumas mudanças na prática clínica. Em primeiro lugar, os profissionais de saúde devem adotar uma abordagem centrada no paciente, que valorize a individualidade e seus valores pessoais. Isso implica em ouvir atentamente os pacientes, envolvê-los nas decisões relacionadas ao seu tratamento e respeitar suas preferências e necessidades.

É essencial que os profissionais de saúde criem um ambiente seguro e acolhedor, onde os pacientes se sintam à vontade para expressar sua autenticidade existencial. Isso pode envolver a promoção de espaços de diálogo e reflexão, o encorajamento à expressão emocional e a validação das experiências individuais. Também é importante oferecer apoio psicossocial adequado, como terapeutas, conselheiros ou grupos de apoio, que possam ajudar os pacientes a explorar e fortalecer sua autenticidade existencial.

É importante descobrir a importância da convivência com as pessoas e, dentre elas, saber cultivar uma amizade saudável que possa chegar ao ponto da confiança, sem nunca esquecer, porém, que são pessoas também sujeitas à força das emoções e, portanto, podem mudar o seu comportamento e causar desilusão (Fernandes, 2019, p. 101).

A formação dos profissionais de saúde também desempenha um papel fundamental nessa promoção tão profunda dos pacientes. Os profissionais devem estar familiarizados com os conceitos teóricos e práticos da psicologia dos enfermos e capacitados para abordar as diversas situações do paciente em seu trabalho diário. Eles devem ser sensíveis às complexidades da identidade e dos valores dos pacientes, evitando julgamentos e preconceitos. Uma abordagem holística e multidisciplinar, que integre aspectos físicos, emocionais e espirituais, pode ajudar a promover a autenticidade existencial e a resiliência nos pacientes (Baldessin, 2007, p. 11-13).

4. ABORDAGENS E PRÁTICAS ESPIRITUAIS PARA PROMOVER UMA AUTENTICIDADE EXISTENCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

No contexto contemporâneo, caracterizado por uma cultura muitas vezes superficial e fragmentada, a busca pela autenticidade existencial emergiu como uma necessidade essencial. Nesse sentido, as abordagens e práticas espirituais têm se destacado como meios poderosos para promover essa autenticidade. A espiritualidade oferece um refúgio no qual indivíduos podem buscar uma conexão profunda com a própria essência, afastando-se das camadas superficiais impostas

pela sociedade moderna. Por meio de técnicas ancestrais, como a meditação, o autoquestionamento e o cultivo da gratidão e do perdão, as pessoas são incentivadas a explorar sua identidade genuína e a viver em conformidade com seus valores e propósitos autênticos.

4.1 Papel dos profissionais de saúde na integração da espiritualidade e promoção da autenticidade existencial

Essa relação entre espiritualidade e saúde, como já foi apresentado, tem sido objeto de interesse crescente na área da saúde. Estudos têm demonstrado que a espiritualidade está associada a melhores resultados de saúde física e mental, como menor incidência de doenças crônicas, menor risco de depressão e ansiedade, maior resiliência e melhor qualidade de vida. Além disso, a espiritualidade desempenha um papel importante no processo de cura, fornecendo suporte emocional, fortalecendo a esperança e promovendo um senso de paz e bem-estar.

Nesse contexto, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na integração da espiritualidade na prática clínica, reconhecendo sua importância e promovendo a autenticidade existencial dos pacientes. No entanto, a abordagem da espiritualidade na prática clínica ainda é muitas vezes negligenciada ou subestimada. É necessário um entendimento mais profundo e uma conscientização maior por parte dos profissionais de saúde sobre a influência da espiritualidade na vida dos pacientes.

Na luta cotidiana contra doenças e enfermidades, a fé e a espiritualidade não deveriam ser dispensadas. Lançar um olhar sobre a relação entre a saúde e a espiritualidade possibilita ver com critérios que, para o ser humano ser saudável, precisa integrar ao físico e ao mental o espiritual, mostrando o que ele pode realizar na vida dos agentes e pacientes desejosos de saúde. Ver e julgar os desafios e as projeções na relação entre a saúde e a espiritualidade podem se concretizar em cada agir preocupado com a vida de cada pessoa, gerando nos envolvidos com um sistema de saúde a solidariedade, a fraternidade, a igualdade e o interesse pelo bem-estar comum (Fernandes, 2019, p. 65-66).

Para desempenhar esse papel de forma eficaz, os profissionais de saúde devem estar abertos a reconhecer e respeitar a espiritualidade como uma dimensão importante da saúde. Isso implica em adotar uma abordagem livre de julgamentos e compreender diferentes tradições espirituais, respeitando as crenças e práticas individuais de cada paciente. A inclusão da espiritualidade na avaliação inicial dos pacientes é fundamental, permitindo que eles compartilhem suas crenças, práticas espirituais e como encontram significado e propósito na vida. A comunicação aberta é essencial nesse processo. Os profissionais de saúde devem estar dispostos a discutir questões espirituais com seus pacientes de forma aberta e não diretiva. Isso envolve ouvir atentamente, validar as experiências espirituais dos pacientes e fornecer um espaço seguro para que eles expressem suas preocupações, dúvidas e inquietações espirituais (Fernandes, 2019, p. 48-54).

Ao considerar a espiritualidade na prática clínica, é importante destacar que os profissionais de saúde não precisam ser especialistas em todas as tradições espirituais. No entanto, eles devem estar preparados para reconhecer quando a dimensão espiritual está impactando a saúde do paciente de forma negativa ou positiva, e encaminhá-lo a líderes religiosos, conselheiros espirituais ou grupos de apoio, de acordo com as necessidades individuais de cada um. Esses recursos podem fornecer suporte adicional e orientação espiritual especializada, complementando o tratamento clínico (Fernandes, 2019, p. 58).

A integração da espiritualidade na prática clínica traz benefícios significativos tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. Para os pacientes, a inclusão da espiritualidade no cuidado médico pode levar a uma melhor qualidade de vida, redução do estresse, aumento da esperança e fortalecimento dos mecanismos de enfrentamento. Além disso, a integração da espiritualidade pode melhorar a adesão ao tratamento e promover uma abordagem mais holística da saúde.

A ideia de que ciência e espiritualidade são áreas antagônicas já faz parte do passado. Pesquisas feitas em países como Brasil, Canadá e Estados Unidos buscam provar como experiências de caráter espiritual ajudam a melhorar a qualidade de vida das pessoas. Essa tendência vem se firmando há alguns anos e ganha maior destaque com o aumento dos estudos sobre o assunto (Teixeira, 2004, p. 8).

Para os profissionais de saúde, a integração da espiritualidade na prática clínica pode trazer um senso de significado e propósito no trabalho, reduzir o esgotamento profissional e melhorar a satisfação profissional. Ao abordar a espiritualidade dos pacientes, os profissionais de saúde têm a oportunidade de desenvolver relacionamentos mais significativos e empáticos, promovendo assim uma melhor colaboração na jornada de cura.

É importante ressaltar que a abordagem da espiritualidade na prática clínica deve ser baseada em evidências e ética. Os profissionais de saúde devem buscar conhecimento e treinamento adequados sobre como abordar a espiritualidade de maneira sensível, mantendo a confidencialidade e respeitando os limites profissionais.

4.2 Terapias espirituais e práticas complementares no contexto hospitalar

As terapias espirituais e práticas complementares abrangem uma variedade de abordagens que visam promover a saúde e o bem-estar através da conexão com a espiritualidade, da harmonização do corpo e da mente e do equilíbrio energético. Essas práticas podem incluir técnicas como meditação, oração, *reik*, acupuntura, musicoterapia, aromaterapia, entre outras.

Elas têm sido associadas a diversos benefícios no contexto hospitalar. Estudos têm demonstrado que essas abordagens podem ajudar a reduzir o estresse, a ansiedade e a dor em pacientes, promovendo mais bem-estar emocional. Além disso, essas terapias podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida, o fortalecimento do sistema imunológico e a aceleração do processo de cura. A espiritualidade, em particular, tem sido relacionada a uma maior resiliência, esperança e sentido

de propósito na vida, aspectos que são especialmente importantes para pacientes que enfrentam doenças graves ou crônicas.

Nesse sentido, a espiritualidade sadiamente cultivada pode ser um precioso mecanismo de reação química capaz de desencadear novos mecanismos homeostáticos que permitem ao ser humano ser não somente protagonista de sua doença, mas, principalmente, de ser processo de cura física e psicológica. Em muitos casos a oração, como a dos salmos bíblicos, é um veículo capaz de devolver a paz ao aflito (Fernandes, 2019, p. 65).

No entanto, esse processo de terapias no ambiente hospitalar apresenta desafios e considerações importantes. Em primeiro lugar, é essencial que os profissionais de saúde tenham conhecimento e treinamento adequados sobre essas práticas, bem como uma compreensão aprofundada das evidências científicas disponíveis. Essa integração deve ser baseada em uma abordagem colaborativa e multidisciplinar, envolvendo profissionais de diferentes áreas da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos e terapeutas.

Além disso, é importante garantir a segurança e o bem-estar dos pacientes. Isso envolve a realização de uma avaliação rigorosa dos riscos e benefícios de cada terapia espiritual ou prática complementar, levando em consideração as características individuais do paciente, suas condições de saúde e o contexto específico do tratamento. É fundamental estabelecer diretrizes claras e protocolos de segurança para garantir a qualidade e a ética dessas práticas.

Essa integração de terapias espirituais também levanta considerações éticas importantes. Os profissionais de saúde devem respeitar a autonomia dos pacientes, garantindo que eles tenham acesso a informações completas e imparciais sobre as terapias disponíveis, para que possam tomar decisões informadas sobre seu cuidado. A privacidade e a confidencialidade dos pacientes também devem ser protegidas, assegurando que eles se sintam seguros ao compartilhar suas crenças e práticas espirituais. Sabe-se que é fundamental evitar qualquer forma de exploração financeira ou emocional dos pacientes, garantindo que as terapias espirituais e práticas complementares sejam oferecidas de forma transparente, ética e com preços justos (Mezzomo, 2010, p. 66-77).

Por isso, essas práticas complementares requerem uma abordagem cuidadosa e colaborativa por parte dos profissionais de saúde. Ao incorporar essas terapias no cuidado médico, é possível oferecer uma abordagem mais abrangente e holística, promovendo a cura e o bem-estar integral dos pacientes. Considerando os benefícios associados a essas abordagens, é importante que as instituições de saúde promovam a pesquisa e a educação nessa área, capacitando os profissionais de saúde a utilizar as terapias espirituais e práticas complementares de maneira eficaz e segura. A colaboração entre profissionais de diferentes áreas também é essencial para uma abordagem integrada e coordenada (Mezzomo, 2010, p. 152).

No entanto, é necessário que mais pesquisas sejam realizadas para avaliar a eficácia e a segurança dessas terapias, bem como para entender melhor os mecanismos pelos quais elas promovem a cura e o bem-estar. Estudos clínicos rigorosos, revisões sistemáticas e meta-análises são fundamentais para fortalecer a base de evidências nesse campo.

Existem várias perspectivas concretas sobre como fazer e estabelecer terapias espirituais no contexto hospitalar. A seguir, são apresentadas algumas abordagens práticas para incorporar essas terapias de maneira eficaz e segura:

1. Capacitação dos profissionais de saúde: é fundamental fornecer treinamento adequado aos profissionais de saúde sobre terapias espirituais e práticas complementares. Isso pode incluir cursos, *workshops* e programas de educação continuada que abordem os fundamentos teóricos, práticos e éticos dessas terapias. Os profissionais de saúde devem ter uma compreensão sólida das evidências científicas disponíveis, bem como das melhores práticas e diretrizes de segurança.

2. Colaboração multidisciplinar: a integração das terapias espirituais requer uma abordagem colaborativa que envolva profissionais de diferentes áreas da saúde. Médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais podem trabalhar em equipe para avaliar as necessidades dos pacientes e desenvolver planos de tratamento integrados. A comunicação e o compartilhamento de informações entre os membros da equipe são essenciais para garantir uma abordagem holística e coordenada.

3. Avaliação individualizada: cada paciente é único e é importante realizar uma avaliação individualizada para determinar quais terapias espirituais são mais adequadas para cada caso. Isso envolve a análise detalhada do histórico médico, das necessidades físicas, emocionais e espirituais do paciente, bem como de suas preferências pessoais. Uma avaliação abrangente ajudará a identificar as terapias mais benéficas e a adaptar o tratamento de acordo com as necessidades individuais.

4. Criação de espaços apropriados: é importante criar espaços apropriados para a realização das terapias espirituais. Isso pode incluir a designação de salas específicas para meditação, oração ou outras práticas espirituais, garantindo privacidade e tranquilidade para os pacientes. Esses espaços devem ser projetados de maneira acolhedora e respeitosa, incorporando elementos que promovam a serenidade e a conexão espiritual.

5. Parcerias com profissionais especializados: estabelecer parcerias com terapeutas espirituais e praticantes de terapias complementares especializados é uma estratégia eficaz para oferecer terapias espirituais no ambiente hospitalar. Esses profissionais podem trazer conhecimentos específicos, experiência prática e um conjunto de habilidades complementares aos profissionais de saúde. Ao trabalhar em conjunto, eles podem desenvolver planos de tratamento individualizados e oferecer suporte especializado aos pacientes.

6. Educação e envolvimento dos pacientes: é importante envolver os pacientes no processo de tomada de decisão e educá-los sobre as terapias espirituais disponíveis. Isso inclui fornecer informações claras, imparciais e baseadas em evidências sobre os benefícios, riscos e limitações dessas terapias. Os pacientes devem ser encorajados a expressar suas preferências e a participar ativamente de seu próprio cuidado, permitindo que façam escolhas informadas e sintam-se empoderados em relação ao seu processo de cura.

Essas perspectivas concretas fornecem uma base sólida para a implementação das terapias espirituais no contexto hospitalar. É importante ressaltar que essas abordagens devem ser adaptadas às necessidades e recursos de cada instituição de saúde, levando em consideração as regulamentações e diretrizes locais. Ao estabelecer terapias espirituais de maneira adequada e ética, os profissionais de saúde

podem complementar os cuidados médicos convencionais, promovendo a cura integral e o bem-estar dos pacientes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, este estudo aprofundou a compreensão do papel da espiritualidade na promoção da autenticidade existencial no contexto hospitalar. Foi evidenciado que a espiritualidade desempenha um papel fundamental no processo de cura e bem-estar dos pacientes hospitalizados, oferecendo suporte emocional, proporcionando senso de propósito e significado e fortalecendo a resiliência diante dos desafios existenciais impostos pela doença.

A espiritualidade, embora muitas vezes negligenciada, tem o potencial de contribuir significativamente para a saúde integral do paciente. Ela abrange não apenas as dimensões religiosas, mas também as dimensões transcendentais, existenciais e humanas. Reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado de saúde implica em uma abordagem holística, que vai além do tratamento físico dos sintomas.

Nesse contexto, é essencial que os profissionais de saúde desempenhem um papel ativo na integração da espiritualidade no cuidado, reconhecendo a importância das questões espirituais na vida dos pacientes. Isso requer abertura para explorar e discutir a espiritualidade, respeitando a diversidade de crenças e valores dos pacientes. Os profissionais de saúde devem desenvolver habilidades de comunicação empática, sensibilidade cultural e respeito à autonomia do paciente, para garantir uma abordagem sensível e inclusiva.

Além disso, os hospitais e a Pastoral da Saúde desempenham um papel crucial na promoção da integração da espiritualidade. A elaboração de projetos de preparação e capacitação para os funcionários e agentes de saúde é fundamental para fornecer conhecimento, recursos e suporte necessários para um cuidado espiritual efetivo. Esses projetos devem incluir treinamentos, *workshops* e orientações sobre como abordar questões espirituais e como integrar a espiritualidade no cuidado de forma ética e respeitosa.

Ao reconhecer a importância da espiritualidade e promover sua integração no cuidado de saúde, os profissionais contribuirão para uma experiência de hospitalização mais significativa, promovendo a autenticidade existencial e facilitando o processo de cura dos pacientes. Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde sejam agentes ativos nesse processo, trabalhando em colaboração com os pacientes e suas famílias para desenvolver um plano de cuidados holístico que leve em consideração suas necessidades físicas, emocionais e espirituais. A integração da espiritualidade no contexto hospitalar não só promove a saúde e o bem-estar dos pacientes, mas também fortalece a relação terapêutica entre profissionais e pacientes, resultando em uma abordagem mais completa e eficaz para o cuidado de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGNOLIN, Olacir G. Aspectos psicológicos do doente diante da enfermidade. *In*: BALDESSIN, Anísio; KOZIK, Mário L. **Assistência religiosa aos doentes**: aspectos psicológicos. São Paulo: Edições Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2007, p. 18-23.
- ÁLVAREZ, Francisco. **Teologia da saúde**. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2013.
- BALDESSIN, Anísio. Assistência religiosa aos doentes no mundo moderno. *In*: BALDESSIN, Anísio; KOZIK, Mário L. **Assistência religiosa aos doentes**: aspectos psicológicos. São Paulo: Edições Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2007, p. 09-15.
- BALDESSIN, Anísio; KOZIK, Mário L. **Assistência religiosa aos doentes**: aspectos psicológicos. São Paulo: Edições Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2007.
- FERNANDES, Leonardo Agostini. **Saúde e espiritualidade**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2019.
- GILES, Thomas Ransom. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: EPU, 1989.
- GUEDES, Matheus de Freitas. **A angústia e o desespero como condições primeiras para a autenticidade existencial segundo Soren Kierkegaard**. Instituto de filosofia e Teologia Santa Cruz. Goiânia: 2016.
- LARAIA, Roque de B. **Cultura**: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.
- MEZZOMO, Augusto A. **Humanização hospitalar**: fundamentos antropológicos e teológicos. São Paulo: 2010.
- PESSINI, Leo. **Espiritualidade e arte de cuidar**: o sentido da fé para a saúde. São Paulo: Paulinas; Centro Universitário São Camilo, 2010.
- SILVA, José W. C. **Assistência espiritual hospitalar em tempo de pandemia**: apreciação de um capelão. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2021.
- SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar**: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- TEIXEIRA, Evilázio F. B.; MULLER, Marisa C.; SILVA, Juliana D. T. da. **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUC-RS, 2004.
- TEIXEIRA, Faustino. O resgate da espiritualidade no cotidiano. *In*: PANASIEWICZ, R.; VITÓRIO, J. **Espiritualidades e dinâmicas**. Memórias – prospectivas. Belo Horizonte/São Paulo: Soter/Paulinas, 2014, p. 150-152.

| Capítulo 3

CAPELANIA HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES PARA O CONFORTO ESPIRITUAL E A RECUPERAÇÃO DO ENFERMO

Ana Maria Ribeiro dos Santos²²
Antônio Boeing²³

Resumo: O aconselhamento, o acolhimento, a empatia, a orientação e o trabalho de escuta são elementos essenciais durante as atividades executadas pela Capelania Hospitalar. É uma ação contínua que deve ser frequente, respeitando os regulamentos de uma instituição de saúde, bem como os serviços prestados pelos profissionais que atuam no tratamento do paciente. Desse modo, o objetivo geral da pesquisa visou mostrar a importância que a capelania desempenha na vida do enfermo e de sua família. O estudo realizado teve como base a pesquisa teórica de revisão bibliográfica, buscando em referenciais teóricos, como livros, legislação e artigos publicados na internet, os conceitos que visam responder à temática tratada. Os descritores utilizados na busca foram: capelania hospitalar; conforto ao paciente; espiritualidade; e enfermidade. Portanto, a literatura apresentada e a experiência de campo mostraram o quanto a capelania consegue colaborar com o processo de cura. A função do líder religioso é crucial, pois ele é um profissional preparado para conceder força e tratar do espírito, que muitas vezes está abalado e cansado.

Palavras-chave: Capelania Hospitalar; Conforto ao Paciente; Enfermidade; Espiritualidade.

Abstract: Advice, reception, empathy, guidance and listening work are essential elements during the activities carried out by the hospital chaplaincy. It is a continuous action, which must be frequent, respecting the regulations of a health institution, as well as the services provided by professionals who work in the patient's treatment. Thus, the general objective of this important research aimed to show the importance that chaplaincy plays in the life of the sick person and his family. The study carried out was based on the theoretical research of a bibliographical review, in which it sought in theoretical references such as books, legislation and articles published on the internet the concepts that aim to respond to the theme addressed. The descriptors used in the search were: hospital chaplaincy; patient comfort; spirituality and illness. Therefore, the literature presented, as well as the field experience,

²² Pós-graduanda em Capelania Hospitalar, licenciada em Pedagogia, pós-graduada em Orientadora Educacional, E-mail: pastoral@saocamiloformosa.org.br

²³ Licenciado em Filosofia, bacharel em Teologia, mestre em Teologia Dogmática, doutor em Ciências da Religião, professor no Centro Universitário São Camilo, assessor nas áreas de Educação, Assistência e Religião, em várias instituições educacionais e religiosas. Orientador da disciplina de Elaboração de Relatório Técnico - Projeto Aplicado. E-mail: aboeing20@gmail.com.

also showed how chaplaincy can collaborate with the healing process. The function of the religious leader is crucial, as he is a professional prepared to grant strength and treat the spirit, which is often shaken and tired.

Keywords: Hospital Chaplaincy; Patient Comfort; Sickness; Spirituality.

1. INTRODUÇÃO

A vivência da espiritualidade comprovadamente se apresenta como um elemento condutor de aprimoramento da fé, da mudança de vida no seu sentido estrito de qualidade, bem como na melhoria das relações interpessoais. No contexto da saúde, em consonância com outros elementos, tais como avanço tecnológico, a espiritualidade mostra-se como um agregador, principalmente em se tratando dos cuidados paliativos.

Todo esse contexto é delineado, levando-se em consideração que a espiritualidade concretiza-se não no berço da religião ou religiosidade, nem em crenças ou práticas, mas, sim, na consideração de um novo significado para a vida e pelas razões que nos mantêm vivos. Desse modo, a atuação na Capelania Hospitalar, levando em consideração esses novos conceitos que auxiliam no cuidado da pessoa doente, nos faz refletir sobre a necessidade de reconhecer os caminhos mais seguros para abordar e vivenciar tal temática. Nem sempre é fácil promover tais reflexões quando estamos no campo da prática, envolvendo, muitas vezes, pessoas que fazem parte da nossa existência e até mesmo da nossa família.

Mediante esse conhecimento, este estudo visa responder ao seguinte questionamento: de que forma a Capelania Hospitalar pode contribuir para o conforto espiritual e a recuperação do enfermo?

Reconhecendo a possibilidade de a espiritualidade ter uma influência extraordinária na qualidade de vida do paciente, percebe-se que ouvir sem julgamento, aceitar as dificuldades em lidar com suas limitações sem querer dar respostas e tentar, de maneira ética e agradável, redirecionar sua visão sobre o momento são desafios que podem ser vencidos.

Todo esse processo que, muitas vezes, custa a mudança e o repensar do existir humano, permite identificar que a necessidade de um pode não ser a necessidade do outro. E isso torna o serviço de capelania hospitalar um desafio ainda mais visível. É uma atividade que faz entender que cuidados com o enfermo não se centram no tempo de vida, mas na sua qualidade. O posicionamento em relação à espiritualidade pode, então, promover uma sensação de melhora do bem-estar e da compreensão de que o processo não tira a beleza do produto.

Desse modo, o objetivo principal deste estudo é analisar a relevância da atuação da Capelania Hospitalar no conforto espiritual e recuperação do enfermo. Os objetivos específicos propostos são: descrever historicamente a Capelania Hospitalar e seu campo de atuação; identificar os elementos da atuação prática do capelão hospitalar; relacionar as principais informações acerca da atuação do capelão hospitalar e o conforto do enfermo.

Nesse sentido, a principal justificativa para a realização deste estudo é compreender que a espiritualidade na atuação da Capelania Hospitalar fará com que consigamos auxiliar o paciente a enfrentar a situação de modo a reduzir seu sofrimento, garantindo uma qualidade inigualável aos seus dias, o que pode levá-lo à recuperação. O respeito a sua individualidade e necessidades trará ainda a visão mais clara do processo e dará sentido à compreensão do tempo de espera. E, ainda, é importante ressaltar que, no contexto da abordagem da espiritualidade, é essencial considerar a necessidade de evitar os sofrimentos físicos, emocionais, sociais e espirituais, garantindo ao paciente a dignidade do existir. Isso faz a diferença não somente na vida dele, mas na nossa atuação profissional.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O papel do aconselhamento e da capelania hospitalar

Nota-se que o aconselhamento carrega em sua existência um papel imprescindível quando se trata do ambiente hospitalar, tendo em vista que ele consegue lidar de maneira direta com o sofrimento das dores do enfermo, bem como com a incerteza da continuidade da vida. Desse modo, entende-se que, por meio da Capelania Hospitalar, o conselheiro inicialmente compartilha a realidade vivenciada com o paciente ao escutar seus questionamentos, queixas, buscando de maneira subjetiva criar estratégias que cooperem com a prestação do cuidado espiritual em prol da difusão da fé e aconselhamento do enfermo.

Sendo assim, compreende-se que as atividades práticas do aconselhamento e da capelania cristã encontram-se na mesma funcionalidade, que é servir através da ação de cuidar, sendo elementos fundamentais presentes no mistério cristão. Logo, conceitua-se o aconselhamento como o ato de ouvir outro indivíduo, ajudá-lo naquele momento desafiador, mostrando a melhor maneira de prosseguir no trajeto de luta. É essencial destacar que tal ato pode ser efetivado contendo a cooperação de uma pessoa experiente, como é o caso do padre, pastor, capelão ou até mesmo de outro agente qualificado. Mckinney (*apud* Friesen, 2012, p. 19) determina que o “aconselhamento é um relacionamento interpessoal no qual o conselheiro assiste ao indivíduo em sua totalidade no processo de ajustar-se melhor consigo mesmo e com seu ambiente”.

De tal modo, Santos (2008) aponta que a efetividade da participação das igrejas na promoção do aconselhamento pastoral ocorreu com expansiva dimensão por volta da década de 1980. Conforme o mesmo teórico, a igreja passou a integrar em centros de atendimento e ajuda multidisciplinar, sendo reconhecida de forma gradativa como serviço de referência especializada.

Vale lembrar que esse serviço conquistou destaque a partir da oferta da ajuda ao indivíduo aconselhado, enquanto o mesmo procura suas estratégias e recursos para sanar problemas conflituosos por meio de alguém que transpasse segurança. É por isso que Chiang (2014) enfatiza que a crise é um momento primordial para desenvolver transformações de novas atitudes, de procurar amparo espiritual objetivando ter as dores amenizadas.

As crises levam as pessoas a repensarem suas vidas e a buscar ajuda, daí decorre a importância do papel do conselheiro espiritual. Este não deve tentar dar explicações ou confrontar a pessoa com considerações teóricas de natureza teológica ou psicológica acerca do momento que está passando, mas ser uma ajuda para que a pessoa descubra a sua reserva espiritual e sua capacidade de ativá-la. (Chiang, 2014, p. 25).

É de extrema importância que, dentro do aconselhamento, o conselheiro tenha em sua concepção a visão de que inúmeros sujeitos que compõem o contexto hospitalar possuem problemas diversificados que, muitas vezes, não foram solucionados. Todavia, é crucial atuar em prol do desenvolvimento de certas habilidades, conforme frisa Aiken (2006), como obter paciência, humildade, autocontrole, ser

empático, amável e demonstrar ser cativante, no intuito de cativar o enfermo e sua família ao longo daquele processo.

Percebe-se que os enfermos se encontram num âmbito que os fazem mais atenciosos aos fatores espirituais, porque suas situações são urgência e necessidade de amparo, ou seja, precisam escutar palavras que amenizem aquela dor. Sujeitos que estão ao redor, equipe de saúde hospitalar e família, grande parte das vezes estão despreparados para compreender que o ato de cuidar do enfermo carece muito além da ação física. Ricetti e Souza (2015, p. 1) assinalam que:

Questões espirituais dos enfermos em cenários hospitalares devem ser levadas mais a sério por parte dos profissionais da saúde. Debruçar-se sobre o tema cuidado é uma tarefa um tanto urgente quanto fascinante, pois trata de questões que lidam com identidades humanas.

A restauração e melhora do paciente dependem do aconselhamento. A eficácia de tal ato é percebida de acordo com as consequências positivas expressadas, demonstrando que a medicação aliada ao tratamento espiritual pode surtir efeitos significativos, deixando evidente que o espírito também carece de atenção e cuidados apropriados.

Portanto, compreende-se que o aconselhamento versa nas principais necessidades de um paciente na tentativa de desvendar sentimentos que estejam reprimidos, concedendo-o espaço para que ele abra seu interior ao conselheiro que lhe transpasse segurança. Para Wendling (*apud* Friesen, 2012, p. 19), “o coração é o lugar da alma, é o centro do ser humano. É o centro das emoções. Quando reprimimos nossos sentimentos, o coração sofre. Quando sentimos demais, o coração também sofre as consequências”. Diante disso, torna-se notória a importância que um aconselhamento apresenta no processo de cura de alguém que somente precisa de atenção, escuta e empatia para desprender-se das amarras que o reprime.

2.2 A relevância da Capelania Hospitalar

Inicialmente, é fundamental conceituar o que é Capelania Hospitalar. Tal expressão trata da prestação de serviços voluntários ou até mesmo contratados, em alguns casos, em que a função central ministrada por um religioso se volta ao tratamento espiritual do enfermo internado no hospital, público ou privado. É relevante ressaltar, ainda, que a capelania é uma atividade garantida e regulamentada por lei federal.

Capelania hospitalar é uma prestação de serviço religioso ministrado aos enfermos em hospitais da rede pública ou privada, garantido por lei federal e leis estaduais, como previsto na Constituição Brasileira de 1988, nos seguintes termos: “é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva” CF art. 5º, VII (Gentil; Guia; Sanna, 2011, p. 163).

Sendo reconhecida pela lei e destacada pela Constituição Federal de 1988, a capelania inclui-se no direito à assistência religiosa que pode ser prestada ao cidadão

internado segundo o regulamento de número 9.982/2000, de maneira específica nos artigos 1º e 2º:

Às religiões, de todas as confissões, assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada para dar atendimento religioso aos internados, desde que, em comum acordo com estes, ou com os familiares, em caso dos doentes que não mais estejam no gozo de suas faculdades normais. Artigo 2º: Os religiosos chamados a prestar assistência nas entidades definidas no artigo 1º deverão, em suas atividades, acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição hospitalar ou penal, a fim de não pôr em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar ou prisional (Brasil. Lei Federal nº 9.982, de 14 de julho de 2000, p. 3).

Infelizmente, o Brasil não é uma região responsável integralmente pela promoção da prestação dessa atividade religiosa. Isso significa que tal assistência possui conjuntura privada e precisa ser assumida pelo líder religioso de cada entidade ao lado de sua equipe. Assim, nota-se que todos os indivíduos que se encontram internados poderão, de acordo com a sua vontade ou do interesse familiar, solicitar visitas de religiosos habilitados.

Por essa necessidade, 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 restabelecer essa interação entre espiritualidade e saúde, influenciando, como afirma Saad, na rápida recuperação dos pacientes internados (Saad, *apud* Gentil; Guia; Sanna, 2011, p. 164).

As unidades de saúde que prestam esse tipo de serviço acabam, diante da sociedade, sendo vistas com mais respeito, pois o hospital consegue demonstrar que possui um papel significativo no cuidado integral ao enfermo, sua família e aos colaboradores que fazem parte da equipe de saúde.

Enfim, observa-se que a assistência espiritual somente conquistou espaço, saindo do senso empírico após diferentes estudos científicos, constatando-se que os seres humanos que possuem fé, bem como uma religião, apresentam melhor aceitação ao tratamento de saúde, elevando a imunidade, reduzindo as chances de desenvolver ansiedade e depressão. Contudo, o processo de hospitalização acaba sendo permeado de muita força e esperança, o que contribui com a qualidade de vida do enfermo e daqueles ao redor.

2.3 O atendimento ao paciente e seus familiares prestado pela Capelania Hospitalar

Sabe-se que são diversificados os fatores de risco que levam o indivíduo à obtenção de problemas de saúde, como faixa etária, gênero, histórico familiar, consumo de bebida alcoólica, tabagismo, sedentarismo, obesidade, dentre outros

agravos. É válido aqui destacar que uma das doenças mais populares, que acomete inúmeros brasileiros, são as doenças cardiovasculares que são caracterizadas por Chiang (2014, p. 15), sendo:

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade no Brasil. Segundo o Sistema Único de Saúde – SUS, a proporção maior de internações foi motivada pela insuficiência cardíaca, com quase 30% de todas as internações da especialidade [...]. Definem-se as doenças cardiovasculares (DCV) como doenças que afetam o sistema circulatório (cardio = coração; vasculares = vasos sanguíneos, incluindo artérias, veias e vasos capilares).

Esses tipos de doenças apresentam um grande percentual de mortalidade no território brasileiro. Porém, neste respectivo estudo teórico, não haverá aprofundamento sobre essa questão, mas, sim, aos principais sentimentos, dores da alma, além do imprescindível trabalho desenvolvido pela Capelania Hospitalar. A prática da capelania visa ações que atuem diretamente na condução do paciente e seu grupo familiar para que recebam o conforto espiritual e emocional necessário, contendo a participação assídua do capelão que conseqüentemente estará pronto para apoiar, escutar e aconselhar.

Conforme Pujol (*apud* Chiang, 2014) destaca, além das dores físicas, problemas psíquicos, mentais, questões sociais e outros que também podem, de alguma maneira, acompanhar o processo de luto, de dor e sofrimento, o que não deixa de necessitar de um atendimento adequado da Capelania Hospitalar.

O paciente hospitalar pode, além de sentir a dor física, ter dores morais ou psíquicas. Na verdade, é impossível dissociar todos estes sofrimentos, eles interferem uns nos outros e afetam nosso ser por inteiro. Alguém que sofre tem dores em todo seu ser (Pujol *apud* Chiang, 2014, p. 26).

Assim, diante desse contexto e discussão, nota-se que o paciente precisa da colaboração de um profissional especializado, que esteja preparado para ajudá-lo a lidar com o sofrimento. É nessa circunstância de internação, o leito hospitalar, ou até mesmo na sala de espera, que o capelão, tendo preparação psicológica e espiritual, busca refletir e promover o aconselhamento e os ajustes ao ser humano frente àquela nova situação vivida. Logo, entende-se que a prestação de serviço de capelania contribuirá no reconhecimento dos porquês atrelados ao sofrimento, concedendo espaço para uma melhor interação com o paciente.

O indivíduo internado em decorrência de uma determinada enfermidade e que se encontra num processo de perda pode ser descrito por Tardivo (*apud* Chiang, 2014, p. 28) como alguém que está inserido numa situação “transitória ou permanente. Perdeu, naquele momento, a capacidade do trabalho; vive a perda do controle sobre seu corpo em virtude das limitações da enfermidade e dos tratamentos médicos”.

Dessa forma, o atendimento de um capelão tem papel crucial no acompanhamento solidário do sofrimento do paciente, além do desenvolvimento da compreensão das preocupações expressas pelas famílias. Portanto, mesmo com as in-

certezas atreladas à recuperação, o capelão carecerá apresentar conforto por meio daquilo que está disposto a ofertar: o apoio espiritual.

Visto como a pessoa que possui a função de atender as principais necessidades espirituais de um paciente e do grupo familiar, o capelão hospitalar tem o dever de estar sempre em contato com esses indivíduos, que normalmente precisam de uma melhor orientação e oferta de aconselhamento, além de confortar e orientar os que estão internados no hospital. Na concepção de Aiken (2006, p. 173), esse conselheiro:

Faz parte da equipe hospitalar e está voltado para a pessoa que sofre, dando-lhe atenção, confortando-a, vivendo e testemunhando o amor de Deus. Ele fará o enfermo se sentir amado por Deus e pelas pessoas e o ajudará a aceitar melhor a dor, mesmo que não possa explicar as razões do sofrimento. Ele o ajudará a confiar no Deus soberano que tem um plano para a sua vida em meio ao sofrimento e através dele.

A função do capelão hospitalar versa numa rede de apoio, aconselhamento, fortalecimento e até mesmo consolação, integrado ao lado dos enfermos e suas famílias, médicos e demais colaboradores de uma instituição de saúde. Assim, entende-se que as suas práticas acabam envolvendo um trabalho pautado na atenção e processo de escuta, concedendo forças para que o desafio presente seja suportado.

O enfermo encontra-se totalmente sensível e à mercê da ajuda não somente do tratamento paliativo com curativos, remédios, procedimentos cirúrgicos, mas também de pessoas que sejam usadas por Deus para suprir as dores da alma. De acordo com Aiken (2006), isso pode ser ministrado pelo capelão. Os profissionais da saúde são preparados para atuar em prol da cura do corpo, da mente, do psicológico, no entanto, infelizmente, ainda não foram preparados para curar a alma, em que exclusivamente Deus consegue realizar tal prática.

Os pacientes que se encontram na UTI sofrem a dor da solidão, pois perdem o contato com a família e amigos, os sons agora vindos de aparelhos para sobrevivência, sem os aromas e percepções visuais de seus ambientes usuais. Estão acompanhados de todo tipo de pessoas, classes sociais, ali, todos são iguais, o sofrimento nivela. É conhecido pela gravidade da doença; afastado de sua família (Aiken, 2006, p. 62).

O grupo familiar passa pelos mesmos desafios frente à constatação da enfermidade do paciente, entrando num processo de angústias, questionamentos e dificuldades em aceitar aquela situação. As próprias reações desse indivíduo são marcadas pelo estresse, nervosismo, ansiedade, requerendo atenção por parte de profissionais adequados.

As necessidades da família variarão desde o princípio da doença, e continuarão de formas diversas até muito tempo depois da morte. É por isso que os membros da família devem dosar suas energias e não se esgotar a ponto de entrar em colapso quando forem mais necessários. Um amigo compreensivo pode contribuir muito para ajudá-los a manter o equilíbrio entre ser útil ao paciente e respeitar suas próprias necessidades (Kubler-Ross, *apud* Silva, 2010, p. 92).

Nesse momento, o capelão pode ser colocado ao dispor da família para iniciar o processo de escuta das reais necessidades e questionamentos. As fortes dores do espírito, que muitas vezes atormentam o enfermo, também acabam incomodando os parentes próximos que estão inseridos naquele contexto. Há a necessidade de trabalho espiritual, levando em consideração continuamente suas percepções religiosas, ajudando no resgate da fé, da interação com o divino. A esperança que, muitas vezes, pode estar sendo esquecida em detrimento da cruel realidade, pode ser restaurada, possibilitando ao ser humano almejar pela cura e nova oportunidade de vida futura.

Uma imprescindível função do capelão é a visita ao paciente e seu grupo familiar, na tentativa de descobrir quais são os problemas espirituais presentes e como eles poderão ser sanados mediante a Bíblia, mostrando continuamente sobre o amor que Deus apresenta por cada ser humano e o quanto Ele pode operar milagres, assim como realizou em tempos remotos. Por isso, é necessário que o capelão esteja pronto para compreender os desabafos, discerni-los e entrar em ação.

Capelania hospitalar não é simplesmente uma visita que leva consolo e conforto ao paciente, mas também deve ser parte de um processo que ajude no tratamento do indivíduo. O serviço de pastoral hospitalar não é uma ação simplesmente espontânea, mas deve ser fruto de uma ação reflexiva que visa, além do consolo, levar uma orientação segura para as crises espirituais que as pessoas em estado de enfermidade normalmente enfrentam. A doença traz medos e desesperanças, comprometendo a evolução do tratamento de saúde, trazendo prejuízo na recuperação e qualidade de vida. A descoberta do enfermo de que há um serviço de capelania hospitalar que pode auxiliar no tratamento e no enfrentamento da doença em conjunto com o dos profissionais da saúde, renova as forças e a esperança para lutar contra a enfermidade, em favor da vida (Silva, 2010, p. 11)

Diante dessa situação, observa-se que o capelão será uma espécie de intermediário, atuando entre o enfermo e Deus (conforme 1 Tim 2:5), ao lhe expor a abundante vida que está a sua espera assim que for liberto de todas as amarras dos sentimentos de dor, mágoa e ressentimento.

É importante ressaltar que o capelão tem a oportunidade de contatar o grupo familiar na própria unidade de saúde quando solicitado, além de visitar o enfermo em sua residência. Dessa forma, o capelão servirá de agente consolador nas principais situações difíceis vivenciadas. Tais visitas podem ser concretizadas por meio de reuniões para fazer orações, aconselhamentos e até mesmo de diálogo. Isso demonstra que desenvolver ajuda ao doente e às famílias é uma das bases do trabalho fundamental efetuado pelo capelão.

Em se tratando do seu perfil, é um agente de mudança, transformação, totalmente vocacionado, um líder preparado para respeitar as adversidades e preferências espirituais do enfermo. É um líder que também demonstra conhecer os impactos causados pela doença, a rotina vivenciada no hospital, bem como a dinâmica de trabalho exercida pelos seus colaboradores, objetivando criar um elo entre o trabalho desenvolvido no hospital e o grupo religioso.

Determinadas atividades advindas desse grupo pautam-se também na coordenação do serviço de capelania, que visa a capacitação e preparação pessoal sobre fatores espirituais e religiosos; organização das atividades; orientação dos pastores ou outros religiosos que realizam visitas ao hospital; conhecimento da importância do cumprimento dos regulamentos sobre visita religiosa etc.

Muitas emoções vêm à mente do paciente em sua internação e o seu espírito também está sendo sacudido. A insegurança surge, uma vez que não se tem mais o controle sobre a situação; ao contrário, são os médicos e enfermeiros que ditam as normas do que comer, beber, fazer. A rotina da vida é quebrada e muitos temores surgem – o medo da dor, do abandono, do amanhã, medo de perder o controle sobre seu próprio corpo, medo de não encontrar a cura, medo da morte (Romano, *apud* Chiang, 2014, p. 29).

Compreende-se que, em Romano há uma descrição explícita das emoções, sentimentos e até mesmo das sensações de uma circunstância hospitalar, onde é enfático o temor de situações desconhecidas, da insegurança, do desespero, enfim, de fatores que compõem o contexto presente na rotina de enfermos e da família que acompanha o novo desafio.

3. A TEORIA APLICADA À PRÁTICA DA CAPELANIA HOSPITALAR

As informações teóricas apresentadas são de grande importância para tratar sobre o respectivo assunto, mas a prática apresentada a seguir também carrega o objetivo de enriquecer o estudo desenvolvido, além de mostrar como é feita uma visita ao paciente enfermo no hospital. Por isso, um recurso utilizado para a obtenção de informações foi a entrevista contendo algumas perguntas. Na concepção de Gil (2006, p. 119), “as entrevistas mais estruturadas são aquelas que predeterminam em maior grau as respostas a serem obtidas, [...] e as menos estruturadas são desenvolvidas de forma mais espontânea”.

A paciente entrevistada é do gênero feminino, têm 51 anos e está internada na clínica médica de um importante hospital na cidade de Formosa-GO. Encontra-se em um quarto privado, demonstrando aflição e ansiedade para receber alta. A mesma também possui um acompanhante, integrante familiar que expressou muita alegria ao me receber, pois a família é bastante católica. Desse modo, o relato abaixo destaca com clareza o momento da visita feita pela Capelania Hospitalar:

Coordenadora: Boa tarde, Dona Maria de Lourdes! Sou Ana Maria, coordenadora da Pastoral da Saúde. A senhora está melhor?

Paciente: Estou com muita dor no meu corpo, dor de cabeça, muito frio e um pouco ansiosa. Gostaria de estar em casa!

Coordenadora: Como posso ajudar a senhora? Vou pegar um pouco de água.

Paciente: Obrigada!

Coordenadora: Eu posso lhe ajudar com o lanche?

Paciente: Sim, claro, fique à vontade. E depois podemos rezar o terço da cura

e libertação? Eu costumo rezá-lo todas as tardes, com a minha filha que está aqui.

Coordenadora: Nossa! Que maravilha. Esse terço é muito bom, né? Ele, de alguma maneira, mexe com o interior do ser humano, nos libertando de tudo o que precisa ser curado.

Paciente: Isso é verdade e eu hoje acordei com um sentimento de medo, querendo ir embora para casa ver meus netos, dormir na minha cama e seguir com a minha rotina.

Coordenadora: Eu entendo muito bem a senhora. O nosso lar é um aconchego, uma parte de nossas vidas que transmite paz, tranquilidade e conforto. Mas, eu estou aqui para dizer, nesta tarde, que a casinha da senhora está lá no lugar dela, sendo cuidada pela sua família e, no momento certo, estará pronta para recebê-la.

Paciente: É verdade, minha filha!

Coordenadora: Aqui nesta terra, o mais importante é a vida e a saúde sabia? (Ela, sim, merece um pouco mais de cuidado e zelo).

Paciente: Palavras sábias, minha querida! Realmente, a vida precisa ser cuidada com mais cuidado. Hoje, percebo o quanto bens materiais e coisas terrenas não possuem o valor. Nossa vida é um bem precioso e sou grata a Deus por estar aqui.

Coordenadora: Agora, sim! Eu fiquei feliz pelas palavras, quanta motivação nessas falas. Podemos começar o terço?

Paciente: Sim, claro!

Após o terço houve um momento de muita emoção, pois a filha da paciente se emocionou com a oração final. Ela chorou, mas calmamente começou a agradecer a Deus pela vida de sua mãe e de toda a família. Este momento foi contido com um abraço, podendo sentir a boa conexão naquele quarto.

Por meio deste relato, observa-se o quanto é importante o contato da capelania com o enfermo, pois consegue promover uma energia diferente da que se encontra naquele local a partir do acolhimento, da atenção, da escuta e do conforto, mostrando ao indivíduo e seu familiar que Deus está no comando da situação.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Sabe-se que o assunto “capelania” não é novo na história. A cada ano, a capelania se espalha em uma nova área, e uma das que vem ganhando espaço é a hospitalar. Porém, por ser pouco divulgada, e por atender a diferentes idades, ela carece de materiais e estudos que auxiliem na atuação prática do capelão. Diante disso, a pesquisa, além de abordar a definição bíblica de capelania, mostrou que os pacientes enfermos e com capacidade de recuperação necessitam de um cuidado especial, da mesma forma como Jesus nos olha e nos cuida.

Foi possível compreender o quanto a capelania demonstra significância na vida de um paciente, mas carece ser desenvolvida por líderes religiosos capacitados, preparados para lidar com situações adversas, que saibam acolher e mostrar o imprescindível papel da espiritualidade dentro de uma instituição de saúde. Princi-

palmente por saber que é um local pesado, com energias variadas que carecem ser filtradas constantemente.

A fé precisa ser alimentada e a capelania apresenta capacidade para ajudar o paciente e sua família no exercício dela – mesmo sendo uma tarefa difícil, que requer paciência, além de estratégias que ampliem a visão dessas pessoas, com perspectivas de melhores dias da cura da alma e do corpo.

Muito material teórico, assim como a própria atividade prática, constatou a grande influência do meio espiritual diante das circunstâncias de vida do dia a dia do paciente, bem como a participação dela no processo de saúde atrelado à doença. Desse modo, aliado à ausência da presença de um capelão na maior parte das instituições hospitalares, os enfermos demonstram-se cabibaxios, deprimidos, estressados e agitados pela realidade em que estão inseridos.

Variados grupos familiares não conseguem presenciar a situação frequentemente, não podendo fornecer motivação e apoio em decorrência da falta de tempo, ou, dependendo do contexto do doente, a companhia de alguém acaba não sendo permitida, como é o caso de uma UTI. Assim, nota-se que o capelão pode ser aquele indivíduo ouvinte para consolar, levando uma palavra amigável e de força, mostrando que o diálogo tem muita relevância.

Até a presente circunstância, os materiais de alta qualidade analisados indicaram que as melhores fases de envolvimento espiritual estão relacionadas de maneira positiva ao bem-estar do paciente, em seu âmbito psicológico. Além disso, satisfação com a vida, afeto e positividade na fala. Por essas questões, amplia-se a quantidade de atividades de Capelania Hospitalar e até mesmo de capelães nas unidades de saúde espalhadas no país, cujo objetivo é ofertar auxílio emocional, espiritual e social aos pacientes, seus acompanhantes e profissionais que atuam no campo saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo a medicina sendo uma importante ciência, que salva vidas e alivia dores físicas, mentais e psicológicas, ela ainda não conseguiu suprir as necessidades da alma, de aflições e sentimentos subjetivos que somente Deus tem o poder de suprir. Isso demonstra que a medicina, composta por diferentes profissionais, medicamentos e equipamentos avançados, é ausente de recursos que somente a fé, a esperança e o amor conquistam com eficiência na vida de um paciente e seu familiar. Diante disso, nota-se que há dois extremos, mas que eles podem ser unidos em prol da recuperação ou até mesmo da cura de um ser humano internado. É um trabalho mútuo, em conjunto, em busca por novas soluções.

Tudo isso é algo possível e pode ser constatado ao longo desta pesquisa acadêmica, em que buscou-se mostrar com exatidão e profundidade o imprescindível trabalho desenvolvido pela Capelania Hospitalar. Buscando escutar, acolher e aconselhar, as atividades exercidas por uma capelania baseiam-se na fé, no âmbito espiritual que coopera de maneira significativa no processo de cura e libertação do enfermo. Trata-se de um trabalho desafiador, pois lidar com momentos de aflição, desespero e de dor não é algo fácil. Por isso, um dos papéis da capelania é ser humanizada, empática e representada por líderes religiosos capacitados.

O acolhimento e aconselhamento, ao lado da compreensão, são ferramentas essenciais que a capelania utiliza com frequência. Esses elementos juntam-se às palavras de força, determinação e resiliência presentes em obras sagradas, que na maior parte das vezes encontram-se na Bíblia. Vista como a literatura mais completa de todos os tempos, esse livro relata com detalhes histórias de superação e fé, mas também momentos de desespero, medo e dor. Diante disso, a Capelania Hospitalar desempenha um árduo trabalho, que é consolar indivíduos que muitas vezes estão incrédulos, mostrando a eles milagres existem e que momentos difíceis podem ser superados com fé.

Por meio da construção desse relevante estudo teórico e prático, foi possível compreender que a espiritualidade pode andar lado a lado com a medicina, pois ambas possuem fim semelhante: a cura. Uma área cuida do físico e a outra de questões internas, que exigem atenção, afago e muita fé. Lidar com problemas de saúde não é uma tarefa fácil, por isso é essencial ter, naquele momento, as pessoas adequadas. O capelão hospitalar exerce uma função significativa nesse processo: acolhendo, abraçando a causa e lutando constantemente pela cura de dores que apenas a espiritualidade tem o poder de resolver. Assim, como muitos dizem, “a fé move montanhas” e, de fato, esse trabalho acadêmico conseguiu mostrar que ela está presente nos mais diversos momentos da vida, promovendo a cura.

Esta pesquisa acadêmica demonstra uma intensa colaboração, que expande a contribuição da valorização de um capelão atuante frente à prática de seu trabalho, bem como para as unidades de saúde no país com o reconhecimento desse importante colaborador na prestação do atendimento aos enfermos. Contudo, encerra-se este estudo destacando-se que, finalmente, a ação de uma Capelania Hospitalar se desenvolveu e tem expandido sua função, não apenas no processo de formação de capelães, mas também pela urgente necessidade que os enfermos internados em organizações de saúde têm de receber o conforto e o consolo por meio de ações assistenciais espirituais.

REFERÊNCIAS

- SILVA, A. Coutinho. **A capelania hospitalar**: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico. Dissertação de mestrado. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia. Programa de pós-graduação em Teologia 2010. 122f.
- AITKEN, Eleny Vassão de Paula. **No leito da enfermidade**. 5.ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2006.
- BÍBLIA. Bíblia Shedd: **Antigo e Novo Testamentos**. 2.ed.rev.at. São Paulo: Vida Nova, 2007.
- BRASIL. Lei Federal nº 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1 - 17/7/2000, (Publicação Original).
- CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- CHIANG, Fani Ching Fen. **A importância da espiritualidade na recuperação do paciente cardíaco hospitalizado**: uma análise através da Capelania Hospitalar. São Leopoldo, EST/PPG, 2014. 86p. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Teologia. Programa de Pós-Graduação em Teologia. Disponível em: <http://dspace.est.edu.br:8080/jspui/bitstream/BRSIFE/494/1/chiang_fcf_tmp351.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- FRIESEN, Albert. **Cuidando do ser**: treinamento em aconselhamento pastoral. 3.ed. Curitiba: Esperança, 2012.
- GENTIL, Rosana Chami; GUIA, Beatriz Pinheiro da; SANNA, Maria Cristina. **Organização de serviços de Capelania Hospitalar**: um estudo bibliométrico. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.162-170, jan./mar.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100023>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. **O impacto da espiritualidade na saúde física**. Rev. psiquiatr. clín. [online]. São Paulo, 2007, vol.34, suppl.1, pp.88-94. ISSN 0101-6083. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>>. Acesso em: 16 maio 2023.
- HOEPFNER, Daniel Annuseck. **Cuidado pastoral num centro de tratamento intensivo adulto**: referências bíblico-teológicas e competências pastorais. Tese de Doutorado. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia. Programa de Pós-graduação, 2012.
- _____. **Fundamentos bíblico-teológicos da Capelania Hospitalar**: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa. 2008. Dissertação (Mestrado em Teologia). São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, 2008. 121f.
- LUCCHETTI, G. *et al.* **Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares**. Rev. Bras. Cardiol., Rio de Janeiro, v.24, n.1: 55-57, jan.fev.2011. Disponível em: <http://sociedadecardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_07giancarlo.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2023.
- MATTAR, Fauze Najeb. **Pesquisa de marketing**: metodologia, planejamento. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005. V. 1.
- RICETTI, Simoni Maria; SOUZA, Waldir. **Humanizando o atendimento espiritual**. Disponível em: <<http://jorneb.pucpr.br/wpcontent/uploads/sites/7/2015/02/HUMANIZANDO-O-ATENDIMENTO-ESPIRITUAL-HOSPITALAR.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2017.
- SANTOS, Hugo N. Saúde e ética na ação pastoral de Jesus. In: HOCH, Lothar Carlos; HEIMAN, Thomas, orgs. **Aconselhamento pastoral e espiritualidade**. 2.ed. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2008.
- TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. -São Paulo: Atlas, 1987.

| Capítulo 4

A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO ESPIRITUAL COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

André Francisco Krug Kurz²⁴
Antônio Boeing²⁵

Resumo: A presente pesquisa, de cunho qualitativo, visa abordar a importância do cuidado espiritual com os profissionais de saúde, destacando como a espiritualidade pode impactar positivamente a saúde desses profissionais e, conseqüentemente, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes. São apresentados estudos e depoimentos de profissionais da área da saúde que evidenciam a relevância da busca por respostas pessoais e compreensão das próprias crenças e valores, ajudando-os a encontrar equilíbrio e significado para sua prática, o que influencia diretamente a maneira como se relacionam e cuidam de seus pacientes. O trabalho também destaca a importância de iniciativas que promovam momentos de reflexão, baseados em fundamentos bíblico-cristãos, como forma de oferecer um cuidado para preservar o equilíbrio físico e mental dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Cuidado Espiritual; Profissionais de Saúde.

Abstract: This present qualitative research aims to approach the importance of spiritual care with health professionals, highlighting how spirituality can positively impact the health of these professionals and hence, the service quality provided to patients. It is being showed studies and witness of healthcare professionals that evidence the relevance of searching by personal answers and comprehensions of own believes and values, helping to find a balance and meaning to your practical, which impact directly the way how they relationship and care of their patients. This present paper also highlights the importance of initiatives that promotes reflection moments, based in Christian biblical foundations, as way of offer a care to preserve the physical and mental balance to healthcare professionals.

Keywords: Spiritual Care; Healthcare Professionals.

²⁴ Pós-graduando em Capelania Hospitalar. E-mail: andrekrurz@yahoo.com.br.

²⁵ Professor-Orientador. É licenciado em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, PUCPR (1981); bacharel em Teologia pelo Instituto São Paulo de Estudos Superiores, ITESP (1986); mestre em Teologia Dogmática, com concentração em Missiologia, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUCSP (1993); doutor em Ciências da Religião, área de concentração Ciências Sociais e Religião, pela Universidade Metodista de São Paulo, UMESP (2004); tem formação em Psicodrama e Sociodrama pelo Grupo de Estudos e Trabalhos Psicodramáticos, GETEP (1993); além de formação em Ergonomia e Vegetoterapia pela Sociedade de Vegetoterapia e Ergonomia de São Paulo, SOVESP (1997).

1. INTRODUÇÃO

A relação entre saúde e espiritualidade tem sido reconhecida e explorada há muito tempo, com um crescente interesse por parte da comunidade médica e científica. As implicações da religiosidade/espiritualidade no contexto da saúde e qualidade de vida têm recebido maior atenção devido aos resultados obtidos em estudos mais aprofundados, em que esse tema aparece como a possibilidade de um recurso valioso que auxilia as pessoas no enfrentamento de adversidades e desafios (Longuiniere; Yarid; Silva, 2017).

É possível visualizar que a espiritualidade e a saúde estão interconectadas de várias maneiras, sendo que a primeira pode ter um impacto positivo no bem-estar físico, mental e emocional das pessoas. Normalmente, quando nos referimos à espiritualidade e saúde, relacionamos ao cuidado com os pacientes. No entanto, essa prática também pode e deve estar voltada para os profissionais de saúde.

As práticas espirituais desempenham um papel importante na promoção da qualidade de vida dos profissionais que trabalham na linha de frente dos serviços de saúde (Vieira *et al.*, 2023). Esses profissionais estão constantemente expostos a perigos e desafios diários, enfrentando estresse, pressão, desafios emocionais e o medo das possíveis consequências que podem surgir, inerentes ao seu trabalho. Nesse sentido, a espiritualidade pode oferecer apoio e fortalecimento, ajudando-os a enfrentar os desafios da rotina de trabalho com resiliência e a encontrar um senso de equilíbrio e bem-estar em suas vidas.

2. A EXPERIÊNCIA VIVIDA NO HOSPITAL

O presente trabalho tem como base a experiência vivida no Hospital Estadual Mário Covas, em Santo André (SP), durante a pandemia da Covid-19. Cabe, neste momento, ressaltar que esse hospital é uma referência regional no atendimento médico de alta complexidade, realizando atendimento em diversas especialidades exclusivamente para paciente SUS. É mantido pelo Governo do Estado de São Paulo e administrado pela Fundação do ABC/OSS.

Durante a pandemia da Covid-19, o hospital desempenhou um papel crucial no enfrentamento da doença. Como uma instituição de referência na região, foi fundamental no atendimento e tratamento de pacientes infectados pelo vírus.

Os profissionais de saúde trabalharam incansavelmente na linha de frente, enfrentando os desafios impostos pela pandemia. Eles se dedicaram a fornecer cuidados médicos e assistência aos pacientes, enfrentando situações difíceis e lidando com a crescente demanda por serviços de saúde.

Além disso, o hospital implementou medidas de segurança rigorosas para proteger tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde, garantindo um ambiente seguro para o tratamento da Covid-19. O Hospital Mário Covas desempenhou um papel vital no apoio à comunidade local durante esse período desafiador, oferecendo assistência médica especializada e contribuindo para o combate à propagação do vírus.

Como capelão hospitalar, vivenciei, nesse ambiente, a angústia e o sofrimento dos profissionais que estavam na linha de frente no combate a essa pandemia,

os quais, sobrecarregados e lidando com situações muito difíceis, encontravam-se, muitas vezes, cansados, desmotivados e esgotados física, mental e espiritualmente.

Com o intuito de oferecer um cuidado para preservar o equilíbrio físico e mental dos profissionais de saúde, pois qualquer impacto nessas áreas pode afetar o resultado do tratamento dos pacientes (Barbosa *et al.*, 2020), foi conversado com o setor de Humanização e supervisores de enfermagem sobre a possibilidade de iniciar momentos de reflexões, na área da espiritualidade. Iniciou-se, então, o Projeto Cinco Minutos, que reunia semanalmente profissionais de três UTIs de Covid-19 para um momento de leitura reflexiva, baseada em fundamentos bíblico-cristãos.

Esses encontros tiveram uma importância muito grande na vida dos profissionais que participavam (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, profissionais da limpeza, entre outros). Durante as reflexões, teve-se a oportunidade de levar aos ouvintes uma mensagem de conforto, amor e cuidado, de um Deus que não desampara, mesmo em meio a tantas turbulências. A espiritualidade, nesse contexto, ajudava os profissionais a compreenderem o sofrimento e os fortalecia para enfrentar novos desafios (Barbosa *et al.*, 2020).

O impacto das reflexões foi tão grande na vida desses profissionais que, ao término da pandemia, pediram para que o projeto não só continuasse nas três UTIs, mas que se expandisse em outras unidades do hospital. Desse modo, a iniciativa se estendeu, chegando a doze unidades.

Hoje, as reflexões são realizadas mensalmente, devido ao aumento no número de setores atendidos e ao serviço de capelania ser voluntário, ocorrendo apenas em terças-feiras pela manhã. São realizados encontros com profissionais que trabalham nos setores de Hemodiálise, Clínicas Médicas, UTIs e Cirurgias.

Esse trabalho acabou refletindo na visão da importância da espiritualidade para esses profissionais. Hoje, vários dos que participam das reflexões solicitam ao capelão auxílio espiritual tanto para pacientes que se encontram em sofrimento quanto para colegas de profissão do hospital e seus familiares.

No entanto, vale ressaltar que, pessoalmente, não foi fácil iniciar esses momentos durante o auge da pandemia. Naquele período, os voluntários haviam sido afastados do hospital por questões de segurança. Fui o único voluntário a ser chamado de volta ao “trabalho”, com o pedido do chefe da equipe de cuidados paliativos e autorização da diretoria do hospital.

Esse meu retorno precisou ser bastante discutido em casa, com a família, pois, frequentando o ambiente hospitalar, estaria não só colocando minha vida em risco, mas também a da minha esposa e dos meus filhos. Mesmo com os riscos, minha família apoiou o retorno, o que foi muito importante.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Espiritualidade e saúde

É possível identificar que espiritualidade e saúde são temas abordados ao longo da história. Desde a Antiguidade, nas culturas tradicionais, a importância da dimensão espiritual era amplamente reconhecida, sendo que rituais e cerimônias complexos eram realizados com o objetivo de estimular e promover a cura, de

modo que essas práticas eram cuidadosamente elaboradas para despertar a expectativa e incentivar a participação ativa do curador, do paciente e da comunidade como um todo (Alves *et al.*, 2010 *apud* Rossato, Ribeiro, Scorsolini-Comin, 2022).

Diversas pesquisas indicam que a espiritualidade representa, ainda hoje, um aspecto importante na vida do ser humano. Embora seja frequentemente associada a questões religiosas, a espiritualidade vai além disso, sendo uma dimensão intrínseca da experiência humana.

Pode ser definida como a busca pessoal pelo significado da vida, permitindo que cada pessoa compreenda, de forma única, sua relação com o sagrado e questões ligadas ao fim da vida na Terra; sendo que, para essa busca, não necessariamente é preciso ser uma pessoa religiosa, já que a religião se caracteriza como uma doutrina ou instituição na qual o indivíduo acredita (Longuiniere; Yarid; Silva, 2017). O campo espiritual envolve uma compreensão mais profunda de nós mesmos, dos outros e do mundo ao nosso redor.

Estudos também têm mostrado que a prática espiritual pode ter impactos positivos na saúde física e mental das pessoas. Tem o potencial de proporcionar senso de esperança e otimismo, ser uma fonte de significado e resiliência, além de estar associada a benefícios físicos e mentais.

Como a espiritualidade é um componente essencial da vivência humana, ela está profundamente interligada com a preservação e o aprimoramento da saúde física, mental e social. Essa conexão traz consigo benefícios diretos também em diversas áreas do conhecimento científico e da medicina (Fernandes, 2020 *apud* Vieira *et al.*, 2023).

Em 1988, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, englobando elementos relacionados ao sentido e propósito da vida (Oliveira e Jungues, 2012). Ao abordar a espiritualidade como parte integrante da saúde, amplia-se a abordagem de cuidados de saúde para além do aspecto físico, buscando uma visão mais holística e centrada na pessoa.

Isso reconhece que a saúde não se limita apenas à ausência de doença, mas também envolve o bem-estar emocional, mental, social e espiritual. Nesse contexto, entra em cena a dimensão psicossocial como parte das práticas de saúde, com o objetivo de construir um modelo biopsicossocial-espiritual. Surge, então, uma perspectiva humanística e holística contemporânea do ser humano, introduzida na medicina por Engel (1977), que destaca a importância de considerar os níveis biológico, psicológico e social em todas as atividades de cuidados de saúde.

Como resultado, a empatia na relação e no cuidado humanístico centrado no paciente se tornaram características essenciais e fundamentais para os profissionais. Dessa forma, ao considerar a espiritualidade como parte integrante dos cuidados de saúde, podemos oferecer um apoio mais abrangente e centrado na pessoa, respeitando suas necessidades e valores espirituais individuais.

3.2 O cuidado espiritual voltado para o profissional de saúde

Não é de hoje que se busca compreender, dentro dos campos da saúde, por médicos, psicólogos, enfermeiros e outros, a relação que há entre práticas e experiências religiosas e espirituais, como as orações, louvores e meditações, no contexto

do cuidado em saúde (Gerone, 2016). Atualmente, a espiritualidade vem desempenhando um papel cada vez mais reconhecido e valorizado no campo da saúde, estando esta baseada no princípio de oferecer um cuidado integral.

Não só os pacientes, mas também os profissionais de saúde podem, em algum momento de sua vida, se deparar com questões relacionadas a sua própria espiritualidade (Pereira *et al.*, 2021). Ao lidar diariamente com o sofrimento, a doença e a fragilidade humana, questões existenciais e desafios internos podem ser despertados. Esses profissionais podem se confrontar com dúvidas sobre o sentido da vida, o propósito de seu trabalho e a relação entre saúde e espiritualidade.

A busca por respostas pessoais e a compreensão de suas próprias crenças e valores são aspectos importantes para esses profissionais, pois isso não apenas o ajuda a encontrar equilíbrio e significado em sua prática, mas também influencia diretamente a maneira como se relacionam e cuidam de seus pacientes. Ao enfrentar e explorar essas questões espirituais, os profissionais de saúde podem aprimorar sua própria jornada de autocuidado e crescimento pessoal, resultando em um cuidado mais humano e compassivo para aqueles que atendem.

Dessa forma, é possível perceber que a abordagem das questões espirituais com os profissionais de saúde assume um significado profundo tanto para os pacientes e família, quanto para os próprios profissionais (Pereira *et al.*, 2021). Ao reconhecer e abordar as dimensões espirituais dos profissionais de saúde, é possível promover um ambiente de cuidado mais empático e compassivo.

Os profissionais que têm a oportunidade de explorar sua própria espiritualidade podem encontrar mais sentido e propósito em seu trabalho, além de desenvolver maior resiliência emocional. Isso, por sua vez, impacta positivamente a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, permitindo uma abordagem mais integral e sensível às necessidades físicas, emocionais e espirituais. Ao se engajar nesse processo de reflexão e autotransformação, os profissionais de saúde são capacitados a oferecer um cuidado mais completo, promovendo o bem-estar tanto dos pacientes como de si mesmos.

Dentro desse contexto de cuidado, vários autores destacam que a espiritualidade é uma responsabilidade dos capelães, os quais devem estar adequadamente treinados e preparados para atender às necessidades espirituais (Gerone, 2016). O trabalho espiritual do capelão pode oferecer suporte e orientação aos profissionais de saúde em suas jornadas pessoais e profissionais, fornecendo um espaço seguro e confidencial para que eles possam explorar questões espirituais, éticas e existenciais.

O cuidado espiritual é essencial também para quem cuida (Barbosa *et al.*, 2020). Esse cuidado, oferecido pelo capelão, não se limita a questões religiosas específicas. Deve ser respeitada a diversidade de crenças e valores dos profissionais de saúde, de modo que o capelão adapte sua abordagem de acordo com as necessidades individuais. Ele pode fornecer rituais, orações, aconselhamento espiritual e outras práticas que sejam significativas para os profissionais, ajudando-os a encontrar equilíbrio e bem-estar em sua jornada profissional.

Além disso, o capelão espiritual pode oferecer apoio na tomada de decisões éticas complexas, fornecendo um espaço de reflexão e discussão sobre questões morais e valores fundamentais. Sendo que também pode auxiliar na reconciliação de conflitos interpessoais, promovendo um ambiente de trabalho saudável e harmonioso.

Desse modo, a espiritualidade torna os profissionais de saúde mais humanos e mais fortes (Vieira *et al.*, 2023). Vale sempre lembrar que os profissionais de saúde que têm uma história de vida, uma caminhada e o cuidado espiritual podem ser bons condutores nesse trajeto, pois possuem uma abordagem mais holística, oferecendo apoio emocional, compreensão e conforto espiritual.

4. A ESPIRITUALIDADE NO COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

De acordo com a realidade já apresentada, ancorada pela literatura (Pereira *et al.*, 2021; Barbosa *et al.*, 2020; Vieira *et al.*, 2023), é possível perceber que a espiritualidade desempenha um papel significativo na vida pessoal e na carreira do profissional de saúde. Como seres humanos, eles têm suas próprias crenças, valores e necessidades espirituais, que podem influenciar diretamente sua abordagem ao cuidado de saúde.

Para a presente pesquisa, foi utilizada uma abordagem qualitativa, com ênfase na importância de se entender como as coisas funcionam em um contexto específico, buscando explorar os significados, experiências e perspectivas dos participantes envolvidos (Stake, 2011). Desse modo, além de observar a realidade vivenciada no ambiente da pesquisa, foram colhidos depoimentos de profissionais de diversas áreas e que atuam em variados setores do hospital, sobre a importância do cuidado espiritual com os profissionais de saúde e se esse cuidado faz alguma diferença em sua vida pessoal/profissional.

Optou-se por apresentar e discutir os dados coletados na pesquisa trazendo passagens dos depoimentos de seis profissionais da área da saúde do Hospital Mário Covas. Dentre eles estão uma enfermeira, que identificaremos como **E**; uma psicóloga (**P**); uma médica paliativista (**M**); uma administradora de empresas e hospitalar (**ADH**); e duas técnicas de enfermagem, que identificaremos como **TF1** e **TF2**.

Para melhor compreensão do leitor, optou-se por apresentar os depoimentos em dois momentos. O primeiro trará a relevância da espiritualidade na vida pessoal das pessoas participantes da pesquisa e, o segundo, na vida profissional.

4.1 Espiritualidade e a vida pessoal do profissional de saúde

A espiritualidade pode ser vista como uma busca de significado e propósito na vida, uma conexão com algo maior do que nós mesmos. Para os profissionais de saúde, que enfrentam diariamente o sofrimento humano, a morte e a complexidade da condição humana, a espiritualidade pode fornecer um senso de conforto, esperança e resiliência.

A profissional **P**, em seu depoimento, destaca que “em minha vida pessoal, a espiritualidade ajuda na reflexão, conhecimento e fortalecimento de minha essência, conforta, ampara, instila esperança e até ressignifica a vida”. Nesse depoimento, é possível observar o significado profundo da espiritualidade para o profissional de saúde (Pereira *et al.*, 2021).

Cultivar a espiritualidade na vida pessoal dos profissionais de saúde pode ter vários benefícios. Isso pode incluir maior capacidade de lidar com o estresse e a

pressão do trabalho, fortalecimento do senso de propósito e significado no cuidado de saúde e melhor saúde emocional e bem-estar geral.

De acordo com o depoimento de **M**, o cuidado espiritual “me faz sentir acolhida em minhas próprias dores”. Essa “fala” nos leva a identificar que a espiritualidade tem se revelado como um recurso fundamental para os profissionais e a sociedade como um todo, no sentido de compreender e enfrentar os sofrimentos (Barbosa *et al.*, 2020).

No entanto, é importante ressaltar que a espiritualidade é uma dimensão pessoal e subjetiva. Cada profissional de saúde terá sua própria abordagem e compreensão da espiritualidade, que pode variar de acordo com suas crenças religiosas, filosóficas ou espirituais individuais. É essencial respeitar e honrar essa diversidade, garantindo que nenhum profissional se sinta excluído ou constrangido em relação às suas próprias convicções.

O cuidado espiritual com os profissionais de saúde não se restringe apenas a práticas religiosas ou dogmáticas (Longuiniere; Yarid; Silva, 2017). Nesse sentido, quando relata sobre os momentos de meditação, Cinco Minutos, que acontecem no hospital, **TE1** traz a reflexão de que:

o encontro é um momento único, onde dois lados se cruzam: profissional e pessoal. Sem se preocupar com religião, [são] abordados temas com [o] intuito de fortalecer o vínculo e a sensação de conexão à vida, uma vez que ele [capelão] entende que essa parte de sua vida também é importante para o profissional.

Esse cuidado espiritual contribui para fortalecer os vínculos entre os profissionais de saúde, fornecendo um senso de comunidade e resiliência. Ele pode ajudar a aliviar o estresse e a exaustão emocional, fornecendo aos profissionais um espaço seguro para processar suas experiências, encontrar conforto e renovar sua energia.

Em suma, é possível perceber que o cuidado espiritual desempenha um papel fundamental no bem-estar e na resiliência dos profissionais de saúde, contribuindo para o autocuidado. Ao nutrir sua espiritualidade, eles encontram suporte emocional e fortalecem sua capacidade de enfrentar os desafios. E, ao reservarem um tempo para se reconectarem com sua espiritualidade, estão investindo em sua própria saúde e bem-estar.

4.2 Espiritualidade e a vida profissional

A espiritualidade pode desempenhar um papel de suma importância também na vida profissional de quem atua na área da saúde. Embora, muitas vezes, a atenção seja voltada para o conhecimento científico e as habilidades técnicas necessárias para a prática clínica, a dimensão espiritual pode contribuir para uma abordagem mais compassiva, significativa e holística no cuidado com os pacientes.

O capelão tem um papel muito importante nesse processo, pois cabe a ele resgatar a essência humana por meio da espiritualidade, proporcionando uma presença solidária e um apoio compassivo diante do sofrimento (Gerone, 2016). Esse auxílio espiritual pode impactar significativamente na vida do profissional de saúde.

É possível perceber a importância desse cuidado espiritual no depoimento de E, quando destaca que:

o trabalho de capelania hospitalar realizado com os profissionais da saúde faz toda diferença no nosso trabalho. A chegada do André [capelão] em nossa unidade foi um divisor de águas naqueles dias de tantas trevas que enfrentávamos com a Covid. Ele nos trouxe, através de suas reflexões na palavra de Deus, consolo, alegria, união entre a equipe. Suas visitas se tornaram cada vez mais esperadas por nós, porque sabíamos que juntamente com ele teríamos um momento de reflexão com muito consolo, esperança e nos lembrávamos do quanto éramos importantes para cada paciente. Hoje não temos apenas alguém que comparece ao setor para uma reflexão, mas temos um amigo com quem sabemos que podemos contar nos momentos difíceis.

Quem cuida dos pacientes também precisa ser cuidado, e não só nos momentos difíceis, como foi o caso da pandemia da Covid-19, mas em todas as circunstâncias. Ao cuidar da espiritualidade dos profissionais de saúde, reconhecemos que eles são seres humanos completos, com necessidades e desafios próprios.

Fica possível observar a importância do cuidado espiritual (Barbosa *et al.*, 2020) no depoimento de TE2, que descreve sobre o trabalho da capelania da seguinte forma:

Conhecemos o André [capelão] no auge da pandemia, onde vimos a importância do seu trabalho, não só para os pacientes e familiares, que foi fundamental, como para os profissionais que ali estavam enfrentando aquela guerra. E, ao passar daquele momento, pudemos ver também que as palavras que ele traz são importantes não só nos momentos de angústia, como nos de gratidão também! Seu trabalho tem grande importância em nossos dias dentro de uma UTI.

É possível perceber também que a espiritualidade pode influenciar a forma como os profissionais de saúde se relacionam com os pacientes. De acordo com o depoimento de ADH:

[...] é perceptivo que o trabalho da capelania junto aos profissionais é de extrema relevância para o restabelecimento dos sentimentos para que os profissionais possam sair do automático e enxergar o paciente como um ser humano e não como uma doença, para o restabelecimento da fé daqueles que a perderam devido à rotina exaustiva e cuidar espiritualmente para que, principalmente, muitos não adoeçam das doenças da alma.

O depoimento de M complementa essa fala, quando diz que:

[...] os cuidados espirituais com a equipe geram a oportunidade de reconhecimento das dores e dos mecanismos de ressignificado possíveis que o ser humano encontra. Quando a equipe se permite olhar para

seus medos e angústias, lida melhor com o sofrimento do outro. Com isso seguimos fazendo nosso trabalho com entrosamento e equilíbrio.

Nesse sentido, conseguimos perceber a espiritualidade como uma ferramenta facilitadora do cuidar (Barbosa *et al.*, 2020), promovendo um cuidado mais abrangente, compassivo e centrado no paciente.

Ao reconhecer a dimensão espiritual dos pacientes, os profissionais de saúde podem criar um ambiente acolhedor, onde os enfermos se sentem ouvidos, compreendidos e respeitados em sua totalidade. Assim, integrar a espiritualidade de maneira sensível e respeitosa no cuidado com os pacientes pode enriquecer a experiência de ambos e contribuir para uma prática de saúde mais integral e compassiva.

O cuidado espiritual dos profissionais de saúde pode assumir diferentes formas, como oferecer oportunidades para reflexão, apoio emocional e suporte religioso, quando apropriado. Isso também contribui para uma melhor qualidade de atendimento aos pacientes, uma vez que os profissionais estão mais preparados e capacitados para lidar com os aspectos emocionais e espirituais do cuidado.

Portanto, é essencial que as instituições de saúde priorizem o cuidado espiritual dos profissionais, fornecendo recursos e apoio adequados para ajudá-los a nutrir sua própria espiritualidade, encontrando significado e propósito em seu trabalho, enquanto também recebem o suporte necessário para lidar com as demandas emocionais e espirituais da profissão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que é necessário reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado de saúde. Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na vida dos pacientes, e sua própria saúde física, mental e espiritual é igualmente importante.

O cuidado espiritual proporciona uma abordagem que vai além da dimensão física, pois considera também as necessidades emocionais, mentais e espirituais dos profissionais de saúde. Ao promover esse cuidado, reconhecemos que cada pessoa tem suas próprias crenças, valores e necessidades espirituais, e é fundamental respeitar e acolher essa diversidade.

Além disso, ao oferecer um ambiente seguro e acolhedor para que os profissionais expressem suas preocupações espirituais, podemos fortalecer as relações entre os indivíduos e promover uma assistência mais humanizada. A empatia, a escuta ativa e a validação das experiências espirituais dos profissionais de saúde são essenciais para seu bem-estar e satisfação profissional.

No entanto, é de suma importância que as instituições de saúde reconheçam e apoiem esse cuidado para os profissionais, integrando-o em suas políticas e práticas, investindo também recursos financeiros para manter esse trabalho. Isso pode envolver programas de apoio ao bem-estar emocional e espiritual, sessões de treinamento sobre a importância da espiritualidade na prática de cuidados de saúde e a disponibilidade de recursos espirituais, como capelães, para auxiliar os profissionais e os pacientes. Portanto, investir no cuidado espiritual dos profissionais de saúde é essencial para promover um ambiente de trabalho saudável e proporcionar um cuidado mais humano e compassivo.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, D. J., *et al.* A espiritualidade e o cuidar em enfermagem em tempos de pandemia. *Enferm. Foco*, 11 (1), p. 131-134, 2020.
- ENGEL, G. L. **The need for a new medical model:** a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.
- GERONE, L. G. T. de. **A religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre profissionais da saúde.** *INTERAÇÕES*, v. 11, n. 20, p. 129-151, 30 dez. 2016.
- LONGUINIÈRE, A. C.; YARID, S. D.; SILVA, E. C. S. **Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente crítico.** *Revista de Enfermagem UFPE on-line, [S.l.]*, v. 11, n. 6, p. 2510-2517, maio 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23418>>. Acesso em: maio 2023.
- OLIVEIRA, M. R., & JUNGUES, J. R. **Saúde mental e espiritualidade/religiosidade:** a visão de psicólogos. *Estudos Psicológicos*, 17(3), p. 469-476, 2012.
- PEREIRA, F. M. T., *et al.* **Tratado de espiritualidade na área da saúde.** 1ª ed., Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.
- ROSSATO, L.; RIBEIRO B. M. dos S. S., SCORSOLINI-COMIN, F. **Religiosidade/espiritualidade e saúde na pandemia de Covid-19.** *Rev. Nufen: Phenom. Interd.* | Belém, 14(2), p. 1-13, 2022.
- STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa:** estudando como as coisas funcionam. Tradução de Karla Reis; Revisão de Nilda Jacks. Porto Alegre: Penso, 2011. ix, 263 p., il.
- VIEIRA, R. C., *et al.* A influência da espiritualidade na qualidade de vida dos profissionais da área da saúde e pacientes. *In: MATOS, M. L. F. M. et al. Espiritualidade, medicina e saúde*, p.141-152 – São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

| Capítulo 5

A FORMAÇÃO E A CAPACITAÇÃO DO CAPELÃO HOSPITALAR:
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS NECESSÁRIAS

Wellington Ricardo Amaral Barros²⁶
Antônio Boeing²⁷

Resumo: A capelania é uma atividade que proporciona oportunidades de conhecimento, reflexão, desenvolvimento e aplicação dos valores e princípios morais, bem como da revelação divina, para o saudável exercício da cidadania. Além disso, a capelania proporciona contato com o outro, desenvolvimento de empatia e reconhecimento do outro ser humano. Logo, a proposta do presente trabalho é desenvolver os principais aspectos relacionados à capelania, bem como os principais saberes necessários para a sua prática. Nesse contexto, estabelece-se como objetivo geral do presente trabalho abordar, de maneira ampla e clara, como o serviço de capelania está disposto atualmente, bem como suas principais características e necessidades. Além disso, estabelece-se como objetivos específicos: conceituar o serviço de capelania; estabelecer como se dispõe a prática da capelania; esclarecer a importância e principais características de um capelão.

Palavras-chave: Capelania; Assistência; Hospitalar.

Abstract: Chaplaincy is an activity that provides opportunities for knowledge, reflection, development and application of moral values and principles, as well as divine revelation, for the healthy exercise of citizenship. In addition, chaplaincy also provides contact with the other, development of empathy and recognition of the other human being. Therefore, the purpose of this work is to develop the main aspects related to chaplaincy, as well as the main knowledge necessary for its practice. In this context, the general objective of this work is to broadly and clearly address how the chaplaincy service is currently available, as well as its main characteristics and needs. In addition, it establishes the following specific objectives: to conceptualize the chaplaincy service; establish how the practice of chaplaincy is arranged; clarify the importance and main characteristics of a chaplain.

Keywords: Chaplaincy; Assistance; Hospital.

²⁶ Pós-graduando em Capelania Hospitalar, bacharel em Biomedicina, bacharel em Filosofia. E-mail: ricardobarrosab@gmail.com.

²⁷ Orientador Prof. Dr. Antônio Boeing, licenciado em Filosofia, bacharel em Teologia, mestre em Teologia Dogmática, doutor em Ciências da Religião, professor no Centro Universitário São Camilo, assessor nas áreas de Educação, Assistência e Religião, em várias instituições educacionais e religiosas. E-mail: aboeing20@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O serviço de capelania como atividade de assistência espiritual, baseada na teologia bíblica, não aparece neste termo específico, embora ocorra tanto no Antigo quanto no Novo Testamento. Na Bíblia são encontrados diversos aspectos relacionados ao trabalho de capelania, como no livro de Juizes, quando é descrito o emprego de um levita como sacerdote particular. Já no livro de Reis, o profeta é o líder espiritual que apoia o exército na batalha. Nesse contexto, no Novo Testamento, duas passagens se destacam por sua natureza prestativa e acolhedora. A parábola do Bom Samaritano e o texto do Grande Juízo descrevem exemplos de atividades pastorais típicas que se assemelham ao serviço do capelão, ou seja: ajuda e cuidado, visita, ajuda aos necessitados.

Nesse contexto, estabelece-se como objetivo geral do presente trabalho abordar, de maneira ampla e clara, como o serviço de capelania está disposto atualmente, bem como suas principais características e necessidades. Ademais, está dividido nos seguintes itens: contextualização dos serviços da capelania; fundamentação da prática da capelania; e a importância e principais características de um capelão.

Ademais, o trabalho da temática proposta tem por finalidade dispor de estudos nessa área, para que o trabalho exercido por um capelão seja promovido e capilarizado na sociedade, destacando, principalmente, a sua relevância. Além disso, justifica-se o desenvolvimento de um tema relacionado ao serviço de capelania essencialmente pela relevância que tal serviço demonstra para pacientes em estágios terminais, pessoas que não possuem famílias e até mesmo para os familiares de uma pessoa que está em um quadro de saúde grave.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE CAPELANIA

A Capelania Hospitalar consiste no trabalho de assistência religiosa em ambientes hospitalares. Esse serviço é um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988, no art. 5º, inciso VII: “É assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva”. Além disso, a atividade é regulamentada pela Lei nº 9.982 de 14 de julho de 2000, que dispõe:

Art. 1º Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais.

[...]

Art. 2º Os religiosos chamados a prestar assistência nas entidades definidas no art. 1º deverão, em suas atividades, acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição hospitalar ou penal, a fim de não pôr em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar ou prisional (Brasil, 2000).

Com base na legislação em vigor no Brasil, aos religiosos de todas as religiões é garantido o acesso aos hospitais públicos e privados para prestar apoio espiritual, desde que seja da vontade do paciente ou de seus familiares, em caso de incapacidade mental daqueles. Ademais, é importante que o assistente espiritual respeite as regras internas de cada instituição com vistas a não oferecer risco ao paciente ou à segurança do local.

De acordo com Antunes, August e Souza (2021), quem realiza esse trabalho de apoio espiritual nos hospitais é chamado capelão hospitalar. Os autores ainda salientam que a Capelania Hospitalar pode ser desempenhada em conjunto, em uma parceria com o hospital. Esse trabalho, geralmente, é feito de forma voluntária, com vistas a auxiliar os pacientes e seus familiares, levando uma palavra espiritual, um incentivo em meio à dor, sem nenhum tipo de discriminação.

Diamente e Barros (2021) destacam que uma unidade de saúde é um local de refúgio para aqueles que podem ou não ter se recuperado e que, doentes ou não, precisam de apoio religioso e espiritual para uma boa recuperação ou descanso eterno. Ainda, a espiritualidade trata do sentido da vida e seu valor como algo pessoal, sagrado e muitas vezes difícil de explicar verbalmente, enquanto a religiosidade é algo estrutural, racial, ligado à cultura, com a escolha de um chefe religioso que mais se assemelha ao modo de viver e práticas espirituais de um povo, que consegue trazer a paz e que é mais presente na vida da maioria das pessoas quando estas se aproximam da finitude. (Panzine RG. *et al*, 2007).

O capelão é aquele que será um suporte, e não alguém que irá evangelizar levando uma religião, e sim um acolhimento espiritual, demonstrando ao paciente o quanto ele é digno e especial, e a importância de estar em harmonia com Deus e consigo mesmo, desta forma o capelão será aquele que o conduzirá a este equilíbrio (Frazon; Fluck, 2022, p. 1).

É crucial salientar que o estabelecimento de uma procura por espiritualidade, ou até mesmo sentido, é uma realidade evidente na rotina de um paciente terminal, e logo tal quadro é estendido para a equipe que acompanha esse paciente. Diamente e Barros (2021) apontam, ainda, que são diversos os fatores que contribuem para a formação do quadro de saúde de um paciente. Tais fatores colaboram para diminuir a qualidade de vida e é papel crucial do capelão intervir para que um paciente possa experimentar da melhor disposição de qualidade de vida ainda em vida.

Nesse contexto, diversos estudos mostraram que, ao abordar espiritualmente os pacientes e suas famílias, determinadas perguntas feitas aos familiares levam à reflexão sobre o que dá sentido à vida e a um desejo de fazer a diferença e ajudar neste momento difícil, em que a doença está em jogo e os pacientes estão em risco, de forma que eles consigam controlar melhor os sintomas que antes pareciam impossíveis, fato exposto por Diamente e Barros (2021).

Notavelmente, a missão do capelão estende-se à área emocional e social do paciente, seus cuidadores e profissionais de saúde. Além de realizar atividades de assistência espiritual, os capelães monitoram pacientes para mudanças em sua condição de forma não proativa e sem conversão. Tal assistência deve ser prestada independentemente de preferência religiosa, circunstâncias, gênero, raça, condição

socioeconômica ou qualquer outra característica pessoal. Dessa forma, pode-se restabelecer a interação entre o espírito e a saúde e promover a rápida recuperação dos pacientes hospitalizados. Antunes, August e Souza (2021) salientam, ainda, que é perceptível a melhora e qualidade de vida daqueles que em fase terminal, muitas vezes, mobilizam e expressam sua espiritualidade de forma mais intensa em situações de crise emocional e existencial.

Ser diagnosticado com uma doença grave que ameaça a continuidade da vida pode perturbar muito o sentido de viver de uma pessoa e prejudicar sua capacidade de se conectar consigo mesma, com os outros, com o mundo ou com um ser superior. Miguel (2021) destaca que, quando isso acontece, experimenta-se luta mental ou dor, momento crucial para a intervenção de profissionais que auxiliem momento tão complexo.

Se essa dimensão do sofrimento não é percebida e identificada, isso não quer dizer que ela não esteja presente, visto que a maioria dos pacientes hospitalizados, em diferentes contextos clínicos, enfrentam luta espiritual e manifestam necessidades espirituais, que podem ser expressas por meio de perguntas ou afirmações do tipo: “Por que isso está acontecendo?”, “Me sinto abandonada!”, “É um castigo de Deus?”, “Posso optar pela interrupção do tratamento médico ou somente Deus é quem pode dizer qual é a minha hora?”, “Não verei os meus filhos se formando e se casando.”, “Estou preocupada sobre como o meu marido vai lidar com a minha perda” ou “Não me reconheço mais neste corpo” (Miguel, 2021, p. 948).

Miguel (2021) ainda destaca que perceber, reconhecer e cuidar do sofrimento mental é uma atribuição de todos os profissionais de saúde. No caso da assistência espiritual, geralmente são clínicos gerais e especialistas pastorais os responsáveis por uma avaliação mais profunda e ampla do sofrimento mental, e aqueles que vão desenvolver um plano de ação com resultados desejados, que devem ser compartilhados com o restante da equipe multidisciplinar.

Nesse contexto, Frazon e Fluck (2022) reforçam que o capelão é uma pessoa que possui a plena autorização para prestação de serviços específicos direcionados à estrutura religiosa e espiritual. Para que tal estrutura se viabilize é crucial que haja a proposição de treinamento suficiente para desenvolvimento das habilidades específicas para trabalho na área.

3. FUNDAMENTAÇÃO DA PRÁTICA DA CAPELANIA

A abordagem religiosa dentro de uma unidade de saúde é necessária no enfrentamento de uma doença que ameaça a vida e traz limitações, além da presença de crises emocionais e existenciais. Diamante e Barros (2021) reforçam que é crucial haver apoio e suporte emocional aos familiares, para que exista tanto uma possibilidade de recuperação do doente, quanto maior amparo à família.

Antunes, August e Souza (2021) apontam, ainda, que o envolvimento espiritual na cura do paciente é primordial em termos de fatores físicos, psicológicos,

sociais e espirituais. Considerando, principalmente, que a saúde mental contribui para o tratamento da doença, podendo delimitar um quadro de melhora ou de piora. Assim, com a notória falta de pessoas para ajudar os doentes, a formação de padres treinou pessoas na interação entre espiritualidade e saúde, ajudando na recuperação de pacientes hospitalizados.

Em um ambiente hospitalar, os capelães podem alcançar muitas pessoas, oferecendo apoio e aconselhamento espiritual em diversas áreas. A efetividade dos capelães reside no atendimento individualizado a cada paciente, visitando leitos hospitalares, enfermarias, pronto-socorro, UTIs e pacientes terminais. É crucial manter a confidencialidade para que os pacientes possam expressar seus medos e dores, recebendo um auxílio espiritual abrangente e completo. Antunes, August e Souza (2021) destacam que, nesse contexto, é necessário considerar que os profissionais de saúde são seres humanos: mesmo treinados para trabalhar em hospitais, podem se sentir estressados no desempenho de suas funções, necessitando de auxílio mental. Também podem ser incluídos outros funcionários do hospital que tenham um relacionamento próximo com os pacientes, como limpeza, segurança e alimentação.

O capelão precisa obedecer a todas as normas do hospital, se vestir discretamente, usar jaleco com identificação. Não usar perfumes, os calçados devem ser fechados, que não faça barulho. Se gostar de usar joias ou bijuterias, que elas sejam discretas. Cuidar da aparência e higiene pessoal. Não fazer absolutamente nenhuma tarefa da enfermagem. Não encostar ou se sentar na cama do paciente, usar tom de voz normal. Se estiver doente não deve fazer visitas. Não falar dos seus problemas ou comparar a enfermidade do paciente com a de outros (Frazon; Fluck, 2022, p. 16).

Antunes, August e Souza (2021) destacam que o ministério de Jesus e seu exemplo de cuidado motivam um capelão a realizar suas atividades, ajudando a aconselhar, agir, assistenciar e oferecer suporte. Um pastor ou um capelão que está disposto a sair de sua zona de conforto para ir ao hospital, demonstrar amor ao próximo e praticar os ensinamentos de Cristo, de fato está cumprindo o exemplo de Cristo. A Igreja é chamada a levar consolo e esperança aos enfermos. Além disso, Antunes, August e Souza (2021) apontam que o pastor deve estar sempre atento o suficiente para detectar o desconforto daquela pessoa no momento, seja a própria doença, sejam sentimentos de abandono, impotência, culpa, separação de Deus, e estar disposto a consolar com a palavra ou o tipo de oração certa para cada situação.

Portanto, a Bíblia também ensina pastores a trabalhar com pessoas que sofrem em hospitais. Nesse contexto, Antunes, August e Souza (2021) apontam que todo mundo precisa de conforto em algum momento da vida. Por isso, os pastores devem estar prontos para ajudar essas pessoas em seus momentos de vulnerabilidade, deixando claro para o paciente ou a fim que o sofrimento é inerente à vida humana, cristã ou não. No entanto, quando um cristão assume certas posições, ele deve perceber que sofrerá como Cristo, o Cordeiro.

O ser humano em geral tem um olhar voltado à vida social e cotidiana, cuida do corpo, dos projetos futuros que muitas vezes entram em uma esfera em que obterão sucesso, tudo isso é lícito, porém diante de tantas distrações e coisas muitas vezes superficiais, não dão a devida atenção ao cuidado espiritual. Nessa amplitude de coisas para resolver em meio a tantos desafios não conseguem assimilar a importância e necessidade da fé e espiritualidade. Outros, mesmo com sua fé firmada, entram em muitos questionamentos que podem levar a um desequilíbrio interior, como se ficasse perdido dentro de si, por não ter um rumo onde possa se firmar (Frazon; Fluck, 2022, p. 5).

Nesse contexto, o capelão deve estar atento a determinadas situações e deve adotar uma atitude amorosa para com o próximo, independentemente de sua fé ou religião, pois seu próprio testemunho pode trazer grandes resultados de reconciliação com Deus, conversão a Jesus e salvação. Mas o mais importante, a boa notícia, é que a esperança pode ser reavivada para aqueles que sofrem, apontam Antunes, August e Souza (2021).

Portanto, seja uma pessoa, uma doença ou uma enfermidade, é preciso que haja uma orientação clara, ou seja, os pastores precisam estar preparados. Você precisa ter uma sensibilidade especial. Puhl (2019) aponta que cada paciente precisa de uma linguagem diferente. Evidentemente, não existe um manual com dez passos de como lidar com todo enfermo, mas é preciso que os pastores confiem em Deus. Enfrentando os desafios de hospitais, pacientes e doenças, os pastores precisam de um relacionamento com Deus, uma vida espiritual e, essencialmente, bom senso.

Em geral, todo aquele que pretende ser um capelão(ã) hospitalar e atuar em cuidados paliativos precisa se preparar adequadamente, investigar preparos específicos coerentes com a função, para atuar de maneira relevante. Buscando informações e conhecimento em cursos, estudos, palestras, treinamentos voltados para o cuidado do paciente, se envolvendo de forma legítima e profunda. Dessa forma expandir seu trabalho e poder ser reconhecido como prioridade para o bem do próximo que necessita de cuidados especiais e intensos nos hospitais (Frazon; Fluck, 2002, p. 17).

Como se sabe, em meio à doença, é difícil ver a solução ou mesmo a vontade de Deus. A consciência é de que todos passarão por fases difíceis e terão doenças inesperadas, logo, pastores precisam estar preparados para suportar as dificuldades nesse momento, por mais complexos que sejam os desafios, e conseqüentemente, fazer com que os enfermos sintam o amor e o cuidado de Deus. Puhl (2019) reforça que, além da paciência, os pacientes precisam aprender a confiar em um Deus supremo que tem um plano mesmo no sofrimento e prepara o melhor para cada vida.

A partir do momento em que um ser humano decide seguir a carreira de capelão hospitalar, ele precisa entender que faz parte de uma equipe. Puhl (2019) aponta que a sua função é dedicar-se aos necessitados com grande zelo e, com as suas atitudes e palavras, dar testemunho do amor de Deus. Ao mesmo tempo em que o capelão se compromete a ajudar os doentes, oferece-se também para ser parceiro na luta contra a doença, ajudando os que carregam o fardo. Ao comparar o papel do

pastor ou capelão com um jugo de boi, há muitos paralelos em que o indivíduo está disposto a ajudar os enfermos de maneiras que diminuem ou evitam o sofrimento do paciente sozinho.

O saber ouvir é escutar com paciência e no hospital existem muitas paradas de extrema importância para esse escutar: pacientes, profissionais da saúde, aparelhos, ambiente e familiares. Dentro desta escuta, a mais importante de todas é escutar o Espírito Santo. É Ele que conduz toda dinâmica, que direciona as palavras para consolar, esperar. Que encoraja a prosseguir e olhar para o próximo com compaixão e depositar nele o amor de Deus. Também poderá ocorrer o escutar no silêncio daquele paciente que não falará nada, por impossibilidade de sua condição clínica ou simplesmente por não ter ou querer falar. O silêncio só às vezes implica ausência de fala, mas sempre implica o ato de ouvir. No silêncio podemos escutar o coração, “ouvir” os olhos, os gestos, sentir o ambiente, compartilhar o sofrimento, estar presente sem falar nada (Frazon; Fluck, 2022, p. 14).

Segundo Puhl (2019), é necessário ter vocação, ou seja, quem trabalha nessa área deve se sentir chamado por Deus. Comparado com o exemplo de Cristo, o sacerdote também deve ter o dom da compaixão e da solidariedade, porque no hospital existem situações muito extremas, desde o nascimento até a morte, momentos de alegria e tristeza.

No entanto, simplesmente fazer a pergunta sobre o chamado de Deus não é suficiente, é preciso ir além. Pastores precisam ter mais conhecimento, assim como qualquer outro profissional. É necessário que eles busquem aprimorar sua atuação por meio de conhecimentos na área da saúde e por meio de sua formação pastoral e teológica. Além disso, quanto mais você souber, melhor poderá atender muitos pacientes. Questões bioéticas atuais, como aborto, eutanásia, fim da vida, transplante e engenharia genética, precisam ser estudadas para que o capelão possua embasamento diante de algum debate ou pergunta, afirma Puhl (2019).

Além dessas diferenças mencionadas, existem alguns traços de personalidade mais específicos que também são muito importantes e fazem parte do perfil de um pastor. São eles: sabedoria, humildade, paciência, saúde física e mental, estabilidade emocional, autoconfiança, cuidado, ouvir antes de falar etc. Puhl (2019) destaca que também é necessário que se mostre interesse ao ouvir, que se faça perguntas apropriadas, não interrompendo a conversa, não desviando o olhar e não tocando em assuntos delicados ou algo relacionado.

Nesse contexto, os capelães hospitalares devem estar familiarizados e prontos para trabalhar com a diversidade. Pelo hospital circulam pessoas com as mais diversas características sociais, culturais, religiosas, raciais, sexuais, políticas e econômicas. Diferentes níveis e diferentes formas de pensar e encarar o mundo fazem com que as pessoas enfrentem situações semelhantes de maneiras diferentes. Além disso, Antunes, August e Souza (2021) destacam que cada pessoa deitada na cama ou esperando na fila pelo atendimento é todo um universo diferente de todas as outras. A presença do capelão no ambiente hospitalar é para ajudar as pessoas nas suas dificuldades, para o seu conforto espiritual e para o bom funcionamento do hospital.

No ambiente hospitalar dentro desse cuidado, o capelão deverá estar apto para ser suporte, estar ao lado dando toda assistência que o paciente e seus familiares necessitam. Juntamente a toda equipe, deve exercer seu cargo com muito respeito e responsabilidade. Atender ao paciente: indiferente à sua crença religiosa, orientação sexual, classe social ou sua cultura (Frazon; Fluck, 2022, p. 13).

Antunes, August e Souza (2021) salientam ainda que, ao proporcionar harmonia nos hospitais, os pacientes serão mais bem atendidos, enquanto em muitos lugares faltam especialistas, pessoal treinado, medicamentos, informações e, acima de tudo, um toque e abordagem humana. Nesse momento, os pastores podem fazer a diferença. No caos dos hospitais, os executivos estão constantemente procurando maneiras de atender melhor seus pacientes, mesmo quando a economia está em dificuldades. Eles buscam reter funcionários de alta qualidade e manter relacionamentos positivos dentro do hospital com a comunidade. Os pastores, padres ou capelães podem responder a essas preocupações de maneiras únicas, usando o conhecimento espiritual para contribuir para a cura do corpo, mente, coração e alma.

Esses desafios podem ser ampliados na medida em que o pastor ou a equipe se disponha a ver com olhos espirituais, ouvir com ouvidos atentos e sentir com coração de servo todo o ambiente hospitalar e seus setores, escalões e necessidades. Ainda, a Bíblia fala sobre mostrar compaixão, empatia e ser sal e luz para o mundo, reforçam Antunes, August e Souza (2021).

Antunes, August e Souza (2021) apontam o seguinte depoimento sobre a aplicabilidade e relevância da capelania de maneira efetiva:

A justificativa pessoal para a escolha desse tema é porque uma experiência muito forte na família evidenciou a importância do trabalho de capelania hospitalar. A mãe da autora foi acometida de um câncer no esôfago, abalando toda a família. O caso era grave e assustador visto que estava bem avançado. Neste momento difícil, sem saber o que fazer, a família recorreu a Deus em oração, e pediu a um amigo pastor que fizesse uma visita no hospital, por causa do desespero e angústia da família. Soube-se, na ocasião, que pastor capelão pode entrar no hospital fora do horário de visita. Foi uma novidade para a família. Ele fez a visita e observou a angústia no quarto do hospital, conversou um pouco, depois leu a Bíblia, citou alguns versículos e falou da Palavra de Deus. Em seguida, orou para que Deus fizesse a vontade dele e que ajudasse a família a confiar e ter esperanças. Então, todo aquele fardo de angústia saiu. Aumentou a confiança em Deus. A paciente foi melhorando e milagrosamente o câncer sumiu. Jesus a curou e os médicos relataram que foi um milagre. Então se percebeu o quão importante foi o trabalho de um capelão hospitalar. Mesmo que nem todos sejam curados, mas se tem o direito de receber uma palavra ou uma oração. A partir daí a autora fez alguns cursos de capelania para também ajudar a outros (Antunes; August; Souza, 2021, p. 23).

Há relato sobre a atuação de uma equipe de enfermagem que lidou com uma situação conflituosa entre familiares de um paciente cuja saúde era de mau prog-

nóstico. Gama e Jarra (2019) destacam que a análise preliminar da situação mostrou que havia um conflito entre a família da paciente e seu marido, o que afetou toda a equipe médica. Após a identificação do conflito interpessoal, a equipe de enfermagem encaminhou o familiar para a capelania do hospital. Segundo as autoras, o acesso ao pastor permitiu à família identificar e resolver conflitos emocionais e interpessoais que afetavam suas percepções e dificultavam a tomada de decisões.

4. A IMPORTÂNCIA E PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DE UM CAPELÃO

Algumas instituições acreditam que qualquer prestador de cuidados de saúde pode atender necessidades espirituais dos doentes, principalmente aqueles mais necessitados, que mostram maior sofrimento, com doença que põe a vida em risco. Atender à necessidade espiritual de alguém em sofrimento não é função de um profissional assistencial que, muitas vezes, não demonstra competência nem disponibilidade de tempo, com alta carga de trabalho e número reduzido de funcionários. Diamante e Barros (2021) salientam que esta oferta de cuidado espiritual por um profissional não preparado não evidencia preocupação com uma assistência de qualidade, e isso faz com que os doentes só recebam apoio espiritual nos últimos dias de vida, quando um capelão é providenciado às urgências por familiares.

Além disso, Diamante e Barros (2021) destacam que o cuidado espiritual é dar a si mesmo escolhas e valores, que são muito relevantes para todos. A espiritualidade dá valor à vida, o sentido da existência está ligado à alma. Essa preocupação também está intimamente relacionada à espiritualidade religiosa, na qual as pessoas manifestam sua crença na autoridade soberana.

Dentro desta realidade, quando uma pessoa é internada por algum fator, seja ele por doença, acidentes ou tendo que se submeter a uma bateria de exames para investigar sintomas que apontam para enfermidades, se depara com um ambiente nada convencional, familiar ou rotineiro. Sente-se em um mundo muito longe da sua realidade, fica vulnerável, sem controle de nada e consequentemente encontra-se fragilizado, sozinho, carente (Frazon; Fluck, 2022, p. 05).

É nesse contexto em que se trava a luta entre a vida e a morte que estão os atores do serviço de capelania hospitalar, precisando, mais do que ninguém, saber escutar e acolher as vozes do sofrimento. (Rückert, 2016, p.86)

Quando prestado por profissionais capacitados, o cuidado espiritual traz dignidade, preocupação com o próximo, constrói respeito mútuo e valoriza o que é sagrado para o paciente, evidência apontada por Diamante e Barros (2021).

Ademais, um capelão dentro de um hospital é um profissional que deve estar extremamente atento às necessidades espirituais dos pacientes e funcionários. Muitas vezes, é uma pessoa, entre as diversas que são atendidas por um capelão, que busca trazer conforto para quem sofre de uma doença incurável ou que está passando por momentos estressantes e inesperados. Na maior parte do tempo, o capelão

é quem pode tornar a ocasião mais tranquila, seja por meio de orações, cantos ou palavras de paz. Diamante e Barros (2021) apontam que algumas organizações e administradores da área da saúde podem subestimar o trabalho de um assistente de saúde capelão, por não perceberem que a recuperação envolve saúde física e espiritual, pois sem a luz espiritual o corpo não pode funcionar, e a luz espiritual precisa ser constantemente cultivada mesmo quando não há doença.

Um aspecto importante do ministério de Jesus foi cuidar das pessoas: uma de suas principais características era o cuidado e o amor. Ele sempre foi sensível ao sofrimento humano. Deus valoriza a vida humana e o que ele quer é atitude e movimento ao alcance de sua ação. No entanto, Antunes, August e Souza (2021) reforçam que, fosse algo mental, emocional ou físico, Deus daria o tipo de cura que Ele tinha em mente naquele momento.

Cuidando de si, nessa dimensão obterá equilíbrio, e mesmo sendo cuidadores feridos poderão ser ferramentas de Deus para irem ao encontro do outro. Todo capelão deve ser cuidado por alguém de confiança, outro capelão(ã) que vivencia a mesma rotina, para compartilhar suas dificuldades, desabafar, dividir seus fardos, tornando o trabalho mais leve quando compartilhado. Quando nos cuidamos estamos simplesmente respeitando nossos limites e amando a nós mesmos, o autocuidado é olhar para si e ter responsabilidade sobre nossa própria vida. O ato de cuidar de alguém que está morrendo sem a responsabilidade do autocuidado é, a meu ver, uma expressão clara e absoluta de hipocrisia. Mesmo tendo todo requisito para a atuação, muitas vezes a somatização de tudo pode trazer abatimentos, então antes de cuidar de outro indivíduo que merece ser assistido de forma única e especial, é fundamental cuidar de si mesmo (Frazon; Fluck, 2022, p. 17).

Antunes, August e Souza (2021) destacam uma série de requisitos importantes para que um capelão desempenhe sua função em um hospital com qualidade e sucesso. Nesse sentido, para ser capelão em um hospital é necessário, sobretudo, observar algumas das características que compõem a imagem de um capelão, pastor ou padre, sendo elas destacadas no quadro abaixo:

Tabela 1 - Características necessárias a um capelão segundo Antunes, August e Souza (2021, p. 32-36)

Característica necessária	Desenvolvimento dos autores
Vocação	O capelão compreende o processo de assistência e ajuda como seu real propósito de vida, possuindo as capacidades necessárias para ajudar quem precisa.
Espiritualidade	Como o respaldo da atividade exercida pela capelania é espiritual, é essencial que o capelão entenda toda a dimensão espiritual que compõe a assistência e ajuda aos enfermos.

Boa saúde física	É fundamental que o capelão esteja com a sua saúde física completa e saudável, para que possa prestar assistência de maneira extensa.
Boa saúde psíquica	É essencial que o capelão tenha disposto de todas as suas faculdades psíquicas para auxiliar enfermos, visto principalmente que muitas histórias e cenários são difíceis de encarar, sendo necessário que o capelão esteja apto a isso.
Amor	É necessário, ainda, que o capelão seja uma pessoa amável, que demonstra acessibilidade aos pacientes e aos funcionários do hospital.
Otimismo	O otimismo é fundamental no exercício de um capelão, principalmente diante das histórias que são ouvidas e vistas em um serviço de assistência hospitalar, sendo necessário que se transmita seriedade, paciência e esperança quanto ao quadro do paciente.
Persistência	Estabelecer um processo de ajuda requer do capelão, ainda, persistência para que se aborde a família da forma correta, para que se consiga espaço nos hospitais e seja capaz de passar por todos os obstáculos que são impostos ao serviço de capelania.
Paciência	Para que um processo de capelania seja bem estabelecido, é necessário que haja paciência por parte do capelão diante das dificuldades referentes ao quadro do paciente e até mesmo à recepção da família.
Autocontrole	É necessário que o capelão tenha controle emocional e cuidado ao demonstrar como ficou diante do relato ou quadro de algum paciente.
Cuidado pessoal	É essencial, ainda, que o capelão visite as famílias e os pacientes de maneira apresentável, com cuidado em relação ao hálito, vestimentas, e até requisitos do hospital.
Flexibilidade	É crucial que um capelão esteja aberto a ouvir as famílias, seja flexível com seus pontos de vista, posicionamentos e até mesmo opções sobre o tratamento do paciente.
Preparo e estudo específico	A parte do preparo e estudo de um capelão é crucial para determinar o seu caminho e como vai se estabelecer todo o processo de assistência que esse indivíduo vai prestar aos pacientes e familiares.

Autossuficiência	A questão de autossuficiência diz respeito ao não depender exclusivamente da capelania no que concerne a recursos financeiros, sendo preferível que o serviço de capelania seja voluntário.
Tempo	Para exercer o serviço de capelania é crucial que o capelão tenha tempo para se dispor ao hospital e estabelecer um trabalho completo.
Saber trabalhar em equipe	O exercício da capelania requer que se saiba trabalhar em conjunto com outras pessoas, sendo que, na maioria dos hospitais, é necessário que haja uma equipe para visitar os pacientes. Logo, é crucial que o capelão saiba trabalhar em equipe e seja amigável com todos.
Ser bom ouvinte	Além de todos os aspectos já citados, é essencial que o capelão saiba ouvir os familiares, a equipe do hospital e até mesmo os outros capelães.
Um capelão precisa de outro capelão	Nenhum trabalho é feito sozinho, sendo necessário que um capelão tenha auxílio, suporte e ajuda de outra pessoa que compartilhe da mesma rotina, das mesmas angústias e pensamentos.

Como mencionado acima, um pastor precisa ter um bom relacionamento com Deus, porque seu desempenho depende de sua espiritualidade. Como no hospital ele pode ser o único pronto para ajudar e se comprometer com a espiritualidade dos outros, é fácil de se chamar a atenção para sua relação com Deus, com os outros, e negligenciar sua própria relação com Deus, desenvolve Puhl (2019).

Jesus amava a todos que se aproximavam Dele e mostrava interesse, preocupação e preocupação por todos. Puhl (2019) reforça que a conclusão que se tira disso é que, a partir do momento em que um pastor é influenciado por Jesus, ele pode ser mais digno e compassivo.

Antunes, August e Souza (2021) destacam que, nos resultados de um estudo, a questão da idade foi relacionada à experiência. No entanto, o fator idade não é o único quando se trata do fator experiência. Portanto, a preparação acadêmica de pastores e conselheiros também é crucial, porque os pacientes são muito sensíveis.

Os cuidados da capelania são amplos e serão abordados dentro do contexto hospitalar, e como pano de fundo através da teologia trazer cuidados espirituais, para amenizar o sofrimento trazendo consolo através da Palavra de Deus, onde as pessoas necessitam de atenção e serem levadas a sério, especialmente em Cuidados Paliativos (Frazon; Fluck, 2022, p. 06).

Além disso, a recuperação do paciente não pode ser atribuída apenas ao tratamento medicamentoso, mas, também, ao acompanhamento do consultor para ajudar o próprio paciente a superar a doença. O trabalho de um conselheiro é maior do que qualquer um que você possa imaginar. Está além da imaginação, sendo algo

que somente Deus pode pensar e dar a um conselheiro para fazer. Antunes, August e Souza (2021) destacam que a especialização por si só não é suficiente para fazer um conselheiro eficaz, mas um sacerdote deve ter vocação para este serviço.

[...] dois requisitos dentre outros são pertinentes destacar, para que um capelão possa atender pacientes em cuidados paliativos: ser paciente. A paciência é definida como “uma espera com amor e esperança”, o capelão precisa “ler” o ambiente, ter um olhar panorâmico estudando cada detalhe em como agir, se posicionando, de acordo com o que está acontecendo. Escutar com atenção o paciente sem pressa, desde que estipulada pelos regulamentos, voltar outro dia, respeitar sua dor, seu silêncio. Ainda, ter excelente autocontrole de suas emoções e não se impressionar com o aspecto físico dos enfermos. O capelão é um ser humano, no entanto deve conter suas reações diante das cenas não habituais encontradas em um ambiente hospitalar, em contrapartida, o paciente deve se sentir acolhido, não alguém que represente algo bizarro que cause repulsa (Frazon; Fluck, 2022, p. 15).

Antunes, August e Souza (2021) reforçam que é importante considerar que, além desses requisitos relacionados à parte intelectual do sacerdote, também deve ser recebida uma formação básica em cuidados com a saúde, poluição, orientações sanitárias e conhecimento de procedimentos.

Existem várias dimensões para a ética pastoral do cuidado. Uma delas é a consciência do pastor sobre o problema do sofrimento e da finitude humana. No entanto, afirmam Antunes, August e Souza (2021), o apoio esperançoso na crise deve ser reiterado, pois há tempo para tudo, inclusive para as crises. Cuidado, misericórdia, esperança e conforto fazem parte da graça de Deus para transformar o mal em bem.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidados de saúde abrangentes incluem cuidados espirituais diários para pacientes e suas famílias. Um capelão deve atuar de forma segura e profissional para que possa se envolver com a pessoa hospitalizada com o ouvido atento em profunda reflexão, escuta das questões existenciais, enfrentamento do propósito de vida, escuta do luto, perdão, imortalidade e até mesmo qualidade de vida.

Nesse contexto, compreende-se que o exercício da capelania estende-se não somente ao serviço hospitalar, mas abrange todo um processo de acompanhamento psicológico, suporte de perdas emocionais, assistência ao paciente, suporte e assistências que nenhum método farmacológico pode oferecer, demonstrando relevância crucial, ainda mais notável quando considerados os dias atuais. Por fim, considera-se que todos os objetivos estabelecidos para a presente dissertação foram alcançados, tendo-se como base a metodologia estabelecida.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Marcia Fabri; AUGUST, Mariluce Emerim de Melo; SOUZA, Clayton Lima de. Fundamentos e aplicação da Capelania Hospitalar. *Revista Cógnoito*, Curitiba, v. 3, n. 1, pág. 22 – 39, ago. 2021. Disponível em: <<https://revista.fidelis.edu.br/index.php/cognito/article/view/33>>. Acesso em: 08 maio 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 08 maio 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000**. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 17 jul. 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19982.htm>. Acesso em: 08 maio 2023.

DIAMANTE, Loraine Martins; BARROS, Luzcena de. A atuação do serviço de capelania com pacientes em cuidados paliativos de um hospital público do município de São Paulo. *Revista Caleidoscópio*, v. 13, n. 1, p. 15-19, set. 2021. Disponível em: <<https://ojs.eniac.com.br/index.php/Anais/article/view/813>>. Acesso em: 17 maio 2023.

FRAZON, Cleonice de Lima Coelho. FLUCK, Dr. Marlon Ronald. Capelania: o preparo do capelão e sua atuação em cuidados paliativos. *Revista Teologia, Sociedade & Espiritualidade*, Curitiba, v. 01, n. 12, abr. 2022. Disponível em: <https://faculdadebetania.com.br/resources/artigos/revista/abril2022/Capelania_Cuidados_paliativos.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2023.

GAMA, Eliane Florencio; JARRA, Thamiros Fiorentino. O capelão como mediador: revisão integrativa. *HORIZONTE – Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, v. 17, n. 53, p. 1294-1314, maio-ago. 2019. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/20323>>. Acesso em: 09 maio 2023.

MIGUEL, Roberto Pereira. Espiritualidade e saúde: possíveis repercussões para a Teologia e as Ciências da Religião. *HORIZONTE – Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, v. 19, n. 60, p. 946-950, set.-dez. 2021. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/29273>>. Acesso em: 17 maio 2023.

PUHL, Taynara Mabel. **Um olhar especial à Capelania Hospitalar pediátrica**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Teologia) – Faculdade Batista Pioneira, Ijuí/RS, 2019.

| Capítulo 6

A COMUNICAÇÃO NO ATENDIMENTO DA CAPELANIA HOSPITALAR

Edson da Silva Pires²⁸
Antônio Boeing²⁹

Resumo: Tendo em vista que a comunicação é um dado presente nas relações humanas e a mesma está, por consequência, na Capelania Hospitalar, atividade esta de grande relevância para o atendimento religioso e espiritual do doente e sua família, pesquisa-se neste trabalho sobre o processo da comunicação no atendimento da Capelania Hospitalar, a fim de avaliar os efeitos da comunicação nessa ação. Para tanto, é necessário contextualizar a comunicação na história humana, fundamentar a relação entre comunicação e Capelania Hospitalar e verificar a aplicabilidade da comunicação, especialmente a comunicação não violenta, na Capelania Hospitalar. Realiza-se, então, uma pesquisa de metodologia científica. Diante disso, verifica-se que a comunicação é um aspecto presente na história relacional do ser humano, onde, partindo do modelo de comunicação não violenta e sua relação com a Capelania Hospitalar, chegamos aos fundamentos desses dois, percebendo que ambos têm se relacionado, uma vez que a comunicação não violenta auxilia a lidar com o doente no serviço da capelania, o que impõe a constatação de que esta comunicação é um horizonte para um atendimento empático no serviço da Capelania Hospitalar.

Palavras-chave: Comunicação; Capelania Hospitalar; Comunicação não Violenta; Compaixão; Empatia.

Abstract: Bearing in mind that communication is present in human relationships and is, consequently, in Hospital Chaplaincy, an activity of great relevance for the religious and spiritual care of the patient and his family, research is carried out in this work on the process of communication in the Hospital Chaplaincy service, in order to evaluate the effects of communication in this action. Therefore, it is necessary to contextualize communication in human history, to base the relationship between communication and Hospital Chaplaincy and to verify the applicability of communication, especially non-violent communication, in Hospital Chaplaincy. A scientific methodology research is then carried out. Given this, it appears that communication is an aspect present in the relational history of human beings, where starting from the non-violent communication model and its relationship with Hospital Chaplaincy, we arrive at the foundations of these two, realizing both are

²⁸ Pós-graduando em Capelania Hospitalar: concepções e práticas da Pastoral dos Enfermos. E-mail: edsonba2010@gmail.com.

²⁹ Professor-Orientador. Formação acadêmica: licenciado em Filosofia, bacharel em Teologia, mestre em Teologia Dogmática, doutor em Ciências da Religião, professor do Centro Universitário São Camilo, assessor nas áreas de Educação, Assistência e Religião, em várias instituições educacionais e religiosas. E-mail: aboeing20@gmail.com.

related, since non-violent communication helps to deal with the patient in the chaplaincy service, which imposes the realization that this communication is a horizon for an empathetic service in the Hospital Chaplaincy service.

Keywords: Communication; Hospital Chaplaincy; Non-violent Communication; Compassion; Empathy.

1. INTRODUÇÃO

A comunicação, enquanto fenômeno, acompanha os seres humanos desde os primórdios. Contudo, não é difícil encontrar comunicações frustradas que perdem seu caráter de proporcionar um elo entre os falantes. Com o fracasso da comunicação pode surgir como fruto incompreensão, confusão e conflitos. Todavia, quando ela é feita de maneira precisa, contribui para o aumento da empatia, reduzindo os possíveis conflitos.

Na Capelania Hospitalar, a comunicação é um ponto presente, pois, nesse serviço, entre as principais características encontradas está a assistência religiosa e espiritual, cujo atendimento atinge pessoas enfermas e seus familiares. Para tanto, a comunicação é um dado fundamental nessa assistência, pois ela tem grande influência sobre o sujeito assistido, implicando, até mesmo, nos efeitos que a experiência religiosa e da espiritualidade podem trazer para o lidar com a doença.

Nessa perspectiva, levando em consideração o aspecto fundamental da comunicação nas relações humanas, percebe-se uma necessidade de avaliá-la no atendimento da Capelania Hospitalar. Assim cabe refletir sobre os efeitos oriundos da comunicação nesse ambiente, sobre os indivíduos assistidos, e como a comunicação interfere nesse serviço.

Trazendo a problemática da comunicação na Capelania Hospitalar, o questionamento lançado é: qual a influência e o papel da comunicação no atendimento da Capelania Hospitalar?

Assim, o objetivo geral da presente pesquisa é avaliar os efeitos da comunicação na Capelania Hospitalar. Para isso, delineamos os objetivos específicos para esse processo, sendo: contextualizar a comunicação como o processo que faz parte do itinerário humano; fundamentar teoricamente a relação entre a comunicação e a Capelania Hospitalar; e a aplicabilidade da comunicação não violenta no exercício da Capelania Hospitalar.

Parte-se da hipótese de que a comunicação é uma condição primordial no atendimento da Capelania Hospitalar. Isso acontece porque a comunicação é uma condição que acompanha as relações humanas, estando presente também na relação entre o capelão, assistentes religiosos e os assistidos. Todavia, para isso, observa-se a necessidade de uma linguagem que favoreça o diálogo.

Para viabilização do presente trabalho, realizou-se uma pesquisa com objetivo descritivo e exploratório, com o uso do método hipotético-dedutivo, com aproximação qualitativa, com pesquisas bibliográficas a livros e artigos disponíveis na internet.

Na segunda seção do presente artigo, contextualizamos o processo da comunicação na história humana, além de elencar o caráter relacional do ser humano e o paradoxo do ser só e junto no mundo. Na terceira seção, por sua vez, fundamentamos a relação entre comunicação e capelania. Nesta, coloca-se os pontos de partida para os critérios de fundamentação à apresentação da comunicação não violenta e da comunicação alienante da vida e Capelania Hospitalar. Na quarta seção, a relação da comunicação não violenta e com a Capelania Hospitalar, além da sua colaboração no atendimento dessa capelania. Por fim, respondendo ao levantamento, procura-se concluir os aspectos que demonstram que a comunicação sem uso de violência compõe o ambiente ideal para um atendimento empático no serviço da Capelania Hospitalar.

2. COMUNICAÇÃO COMO PROCESSO HUMANO

A comunicação é uma das bases das relações humanas. Ela é o lugar em que o ser humano fala do próprio humano para outro humano. Seja por palavras, um gesto, um olhar ou o silêncio, as pessoas estão sempre dizendo de si para outros. Falam dos seus sentimentos, intenções e aspirações. Apresentam o mundo externo através do seu modo de vê-lo. Mostram, também, o infinito presente em um ser finito. “É na linguagem que o ser humano discursa e emudece, canta e chora, reza e blasfema, sorri e sangra, cresce e define. A linguagem acaricia e agride, seduz e amedronta, ama e maltrata, lança sementes e sufoca projetos” (Arduini, 2002, p. 92).

O fenômeno chamado comunicação não é reservado, apenas, aos seres humanos. A comunicação enquanto linguagem e habilidade linguística básica é um acontecimento presente entre os seres (Harari, 2020, p. 33). Entre os animais, as comunicações não acontecem apenas por emissão sonora, mas também por sinais e gestos. “Até mesmo insetos, como abelhas e formigas, podem se comunicar de maneiras sofisticadas, informando a localização de um alimento. Nem foi o primeiro sistema vocal de comunicação. Muitos animais, incluindo todas as espécies de primatas, utilizam sinais vocais” (Harari, 2020, p. 33). Todavia, uma pergunta inquietante para muitos se refere ao processo de comunicação humana. Como se dá a comunicação entre os seres humanos? O que move ou permite tais comunicações?

Seres humanos carregam uma característica dialogal. Sua qualidade de sociabilidade se move rumo à busca de manifestar a outros o que sente, além das suas experiências do mundo presente ao seu entorno. Ao realizar uma visita, ainda que não se pronuncie uma única palavra, há um diálogo, uma comunicação que revela sobre a pessoa. Tal ponto já se destaca como diferença entre a comunicação humana em relação à dos demais animais. Todavia, Harari (2020) elenca dois modos de como se dá a comunicação humana em se diferenciando dos outros seres vivos. Uma das primeiras características da comunicação humana, enquanto linguagem, é sua flexibilidade (Harari, 2020, p. 33). Sua intenção primitiva era comunicar o perigo eminente. Por intermédio de sons e sinais distintos, uma vasta gama de frases e sentidos diferentes são produzidos. Atributos presentes desde muito tempo nos seres humanos, são, constantemente, recorrentes nas conexões entre pessoas. Essa vasta quantidade de signos produzidos, sejam eles reais ou abstratos, leva ao conhecimento de algo novo, carregado, quiçá, de sentido totalmente oposto ao inicial. O tempo, a geografia e a dimensão social são fatos que influenciam na carga do significado da comunicação. A capacidade de comunicar não é restringida apenas ao momento presente, mas por ela falamos do passado e alertamos sobre projeções futuras.

Compartilhar as informações sobre o mundo para outros é uma segunda teoria pontuada pelo historiador Harari (2020, p. 34), sobre como a linguagem e a comunicação humanas se tornaram tão especiais. O caráter social do ser humano e, assim, a colaboração mútua foram fatores decisivos para a manutenção da existência. A exigência de saber quem era ou não confiável, onde era ou não conveniente ir, contribuíram para a construção da comunicação. Tais necessidades de comunicação permitiram um desenvolvimento mais complexo da comunicabilidade humana. Com isso, transmitir sobre um ser humano a outro ser humano foi um elemento crucial para tornar a comunicação humana tão distinta.

A linguagem exerce um terreiro fértil no campo da comunicação. “É narrativa ontológica do homem” (Arduini, 2002, p. 92). Ou seja, ela diz sobre a verdade do ser, aquilo que dá sentido para ele ou o que é o ser. Quando duas ou mais pessoas se encontram, a relação dialogal pode surgir de maneira natural, afinal, o ser humano é um ser comunicante, pois ele é social. Seja um encontro entre família, uma visita entre amigos ou o ir até um hospital para estar com uma pessoa doente. Na conversa, cada um diz um pouco de si para o outro, revelando a imensidão presente no ser. “É na linguagem que a pessoa mostra e se esconde, se codifica e se descodifica” (Arduini, 2002, p. 92).

Linguagem é fenômeno de expressividade. Diz, revela, explica, afirma e nega, confirma e desmente. Linguagem contém arte, sutileza, surpresa, estalo, originalidade. Dribla incautos e desarvora meticulosos. Fala por meio de diferentes formas. O mesmo termo pode apresentar conotações opostas. A linguagem tem muito mais a dizer, além do que já foi dito. A linguagem é inescável (Arduini, 2002, p. 95).

Quando se entende o que o outro deseja comunicar, entende-se também parte do seu ser, da sua história. Isso não implica, necessariamente, que ali se disse tudo sobre a pessoa. Todavia, vão se desvendando sinais do todo, permitindo a criação de laços, pois para que haja o vínculo é preciso que os dois lados estejam dispostos a dar o primeiro passo. Usando a analogia da trança, para que esta seja feita, é preciso que no mínimo dois lados que se entrelacem. Numa trança comum, sua realização se dará por três mechas. É preciso que elas estejam dispostas de modo a se entrelaçarem cruzando-se entre si. Quando uma das mechas é disposta de maneira errada, interrompe a beleza que pode advir da trança. Em situação semelhante, fazendo analogia com a relação, quando esta ocorre entre pessoas, pode ser comparada às tranças. Relações humanas estão circundadas pela comunicação. Cada pessoa é como uma das mechas que se entrelaça entre a segunda e a terceira mecha. Ou seja, nesse exemplo, temos uma trança, onde duas mechas representam os indivíduos, já a terceira mecha é o conteúdo comunicado. No momento que uma sai da concordância esperada, como na trança feita no cabelo, sua beleza e eficácia se esvaem.

No caso das relações humanas, pode acontecer de a mensagem ou de as pessoas não estarem ligadas da maneira esperada. Quando isso sucede e um dos lados transmite um dado, sua mensagem não é captada pelo outro envolvido da maneira que se espera. Cria-se uma ruptura na mensagem. A comunicação perde a sua força e um dos lados não consegue se juntar de fato ao transmitido, nem à outra pessoa. Já não há uma união entre as histórias transmitidas pelo outro e sobre o que outro diz de si. Ocasionalmente, oriundo dessa transmissão falha, podem surgir conflitos, resultantes da quebra do elo comunicacional.

Para que haja a comunicação, necessariamente tem que haver uma relação. Faz parte da coexistência entre os seres humanos. No sentido mais atual da comunicação, para que ela aconteça é necessário

um emissor (quem emite a mensagem), um receptor (o destinatário), um código (o procedimento de construção da mensagem; por exemplo, uma língua), um canal (o meio de transmissão; por exemplo, a voz,

a escrita), um contexto (o conjunto de conhecimentos que emissor e receptor têm em comum) e um contato (entre emissor e receptor) (Abbagnano, 2012, p. 189).

A comunicação está perpassada pela relação entre aqueles que se comunicam, neste caso, o ser humano. Da mesma forma como o humano é dependente de fatores diversos como tempo, espaço geográfico e socioculturais, a comunicação também se sujeita a tais conjunturas (Abbagnano, 2012, p. 189). Ela toma a roupagem do seu transmissor, sujeita às mesmas situações que o envolvem, pois ela encontra o seu lugar no ser que a manifesta.

2.1 HUMANO, UM SER QUE SE RELACIONA E COMUNICA

O existir humano é permeado pela relação, ele é um ser relacional. A existência não comporta um viver só, ausente das relações com os demais. Do início até o fim da vida não há como se excluir do convívio das outras pessoas. Em alguns momentos, a realidade humana se faz mais dependente, já, em outros, não totalmente. Quando nasce, uma criança carece de cuidados específicos e constantes dos pais. Quando jovens ou adultos, a carga de tal dependência é menor. No entanto, quando enfermos, seja em qualquer idade, o nível de dependência aumenta. Independentemente das fases, ser humano, necessariamente, implica ser relação.

Uma pergunta que pode surgir quando se trata da comunicação, como foi discutido anteriormente, e agora sobre o humano (aquele ser que é relação), é: onde essas duas realidades se encontram? A explicação que se pode dar é que a comunicação para existir necessita da relação. Quando há relação, existe como consequência uma comunicação, pois esta é uma característica dos relacionamentos humanos. Nessa perspectiva, a comunicação é sinônimo de coexistência, sendo uma vida com outros (Abbagnano, 2012, p. 188). O ser comunicacional implica ser relacional, visto que, para que haja a comunicação, é preciso se relacionar com o outro. Desse modo, as duas realidades estão ligadas entre si, dizendo sobre o ser humano, que é um existente em face desses dois aspectos, relação e comunicação.

O existir não ocorre de maneira solitária, contudo, dá-se com outros. É uma vida ligada a outras vidas. Além disso, o estado relacional do ser é uma condição inicial do mesmo (Mortari, 2018, p. 37). Voltando no que tange à comunicação e à relação, a comunicação tem a capacidade de formar comunidade, pois permite participar do modo de ser dos demais (Abbagnano, 2012, p. 188). É o encontro das possibilidades do ser, do modo de existir juntos. Nos ciclos de amizade, é recorrente que pessoas com interesses comuns tenham maior tendência em formar um grupo. Não que pessoas com interesses opostos sejam impossibilitadas de se reunirem, porém as chances de pessoas que partilham do mesmo significado para um determinado dado se reunirem são maiores em relação às que não têm isso em comum. As singularidades dos seres se encontram, reunindo-se em torno do significado que os une, formando uma comunhão que os fazem se ligar, como seres que se relacionam e se comunicam entre si.

Um dos traços relevantes sobre o ser humano é estar em constante busca de relação. Mesmo permeado por vínculos deficitários, ainda assim há uma procura

por laços. Relacionar-se permite a construção do ser. Uma vez que o formar do mesmo é algo constante, seu construir encontra o ponto de partida nas relações. Ao nascer, a criança não é um ser acabado, ou seja, com todas as suas potencialidades desenvolvidas, mas a se desenvolver, como o é em todo ciclo vital. Trata-se de um constante desenvolver do ser humano. É necessário a relação com a mãe, com o pai e sentir-se pertencente a um laço familiar. Pela relação aparecem as primeiras manifestações da fala e o desenvolvimento da aprendizagem, à medida que sua capacidade cognitiva avança. A criança vai tomando a forma da sua célula familiar, posteriormente, das relações adquiridas ao longo da vida. Todavia, o que fica marcado é a necessidade ontológica do outro, está é uma condição do “ser-aí”³⁰ (Mortari, 2018, p. 38).

Sendo assim, ao falar da relação e explicar sobre o apego da criança à figura materna, além da autonomia do ser, Luigina (2018) chama a atenção, pois:

[...] ainda que precária –, todavia, trata-se de um dado evidente na nossa experiência que a procura por relações significativas, mesmo se diferenciadas e de diversas intensidades, acompanha o vir-a-ser de cada um. Isso acontece porque a relação com outros é estrutura ontológica do ser-aí, no sentido de que o “aí” que marca o modo de ser de um ente é sempre o “ser-aí com outros” (Mortari, 2018, p. 38).

A maioria pode pensar que, mesmo na ausência da companhia dos demais, o ser não se relaciona, no entanto, até em sua solidão, o ser carrega consigo propriedades que advêm da sua relação com os demais. Trazemos conosco as inúmeras características de outros, adquiridas nas nossas ligações. O estar no mundo é um exercício da coexistência entre o “eu” e o outro. Em determinadas circunstâncias, o outro não é percebido como alguém longe ou fora do “eu”, mas como alguém com o qual a existência é compartilhada. O coexistir é percebido de tal maneira que, ao se deparar com a ausência de um outro significativo, logo sente-se como se algo fosse tirado de si.

Viver “com” é parte do ser, uma vez que ele não vive só, mas junto de/com. As pessoas constantemente partilham sua existência. Os pais partilham a existência com seus filhos que, por sua vez, partilham sua existência com os pais. O casal enamorado compartilha a existência entre si, vivendo os inúmeros sentimentos que os embalam em sua realidade de compartilharem uma história juntos. Um familiar querido vive “com” e partilha a sua vida junto a um ente querido que padece por uma enfermidade. A presença humana na Terra é uma presença “com”, com outros semelhantes e diferentes. Como já mencionado, podemos considerar o ser humano como um ser que é relação. Relacionar-se implica comunicar-se. É a comunicação entre as existências o lugar que cada um comunica o seu ser ao outro. Por ser uma característica do ser, pode se considerar que a humanidade está presa à relação como parte constituinte do “ser humano”. Uma vez que está presente no mundo, não pode escapar das relações.

³⁰ Ser-aí, segundo a concepção Heideggeriana, se trata de uma existência real. Quando dito da existência das coisas reais, o termo se refere a coisas finitas e a Deus. O ser-aí é o que caracteriza a existência do ser humano, isto é, o estado do humano presente no mundo.

2.2 O PARADOXO DO VIVER SOLITÁRIO E O VIVER JUNTOS

Há um outro ponto que faz parte da discussão do ser que é relação e se comunicar. Esse dado parece ser contraditório frente ao que foi visto. Estamos falando do modo como o ser humano é solitário, porém, ao mesmo tempo, é relação. Para chegar à noção do “ser com”, precisa-se da consciência do “ser-aí”, pois os dois estão lado a lado. Ou seja, quando se diz do ser humano presente no mundo enquanto individualidade, paralelamente percebe-se que ele está no mundo com outros. Podem ser outros semelhantes ou diferentes, todavia, a sua existência é partilhada. No entanto, um ponto deve interessar à reflexão: “O nosso ser com os outros está estreitamente ligado àquela solidão existencial devida à qual não podemos jamais compartilhar com o outro o nosso sentir” (Mortari, 2018, p. 41).

Mortari (2018), todavia, chama a atenção para um limite do pensamento político ocidental do ser humano. Ela atenta sobre o fato de que o ser humano, segundo essa concepção, é caracterizado como um ser independente dos demais (*ibidem*, p. 41). Ao falar dessa característica de ser no mundo, ela quer sinalizar pelo pressuposto da autossuficiência, trazendo o caráter do ser como independente dos outros. Em outras palavras, ele mesmo se basta, ele depende apenas das suas iniciativas, bastando a si mesmo. Os perigos advindos dessa visão do ser está o colocar em risco sua característica como ser relacional. Uma vez que depende unicamente de si, não há porquê ter relação.

Para Rosário (2019, p. 2), diversos autores trazem à tona uma característica do indivíduo na sociedade ocidental. Nesta, fica presente a independência dos demais. Assim, a independência desse sujeito está caracterizada pela não necessidade do outro. Desse ponto de vista, a independência do outro se aproxima do individualismo mais voltado para um narcisismo. Entre as características do narcisismo está “à limitação do sujeito moderno, que se resume na contemplação de si mesmo e seus interesses em detrimento do reconhecimento do outro em sua diferença” (Rosario, 2019, p. 9).

Quando se leva em conta a capacidade relacional do ser humano e que este é um ser relacional, tomar o âmbito de um individualismo põe em risco a constituição ontológica do ser. O horizonte de superação da imagem individualista e da singularidade, como alguém que vive sem o outro, pode encontrar o seu sentido levando em conta a singularidade do ser. Ninguém é igual ao outro, porém, essa singularidade se encontra em uma pluralidade. O ser humano não está simplesmente rodeado de outros seres que escolhem ou não se relacionar segundo sua vontade. Ele é relacional. Ou seja, ele se relaciona com tudo ao seu redor, ainda que seja uma *relação negativa*. Nesse sentido, a relação negativa aqui se refere àquelas que o ser opta em se abster. Todavia, o fato de se aproximar delas, mesmo para negá-las, já implica uma relação. Ou seja, teve de haver uma relação inicial para decidir manter ou não tal relacionamento.

O ser humano tem sobre si um peso ético de dar sentido a sua própria existência (Mortari, 2018, p. 43). Nesse aspecto, a solidão se revela como uma condição do estar no mundo do humano. O dar sentido ao existir é um dado intransferível do ser. Nenhum outro poderá assumir a responsabilidade de dar sentido à existência, a não ser ele mesmo. Logo, o ser é singular, pois a sua existência é inalienável. No entanto, o paradoxo do existir intransferível se encontra no fato de comparti-

lharmos tais circunstâncias com os demais. Desse modo, o outro se faz necessário para a partilha de uma decisão vital que traz sentimentos e a necessidade de serem externados. Ao pôr para fora, é preciso um outro para a partilha, ressaltando essa dimensão do “ser-com”. Assim, “a unicidade do nosso ser é possível exatamente a partir do vir-a-ser junto dos outros” (Mortari, 2018, p. 47). Viver é “com-viver”. Com isso, não pode se eximir da partilha com o outro que não é o “eu”.

3. COMUNICAÇÃO E A CAPELANIA HOSPITALAR

O presente tema da comunicação busca encontrar meios favoráveis à convivência humana, particularmente na Capelania Hospitalar, analisando de modo especial a comunicação não violenta (CNV) nesse contexto. Para tratar do assunto, temos como principal referência o livro “Comunicação não violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais”, do psicólogo Marshall Rosenberg. Logo antes do primeiro capítulo, o autor inicia com a poesia *Palavras são janelas ou muros*, de Ruth Bebermeyer. Nesta, é exposta a capacidade das palavras de aproximar ou afastar as pessoas. O modo de se relacionar e se comunicar pode ser fonte de discussões e desavenças, mas também elos de paz e compreensão mútua.

Mal-entendidos nas relações podem ser fruto de comunicações sem clareza, onde compreender o outro se torna matéria difícil. Entre o emissor, o receptor e a mensagem transmitida ocorrem sinais incompreendidos, seja pela não compreensão do emissor ou não entendimento do receptor. Para que haja uma captação considerável do conteúdo, é necessária uma entrega de coração no diálogo, algo que permita uma ligação entre o “eu” e o outro, a ponto de gerar conexão entre ambos (Rosenberg, 2021, p. 18-19).

Para continuar avançando no tema da CNV, discutiremos sobre alguns pontos dessa comunicação e como ela auxilia no bom relacionamento. Entre os aspectos primeiros está a alusão dessa comunicação como linguagem da compaixão, além dos pontos que a envolvem, entre eles a observação, os sentimentos, as necessidades presentes e a resposta que é dada. Uma vez que se apresenta a CNV, o próximo passo será mostrar a comunicação responsável por colocar em risco a compaixão e a boa relação entre as pessoas. Esse modo de comunicar se trata da comunicação alienante da vida. Posteriormente, vamos falar sobre como a capelania se relaciona com essas duas realidades comunicativas.

3.1 A COMUNICAÇÃO NÃO VIOLENTA (CNV) COMO BOA COMUNICAÇÃO

Algumas pessoas, antes de se comunicarem, buscam a preparação das mais diversas formas, seja para manifestar de modo compreensível a mensagem transmitida ou para evitar mal-entendidos e confrontos. Nas diversas relações, é imprescindível a abertura para uma comunicação desprovida de qualquer tipo de violência que agrida o seu interlocutor. Juízos morais, comparações, críticas, falta de responsabilidade sobre seus sentimentos e decisões são fatores que contribuem para a ausência de uma comunicação não violenta. Cada vez mais vamos nos dando conta

da necessidade de uma CNV nas relações. Quando há violências no processo comunicativo, por consequência podem surgir hostilidades entre as partes. A defesa, como também o ataque, pode ser inevitável, mostrando-se como fontes de dissuasão do conflito iminente. As relações dão vez a verdadeiros campos de batalha. No entanto, o que se espera é o contrário. Em lugar de palavras letais, aniquiladoras de vínculos, o convite é dar lugar à delicadeza das flores, símbolo da beleza e afetos positivos substituindo as armas³¹.

Já no campo da Capelania Hospitalar, prezar pelo bem-estar do assistido nas atividades de assistência espiritual e religiosa, respeitando o outro na sua integridade, evitando a violência e promovendo uma escuta ativa, são fios condutores para um serviço fecundo. A comunicação não violenta tem como proposta uma escuta empática do outro, não uma conversa dissimulada. Essa comunicação, identificada como linguagem da compaixão que, segundo Rosenberg (2021, p. 19), é o estado compassivo natural do ser humano, mostra-se contrária à violência que, por sua vez, afasta do que é próprio do coração.

Uma das características da CNV é manter as condições humanas, ainda que se façam presentes situações adversas.

A CNV nos orienta para reformular a maneira de nos expressarmos e ouvirmos os outros. As palavras, em vez de reações repetitivas e automáticas, tornam-se respostas conscientes, firmemente fundadas na consciência do que percebemos, sentimos e desejamos. Somos levados a expressar-nos com sinceridade e clareza, ao mesmo tempo que damos aos outros uma atenção respeitosa e empática (Rosenberg, 2021, p. 19).

Os conflitos nos relacionamentos podem ser inevitáveis. Eles podem surgir como fatores naturais das relações. No entanto, o papel da CNV é de não propagação da violência e, sim, de uma busca por soluções assertivas de tais dificuldades. Para que esse modo de comunicar se torne habitual é preciso uma contínua aplicação do mesmo. Exercitar a prática dessa comunicação é o que favorecerá a assimilação desse modelo de comunicar. Conflitos podem ter suas origens em diversos motivos, no entanto, comunicações assertivas propiciam boas saídas.

Ressalta-se que a CNV não é uma tecnologia que prega a mansidão, comportamentos modestos ou excessivamente flexíveis com o intuito de evitar a discórdia. Trata-se de um processo que envolve o uso de quatro elementos-chave ou componentes que permitem a expressão honesta, empática e assertiva (Adriani, 2023, p. 4).

Alguns acreditam que para evitar conflitos se deve ser submisso ou se colocar de maneira passiva perante as ações de outros, ainda que não haja concordância. Essa ação leva a rejeitar as próprias necessidades, fazendo os demais a não as levarem em consideração, em virtude de o próprio portador as rejeitar. O que se faz necessário é abrir as portas da grande imensidão que é o outro. Uma vez que se dei-

³¹ Referência à música “Pra não dizer que não falei das flores”, do compositor e músico brasileiro Geraldo Vandré, escrita em 1968.

xa entrar nessa imensidão, ou se permite ao outro entrar na imensidão do “eu”, os sentimentos e necessidades são esclarecidos, o julgamento cede espaço ao conhecer e o se adequar ao querer do outro dá lugar à compreensão.

Retomando sobre os componentes da CNV, traremos uma breve apresentação sobre estes, que são quatro: observação, sentimentos, necessidade e pedidos.

No que se refere à observação na CNV, ela tende a notar o que está acontecendo de fato em uma determinada situação. Nesse ponto, saber buscar e entender o que o outro realmente tenta transmitir ou necessita é o essencial. Tentar perceber o que faz ou fala é fundamental. Nessa etapa, se deve estar livre de avaliações e julgamentos. Dizer com sinceridade as observações em relação ao que fora dito ou feito pelo outro é primordial. Em segundo lugar, sobre o sentimento, uma vez identificado o fato, tenta-se entender o sentimento despertado. Assim, apontar com clarezas os sentimentos se faz essencial. Seja alegria, raiva, medo ou o que predomina no instante, tem que haver a consciência do que é. O terceiro ponto elencado por Rosenberg (2021) são as necessidades: elas se conectam aos sentimentos identificados. Por trás do sentimento existe uma necessidade que merece atenção, e é preciso identificá-la para chegar a uma resposta. O último é o pedido específico, fruto do que esperamos do outro. Sua manifestação acontece através da identificação dos dados anteriores. Ou seja, o que observamos, sentimos, face à necessidade presente.

Vejamos o exemplo a seguir a fim de entender esses quatro elementos:

Uma mãe poderia expressar essas três coisas ao filho adolescente, dizendo, por exemplo: “Roberto, fico irritada de ver duas bolas de meias sujas debaixo da mesinha e mais três perto da TV, porque preciso de mais ordem no espaço que usamos em comum”.

Ela imediatamente prosseguiria com o quarto componente — um pedido bem específico: “Você poderia colocar suas meias no seu quarto ou na lavadora?” Esse componente enfoca o que queremos da outra pessoa para enriquecer nossa vida ou torná-la mais maravilhosa (Rosenberg, 2021, p. 22).

Tomando como base o exemplo da mãe e do filho acima, compreendemos mais de perto os quatro componentes da comunicação não violenta. Quando a mãe fala, “Roberto, fico irritada”, ela expressa de maneira clara os sentimentos presentes. Já a observação ocorre “de ver duas bolas de meias sujas debaixo da mesinha e mais três perto da TV”. De imediato, a mãe expõe a necessidade presente: “porque preciso de mais ordem no espaço que usamos em comum”. Finalmente vem o pedido que visa harmonizar a situação: “Você poderia colocar suas meias no seu quarto ou na lavadora?”. Entretanto, um fator que deve ser considerado relevante nesses quatro componentes é o fato de que podem acontecer mesmo que nenhuma palavra seja dita (Rosenberg, 2021, p. 24).

Com os relatos apresentados, a principal pergunta que pode ser feita é: como a observação, sentimentos, expressão dos sentimentos e o pedido proporcionam uma comunicação não violenta? Inicialmente, a CNV não é uma fórmula a ser aplicada. Antes, adequa-se ao contexto em que ela ocorre (Rosenberg, 2021, p. 24). Assim, permite sair do local de acomodação e buscar conexão com o mistério que é o outro para, a partir daí, entendê-lo cada vez mais. Nem todos precisarão saber a CNV,

porém, ao capelão ou à pessoa que presta assistência religiosa, o uso das técnicas desse modo de comunicação permite uma compreensão maior do outro e das suas necessidades, trazendo, conseqüentemente, a prática da compaixão. A CNV ajuda a perceber e entender as demandas urgentes que o outro tem, proporcionando atuar no necessário, o que fora pedido (Rosenberg, 2021, p. 26). Ela permite dizer até onde se pode chegar sem que haja uma invasão além do espaço permitido.

3.2 COMUNICAÇÃO VIOLENTA: COMUNICAÇÃO ALIENANTE DA VIDA

Como vimos na seção anterior, a CNV possibilita aproximar-se do estado natural da compaixão. Contrariamente, a comunicação violenta atua como fator que afasta desse estado natural. No presente tópico, o conteúdo tratado é a comunicação violenta, classificada por Rosenberg (2021, p. 33) como “comunicação alienante da vida”. Entre agentes que promovem uma comunicação alienante trabalhados pelo autor estão: os juízos morais, comparação e a negação da responsabilidade, que afastam da linguagem da compaixão.

No juízo moral, os comportamentos são categorizados como bons ou ruins, certos ou errados, segundo a ótica do indivíduo, sem que o mesmo faça o processo de observação – ele avalia tomando como medida o seu ponto de referência. O que pode ou não ser feito, o parâmetro de julgamento é o agente que erve, seguindo o viés do seu ponto de vista moral, religioso ou cultural. Como o exemplo dos padrões está sempre no “eu”, o comportamento do outro será o errado ou certo, na maioria das vezes de acordo ao “meu campo de medida”. No que se refere, “todas essas análises de outros seres humanos são expressões lamentáveis de nossos valores e necessidades” (Rosenberg, 2021, p. 34-35). Não são as necessidades do outro que devem ser levadas em conta, mas as minhas. Se espera do outro, não o que ele é, mas o que quero que ele seja. Projetamos os valores e necessidades do “eu” no outro e esperamos que o mesmo corresponda. Não é a necessidade, religião ou valor do outro, mas a “minha” que deve servir de critério para manifestar o que é bom ou ruim. O meu valor, a minha religião, o meu bem e o meu mal são referências a serem adotadas por todos.

Quando o outro cede pelos fatores ditos, enquadrando-se no querer daquele que julga, o que se encontra não é o mistério revelado por cada pessoa, mas a falsa imagem do outro que desejávamos ver. A comunicação fracassa quando há uma inautêntica conquista da outra pessoa por intermédio do julgamento. Assim, meu ideal de valor sobre o outro deve gerar culpa, medo ou vergonha a ponto de fazê-lo mudar de opinião sobre as convicções que traz, cedendo aos “meus” parâmetros.

Todos pagamos caro quando os outros reagem a nossos valores e necessidades não pelo desejo de se entregar de coração, mas por medo, culpa ou vergonha. Cedo ou tarde, sofreremos as conseqüências da diminuição da boa vontade daqueles que se submetem a nossos valores pela coerção que vem de fora ou de dentro (Rosenberg, 2021, p. 35).

Os conflitos e violências, em sua maioria, resultam do acreditar que aquele distinto de mim é inadequado. Toda e qualquer fragilidade está no diferente de mim,

mas nunca no “eu”. É inconcebível pensar na fragilidade do “eu”, uma vez que este se vê portador de toda e qualquer verdade. Destarte, o oposto do “eu” deve se converter ao ponto de vista dele. Assim sendo, diante da incapacidade de reconhecimento de outra alteridade e da vulnerabilidade do “eu”, cria-se um mundo ideal, favorável a julgamentos, cuja referência será sempre o julgador. O outro, por sua vez, não deve ser quem é, mas quem o “eu” espera que seja.

De acordo Rosenberg (2021), comparações são expressões de julgamentos. A comparação gera nas pessoas um poder causador de infelicidade. Por exemplo, quando um funcionário é comparado em relação a outro na empresa, sendo inferiorizado na comparação, ou quando dentro da família um membro é sempre contraposto em relação ao outro, é proporcionado um sofrimento para o que se vê nivelado negativamente. Todavia, coloca-se o peso de uma perfeição que deve ser correspondida pelos demais nos ombros daquele eleito como modelo. Seja uma comparação feita pela própria pessoa ou por outro, “ao fazermos as comparações, começamos a ficar infelizes” (Rosenberg, 2021, p. 37).

Outro aspecto da comunicação alienante da vida trata da negação da responsabilidade. Nesse tipo de comunicação, passa despercebida a responsabilidade dos pensamentos e sentimentos. A culpa pertence aos fatores externos, à história pessoal, à pressão exercida pelo grupo, às regras, aos atos de terceiros – mas nunca é “minha”. A parcela de responsabilidade que cabe ao sujeito é descartada pelo mesmo. Poder escolher não está distante do horizonte de quem decide negar a responsabilidade. Não ter consciência da responsabilidade é um ato perigoso, pois, ao cometer determinadas ações, serão atribuídas as responsabilidades a outras pessoas, não reconhecendo a parcela de compromisso presente.

3.3 A CAPELANIA HOSPITALAR E O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

O serviço de capelania, conhecido principalmente no meio eclesial cristão, pode soar como algo estranho ao ouvido de muitos. O mesmo é caracterizado por uma assistência religiosa prestada em instituições hospitalares, escolas, presídios, instâncias militares etc. Sendo assim, os modos diversos de atuação na capelania carregarão certas propriedades da assistência, como a Capelania Militar, Universitária e Hospitalar. Sobre esta última, é caracterizada como “organismo eclesial” (Brusco, p. 140), que exprime o serviço religioso oferecido nas instituições de saúde em geral. A Capelania Hospitalar, em sua construção, busca assistir de modo religioso e espiritual a pessoa enferma, trazendo esperança e conforto para esse momento de fragilidade.

3.3.1 História da Capelania Hospitalar

Poucas são as referências literárias sobre a Capelania Hospitalar no Brasil. Apesar de ser um ofício antigo, são ínfimos os relatos sobre essa atividade e sua presença em passado recente. Como a relação entre saúde e espiritualidade tem se tornado cada vez mais relevante nos tempos atuais, cresce também o significado desse ofício de capelania junto ao mundo da saúde. Derivada disso, a capelania como meio

de prestação de auxílio espiritual e religioso nas instituições hospitalares segue tal rumo de crescimento. O tema da Capelania Hospitalar gradualmente vai avançando no horizonte da literatura científica nacional. Existem passos que precisam ser dados, fazendo crescer o universo de estudo sobre saúde e espiritualidade, de modo particular, na Capelania Hospitalar.

Entre as definições de Capelania Hospitalar que podemos encontrar está o ministério que

consiste na prestação de serviço voluntário a pessoa hospitalizada ou não, familiares e profissionais da saúde, compartilhando a fé cristã, por meio da Palavra de Deus, utilizando, sempre que possível, o apoio espiritual, emocional, recreativo, educacional e de assistência social, se assim o desejarem, primando pela excelência na realização das atividades (Ministério da Educação, 2021).

A história da Capelania Hospitalar tem seu ponto de partida com o cristianismo. Tendo esse fato como relevante, grande parte da literatura para a definição de capelania que se encontra fará referência a uma organização religiosa cristã. Todavia, o pluralismo religioso no tempo presente faz com que o serviço de assistência religiosa nos hospitais tenha maior participação dos diversos credos, enriquecendo cada vez mais o auxílio prestado na Capelania Hospitalar.

Outra definição de Capelania Hospitalar que se assimila com a anteriormente apresentada é fornecida pelo Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde (1999). Neste, define-se capelania como organização eclesial e diz respeito à assistência religiosa oferecida pela comunidade cristã (BRUSCO, 1999, p. 144). Sobre definições da Capelania Hospitalar, sua característica atual está na circunstância de ser uma organização religiosa interdenominacional, tendo por finalidade a prestação de ajuda espiritual nos hospitais (Bautista *apud* Sbizera, 2018).

Segundo referências históricas, o termo capelania foi originado na França, por volta do ano 1700. Seu contexto de criação se dá nos tempos de guerra, quando o rei enviava para os acampamentos militares uma relíquia num oratório de nome capela, cuja responsabilidade era conferida a um sacerdote que também exercia papel de conselheiro dos militares. Retornado os tempos de paz, a capela voltava para o reino e o sacerdote permanecia responsável pela mesma, sendo chamado, pelo exercício da sua função, capelão (Gentil; Guia; Sanna, 2011, p. 163). No Brasil, a atividade encontra o seu ponto de partida na capelania militar em 1858 com a Igreja Católica.

3.3.2 Relação entre a capelania hospitalar e a comunicação

Toda relação humana passa pela comunicação. Desse modo, não seria diferente com a Capelania Hospitalar e a assistência religiosa aos enfermos e doentes. Nessas atividades, mais do que nunca, o uso da CNV deve encontrar força, pois o solo onde se acham os enfermos e doentes é um espaço em que a linguagem da compaixão deve ecoar. O doente precisa assumir o protagonismo das suas experiências e sentimentos. Entre os papéis que o capelão ou assistente religioso e espiritual carece

assumir está a busca por entender o assistido, se conectando ao outro com o intuito de compreender suas reais necessidades, sem julgá-las ou reprimi-las.

3.3.3 Pensando a capelania num contexto de pluralidade religiosa

Alguns movimentos podem tender a levar o serviço da capelania e assistência religiosa e espiritual para um viés proselitista religioso de conversão, negligenciando o aspecto vulnerável da pessoa em situação de enfermidade. Ou, em alguns casos, desrespeitando e tirando o valor da confissão religiosa da família ou dos profissionais da saúde. Isso pode demonstrar a ausência do respeito pela identidade do outro e sua história, especialmente a história de fé e espiritualidade. Tais modos de pensar o serviço de assistência religiosa e espiritual na capelania para os dias atuais trazem uma carga de preconceito e intolerância religiosa. É preciso refletir uma capelania e assistência religiosa, de modo geral, em especial a Capelania Hospitalar, que possa atender as demandas atuais do exercício da mesma, sem que haja distinção.

Em 2006 observou-se uma movimentação a fim de regulamentar a profissão do Capelão Cristão pelo Projeto de Lei 6817/06 (Camilo, 2006). Embora o projeto seja um passo para a capelania, o mesmo não contempla a grandeza desse serviço em dias atuais e a sua amplitude no campo das expressões religiosas presentes no Brasil. Outro Projeto de Lei mais recente é o 686/2020, sendo mais amplo em relação ao primeiro citado.

Podemos considerar que a tentativa de um proselitismo religioso na assistência da Capelania Hospitalar caracteriza o não cumprimento da Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000, da prestação de serviço religioso nas entidades públicas e particulares. Na presente lei, em seu art. 1º, salienta-se o caráter em que a assistência religiosa deve ser assegurada a todas as confissões religiosas:

Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais (Brasil, 2000, art. 1º).

A Lei nº 9.982 vai em consonância à Constituição da República Federativa do Brasil. Na Constituição é conferida a laicidade do Estado, sem que se faça preferência de um credo em detrimento de outro. Também está proibido o embargo do exercício da fé de um cidadão por parte do Estado, além da dependência ou aliança do mesmo com entidades religiosas, visando favorecimento (Brasil, 1988, art. 19º). Ainda na Constituição, em seu art. 5º, inciso VII, a assistência religiosa é tornada direito assegurado a todo cidadão que assim deseje. No mesmo art. 5º, é assegurada a igualdade perante a lei para todos e “sem distinção de qualquer natureza” (Brasil, 1988).

Dessa maneira, a atividade da capelania em tempos atuais requer uma amplitude do seu horizonte de atuação. A sua atmosfera deve ser inclusiva, buscando corresponder às demandas atuais, não somente de confissões de fé tidas habituais, como as novas expressões, a exemplo do crescente número de pessoas que não vi-

vem sua fé dentro de uma instituição religiosa, número que chega a aproximadamente 8%, segundo dados do Censo Demográfico realizado em 2010 (IBGE).

Atualmente, o Brasil conta com inúmeras identidades de credos (IBGE, 2010). A diversidade religiosa surge como fruto do contexto multiculturalista que vivemos (Albuquerque, 2009, p. 89). Pensar na capelania de modo geral é levar em conta esse contexto plural. Além da Lei nº 9.982 já mencionada, que permite uma abrangência no serviço de assistência religiosa, há um Projeto de Lei (PL), datado de 17 de março de 2020, sobre o exercício do ofício de capelão civil e a criação do Conselho dos Capelães Civis do Brasil, o PL 686/2020, mencionado anteriormente.

Entre os temas desenvolvidos no PL 686/2020 está o caráter profissional da capelania, estabelecendo que, para o exercício da atividade, o capelão traga consigo certificado de realização e conclusão do curso de capelania reconhecido pelo Conselho dos Capelães Civis do Brasil (CCCB). Os capelães, segundo o PL, terão autoridade para prestar serviço espiritual e religioso de modo amplo. Essa amplitude é também notada quanto àqueles que podem exercer a função, levando em conta o cenário plural religioso e espiritual brasileiro. O pluralismo religioso no Brasil é um fenômeno crescente. Como se refere o PL em seu art. 32º, inciso I, uma das finalidades do CCCB, como da capelania em geral, será “defender a liberdade espiritual, bem como o melhor interesse do cidadão de forma a velar pela espiritualidade, de forma a esperar e incentivar os melhores valores do ser humano” (Goulart, 2020, p.12). No entanto, mesmo com iniciativas que visam olhar o serviço da capelania em circunstâncias profissionais, o Brasil, apesar de possuir liberdade de culto e pluralidade religiosa forte, ainda não apresenta um serviço de Capelania Hospitalar bem instituído (Gentil, 2011, p. 164). Levar em conta esses aspectos convida para uma reflexão cada vez maior sobre o exercício da Capelania Hospitalar no cenário nacional.

Para um exercício ético da Capelania Hospitalar deve-se evitar a intolerância com as expressões religiosas diversas. O outro ser diferente do “eu” não deve ser motivo de disputas, mas de compreensão. Respeitar a diferença do outro é fundamental para o cultivo de uma cultura de paz, construindo pontes para diálogos eficientes.

3.3.4 A presença do método FICA na capelania

Quando se é convidado a pensar modos que contemplem o significado espiritual e religioso no pluralismo presente no ambiente da Capelania Hospitalar, o questionário FICA propicia um norte para o atendimento. Esse método, sugerido como uma abordagem de fé e espiritualidade no campo da saúde, pode dar uma direção no atendimento da Capelania Hospitalar, uma vez que o mesmo contempla abordagens relevantes e significativas, sendo de fácil entendimento e permitindo o atendimento de maneira integral.

A empatia, juntamente com a compaixão tratada por Rosenberg (2021), permite ações condutoras na atividade de uma capelania e pastoral que dialogue com as inúmeras confissões religiosas. Mesmo que não seja feito o uso de técnicas como o questionário FICA, saber fazer uso da CNV, como já vimos, favorece o convívio saudável entre os interlocutores. É urgente buscar compreender o sentimento do

outro, permitindo-se entrar no grande infinito que ele traz, evitando comunicações desnecessárias que empobrecem o estar com.

O FICA, enquanto método, pode evitar embates desnecessários que afetam negativamente a assistência ao doente. O mesmo permite uma aproximação com foco no paciente e suas demandas, sem prejuízos ou imposições daquele que assiste. Assim, nesse questionário, tenta-se fazer um apanhado sobre a fé ou crença do paciente. Saber que importância e influência é dada à fé ou crença. Se faz parte de uma comunidade de fé e como a mesma interfere no suporte espiritual do tratamento. Por fim, como gostaria que a equipe de saúde abordasse o tema fé e espiritualidade no tratamento (Jacintho, 2018, p. 17).

4. CNV E CAPELANIA HOSPITALAR

Quão desconfortante é a comunicação feita com dedos apontados ou comparações. Em circunstâncias “normais” do dia a dia, ser posto para alvo traz, não somente desconsolo, como sentimento de desvalorização enquanto pessoa. Esperamos que a incompreensão dê lugar à compreensão, entendendo os sentimentos e necessidades. A utilização da CNV na Capelania Hospitalar visa evitar possíveis mal-estares na assistência, gerados por julgamentos e comparações, atitudes que ferem. Como proposta, essa comunicação destina-se a despertar maior compaixão entre as pessoas, sem imposições de pontos de vista, mas acolhida.

A CNV encontra lugar no meio da Capelania Hospitalar, uma vez que esse espaço está permeado pela assistência religiosa e espiritual para pessoas vulnerabilizadas pela doença. Na realidade da Capelania Hospitalar, a comunicação pode ser um fator decisivo em como o paciente lida com a doença e enfermidade, podendo gerar uma influência positiva ou negativa no tratamento. Uma comunicação benéfica tende a ser um auxílio para a saúde e bem-estar da pessoa. Todavia, quando a comunicação é incapaz de alcançar o outro, ou quando o repele e assusta, os efeitos podem ser negativos.

Cabe procurar entender como a CNV pode apontar para um modo eficaz de comunicação dentro da Capelania Hospitalar. Como essa comunicação atua positivamente no processo terapêutico. O que ela oferece e como consegue ser percebida a partir das reflexões. Pode a CNV ser uma chave para o atendimento da Capelania Hospitalar?

4.1 CNV NO PROCESSO TERAPÊUTICO DA CAPELANIA HOSPITALAR

Saúde e espiritualidade, embora alguns vejam como elementos que não se relacionam, historicamente sempre estiveram entrelaçados. Hoje, pesquisas apontam cada vez mais para a relevância da fé, religiosidade e espiritualidade na saúde das pessoas. Ao longo do tempo, nos períodos antigos, saúde e espiritualidade não se separavam, no entanto, é na Renascença que acontece a ruptura entre os dois (Jacintho, 2018, p. 10). Vendrame (2001, p. 22) conta que os males na Antiguidade, relatados na Bíblia, são sinais de coisas maiores de caráter espiritual. As múltiplas pesquisas no campo da relevância entre fé, religiosidade, espiritualidade e saúde

tendem a diminuir cada vez mais o antagonismo entre as mesmas. Dar atenção à espiritualidade faz parte da saúde.

Com frequência, muitos falam de religião e espiritualidade, porém, se faz necessário uma distinção entre elas. Ao falar de espiritualidade, alguns imediatamente a conectam ao espírito, todavia, atrelando à natureza imaterial e invisível, afastando essa reflexão do ambiente da experiência, quando a proposta é contrária. Pelo o que explica Fernandes (2019, p. 34), a espiritualidade anima e imbuí de sentido a totalidade da realidade, assim como proporciona uma abertura ao transcendente. Ou seja, o lugar que ocorre a espiritualidade é o mundo. A religião, por sua vez, é um conjunto de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente (Panzini, 2007a, p. 106).

A fé é um dado importante na vida de muitos, na maioria das vezes, necessária para atravessar momentos estressante, a exemplo da doença. Ela se mostra “como um pressuposto e um elemento que não pode ser dispensando quando se está diante de um forte dilema na vida: a luta contra as enfermidades e as doenças, e o anseio pela recuperação da saúde” (Fernandes, 2019, p. 22). Relações com fé, religiosidade e espiritualidade estão inseridas na qualidade de vida do ser humano (Panzini, 2007a, p. 107).

Apoiado pelo conceito amplo da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) de que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, o foco exclusivo na doença, que sempre dominou a pesquisa na área da saúde, vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade. Assim, podemos ver que religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais não são temas alheios ao conceito de QV [qualidade de vida], sendo, na verdade, uma de suas dimensões (Panzini, 2007a, p. 107).

Uma vez que a espiritualidade e a religiosidade são contribuintes em uma qualidade de vida, estudos como *coping* religioso/espiritual (Panzini, 2007b) vêm se desenvolvendo, buscando entender os efeitos da fé no lidar com momentos tensos da vida, como doenças. Esse tema trata sobre as intenções que as pessoas têm de direcionar a fé e crenças religiosas para resolver ou aliviar sofrimentos, conteúdo para o qual Pargament (2007b, p. 128) já chamava a atenção. Porém, relevados os pontos da religiosidade e espiritualidade no atenuar do padecer, vale ressaltar que estas podem carregar pontos positivos ou negativos.

Com o objetivo de apresentar os atributos positivos ou negativos da religiosidade e espiritualidade, para explicar o assunto, as referências serão *coping* religioso/espiritual (CRE) positivo e *coping* religioso/espiritual (CRE) negativo. O primeiro apresenta condições otimistas na ação terapêutica dentro do ambiente da Capelania Hospitalar, enquanto o segundo traz consigo ações danosas ao paciente.

Define-se o CRE positivo por abranger estratégias que proporcionem efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo

bem-estar de outros, resolver problemas em colaboração com Deus, redefinir o estressor como benéfico etc. Define-se o CRE negativo por envolver estratégias que geram consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou frequentadores/membros de instituição religiosa, redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal etc. (Panzini, 2007b, p. 129).

A relevância da espiritualidade e religiosidade no processo de saúde e em como lidar com o sofrimento fica a cada dia mais forte. Uma comunicação sem violência ajuda o doente no contato com sua fé, proporcionando uma relação sadia entre a religiosidade e espiritualidade. Assim, a CNV na Capelania Hospitalar tende a afirmar os valores e confiança trazidos pelo enfermo ou doente, auxiliando e sendo suporte na passagem do seu tratamento. A chamada linguagem da compaixão permite uma ação benéfica, promovendo o conforto do paciente. Ações contrárias que, por sua vez, trazem estresse, sentimentos de punição, não transmitindo confiança e conforto, devem ser evitadas, a fim de que a capelania e a assistência religiosa e espiritual sejam um momento de crescimento e promoção do bem-estar do paciente.

4.2 CNV, UMA CHAVE PARA O ATENDIMENTO DA CAPELANIA HOSPITALAR

O exercício da Capelania Hospitalar é sinônimo, ou espera-se que seja, de assistência às pessoas hospitalizadas que sofrem por conta das incertezas que podem advir da doença ou enfermidade. O mesmo tem em vista a profundidade presente nas relações. Compreender o outro é o passo que permite chegar as suas reais necessidades, afastando dos adjetivos negativos que machucam. Como resposta à comunicação alienante, o convite da CNV na Capelania Hospitalar é reafirmar o caráter de uma comunicação assertiva repleta de empatia.

Retomar a linguagem e a comunicação é uma instância que permite abrir as relações. Proveniente disso, ocorre maior interação entre as pessoas que se comunicam. Não são apenas manifestações da linguagem, mas relação. O contrário também pode acontecer. Alguns exemplos de comunicações travam relações, tornando-as verdadeiros tormentos. Pessoas não devem ser carrascas para com as outras nem prisioneiras (Arduini, 2002, p. 94-95). A comunicação deve ser o lugar de expressão da liberdade. Quando o querer impositivo de um é predominante ao do outro, o que se tem é um distanciar da comunicabilidade livre de violência. O “eu” vira parâmetro para a relação, todavia, esse mesmo “eu” é um “outro” para outro “eu”.

O “outro” egocêntrico encastela-se em seus próprios interesses e não enxerga o sofrimento injusto dos que padecem necessidade. O “outro” constrangedor coage a liberdade e bloqueia a comunicação. Sartre analisa o olhar do outro que inibe decisões e tranca pessoas na incomunicabilidade. O “outro” rejeitado é discriminado, é excluído do emprego, da cultura, da saúde e da cidadania (Arduini, 2002, p. 103-104).

No atendimento da Capelania Hospitalar o movimento deve ser contrário ao da comunicação alienante da vida, gerador de entraves nas relações. Vale destacar que o modo como ocorre o relacionamento e a comunicação é encontrado nas mais diversas formas, seja por uma fala, um gesto ou silêncio. O corpo como um todo fala junto com as palavras ditas. Na interação com as mais diversas pessoas, a mensagem comunicada tende a ser compreendida na sua expressão total, inclusive um silêncio que pode ter tons de acolhida, como de litígio.

Sobre a CNV, Rosenberg (2021, p. 29) faz notar que esta não é apenas uma linguagem ou técnicas para usar as palavras. As intenções, como o nível de consciência expressado na CNV, vão além. As palavras não são o limite. Entre as características fundamentais está a relevância da presença, encontrar-se com o outro e partilhar a existência. Por conseguinte, um silêncio pode expressar o estar “com”, dando relevância ao traço humano de ser relação. Na Capelania Hospitalar, a consciência dessa presença do outro representa uma acolhida, onde, às vezes, a única palavra a ser dita será o silêncio, um sorriso ou gesto. Ou seja, manifestações corporais que exprimem a verdadeira intenção.

Um tipo de comunicação que pode expressar grande riqueza entre as pessoas é o silêncio. Existem inúmeras maneiras de manifestá-lo. Tem aquele silêncio que fecha e constrange, mas existe também o silêncio que manifesta felicidade e aceitação. De modo especial, Baldini (*apud* Baldessin, 2017, p. 45) fala do “silêncio da amizade plena, feliz por haver superado todas as palavras e por havê-las tornado inúteis”. Esse é um modo de comunicação não verbal carregado de afeto. Nele, se faz presente uma observação eficiente, sentimento verdadeiro, a necessidade e o pedido expressos sem mencionar uma única palavra. Ante o exposto, percebe-se que não apenas as palavras comunicam, mas o corpo como um todo.

Os capelães hospitalares, no exercício da sua função, terão entre as principais tarefas prestar assistência religiosa e espiritual, não apenas aos pacientes, como também aos familiares e profissionais da saúde, pois muitos sentem-se desvalidos por ocasião do sofrimento causado pela doença e enfermidade. Inúmeras pessoas sofrem com seu ente querido que padece. É papel do capelão assistir àqueles que precisam. Sem embargo, o capelão deve se ater aos limites da sua atuação. É tentador, quando frente ao atendimento, crer que tudo pode, no que tange à assistência e às demandas do paciente. Não obstante, tem que haver a consciência do limite. Nem tudo é tarefa do capelão. Mascarado pelas inúmeras atividades a serem realizadas, pode estar presente um sentimento de não querer envolver-se totalmente com o outro (Baldessen, 2014, p. 18). Ter noção do seu limite permite conhecer mais a si, o que, por sua vez, permite uma relação sincera a nível do exercício da compaixão, não apenas de si, mas do outro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se iniciou o trabalho de pesquisa, constatou-se que a comunicação, enquanto fenômeno, está presente nos seres humanos e que, por meio dela, se desenvolvem as relações. Contudo, ao trazer para o universo da Capelania Hospitalar, considerou-se abordar a comunicação na prática dessa atividade. Havia uma difi-

culdade em poder relacionar a comunicação com a atividade da Capelania Hospitalar, por isso a necessidade de estudar a comunicação desse ambiente.

Diante disso, a pesquisa teve, entre suas metas, aferir os efeitos que a comunicação tem no trabalho da Capelania Hospitalar. Constata-se que o objetivo geral foi atendido, pois o trabalho conseguiu verificar que, por meio de abordagens que levam em conta a comunicação não violenta (CNV) e a comunicação alienante da vida, as duas interferem na ação da capelania. Sendo que a primeira proporciona efeitos benéficos, a segunda, no entanto, acarreta prejuízos da comunicação.

O objetivo específico inicial foi fazer uma contextualização do processo da comunicação entre os seres humanos. Esse objetivo foi atingido pela exposição de dados referentes que contextualizaram a comunicação, por consequência a relação para os seres humanos. Passamos adiante com o próximo objetivo. O segundo objetivo específico foi fazer uma fundamentação teórica, tendo como tema discutido a comunicação não violenta, comunicação alienante da vida e a Capelania Hospitalar. A meta desse segundo objetivo foi alcançada à medida que se buscou desenvolver a serventia dos pontos apresentados. O terceiro objetivo específico era apresentar a aplicabilidade da comunicação não violenta no desempenho da Capelania Hospitalar, visto que essa foi mostrada como um modelo comunicacional a ser tomando como ponto de partida. O êxito parte em razão da constatação da aplicação entre comunicação não violenta e Capelania Hospitalar, como o auxílio religioso e espiritual prestado a doentes, seus familiares e profissionais da área da saúde.

A pesquisa partiu da hipótese de que a comunicação é um dado fundamental na Capelania Hospitalar, porque faz parte da construção humana e favorece a relação. A hipótese se afirmou à medida que a ligação entre os pontos referidos era demonstrada.

Partindo do problema sobre a influência da comunicação no atendimento da Capelania Hospitalar, adotadas as devidas adequações, verificou-se que a junção entre comunicação e capelania permite um diálogo eficaz, respeitando as individualidades. Com isso, problema e hipótese foram solucionados, pois na expressão do modelo de comunicação não violenta, a compaixão e empatia são vistas como fatores norteadores da relação.

Retomando a metodologia adotada, foi realizada uma pesquisa com objetivo descritivo e exploratório, além do método hipotético-dedutivo, com aproximação qualitativa, com pesquisas bibliográficas entre livros e artigos disponíveis na internet. Dentre as obras, a adotada para tratar sobre comunicação não violenta foi “Comunicação não violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos, pessoas e profissionais”, do psicólogo americano Marshall B. Rosenberg.

Diante da metodologia proposta, percebe-se que há uma limitação referente à literatura que trata sobre a Capelania Hospitalar. No entanto, a relevância crescente de temas atrelados à religiosidade e espiritualidade pode servir de inspiração para o avanço nessa literatura. Para um aprofundamento no tema da comunicação e Capelania Hospitalar, mesmo com algumas limitações em relação a conteúdo, há inúmeros materiais que podem ser consultados, entre eles, os presentes na referência bibliográfica deste trabalho, sendo um convite a despertar o sentimento de pesquisa na área da comunicação e Capelania Hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. COMUNICAÇÃO. In: _____. **Dicionário de filosofia**. 6 ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2012, p. 188-192.
- _____. DASEIN. In: _____. **Dicionário de filosofia**. 6 ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2012, p. 268.
- _____. ONTOLOGIA. In: _____. **Dicionário de filosofia**. 6 ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2012, p. 848.
- ADRIANI, Paula; HINO, Paula; TAMINATO, Mônica; FERNANDES, Hugo. Construction of educational technology on non-violent communication between health professionals: an experience report. **Rev Bras Enferm**. 2023; 76(Suppl 4): e20220414. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0414pt> Acesso em: 10 jun. 2023.
- ALBUQUERQUE, Leila M. Pluralismo religioso no Brasil: "O sagrado está solto!". In: ALMEIDA, Adroaldo; SANTOS, Lyndon; FERRETTI, Sergio (Org.). **Religião, raça e identidade**: colóquio do centenário da morte de Nina Rodrigues. São Paulo: Paulinas, 2009, p. 89-97.
- ARDUINI, J. **Antropologia**: ousar para reinventar a humanidade. São Paulo: Paulus, 2002.
- BALDESSIN, Anízio. **Assistência religiosa aos doentes**: aspectos práticos. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.
- _____. **Como visitar um doente**: orientações práticas para padres, pastores e agentes de pastoral da saúde. 12 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2017.
- BECHARA, Evanildo. **Moderna Gramática Portuguesa**. 39 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2019.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.
- _____. **LEI No 9.982, de 14 de julho 2000**. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9982.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.
- CAMILO, Ademir. **Projeto de Lei n. 6817/06**. Regulamenta a profissão de Capelão Cristão. Brasília: Câmara dos Deputados, 29 mar. 2006. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=318789> Acesso em: 10 jun. 2023.
- BRUSCO, Angelo. CAPELANIA HOSPITALAR. In: CINÀ, Giuseppe; LOCC, E.; ROCLETTA, C. **Dicionário interdisciplinar da pastoral da saúde**. Tradução Calisto Vendrame, Leocir Pessini. São Paulo: Paulus, 1999, p. 140-142. Tradução de: Dicionario di teologia pastorale sanitaria.
- ELLER, Jack. Estudando a religião antropológicamente: definições e teorias. In: _____. **Introdução à antropologia da religião**. Petrópolis: Vozes, 2018. cap. 1, p. 21-60.
- FACULDADES BATISTA DO PARANÁ. **O que é capelania?** FABAPAR. América, 16 jul. 2020. Disponível em: <https://www.fabapar.com.br/blog/o-que-e-capelania/>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- FERNANDES, Leonardo. **Saúde e espiritualidade**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2019.
- FIOCRUZ. **Integralidade**. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>. Acesso em: 11 jun. 2023.
- GENTIL, R. C.; GUIA, B. P. da; SANNA, M. C. Organização de serviços de capelania hospitalar: um estudo bibliométrico. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 162-170, jan. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/fM5Pc5gQWry7FxFmh4vKcFb/#>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- GOULART, Luizão. **Projeto de Lei n. 686/2020**. Dispõe sobre o exercício do ofício de Capelão Civil e cria o Conselho dos Capelães Civis do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, 17 mar. 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2239436> Acesso em: 10 jun. 2023.
- HARARI, Yuval N. PARTE 1: A REVOLUÇÃO COGNITIVA. In: _____. **Sapiens: uma breve história da humanidade**. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020, p. 12-87.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**: amostra - religião. IBGE. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- INSTITUTO CALIMIANO DE PASTORAL DA SAÚDE - ICAPS. **Capelania Hospitalar**. ICAPS. Disponível em: <https://www.icaps.org.br/pastoral-da-saude/capelania-hospitalar>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- JACINTHO, J. de O.; ABREU, L. M. de; BECKER, R.; GONTIJO, C. M. M.; SANTOS, M. E.; ROMERA, F. A.; SILVA, M. de O.; BARRA, A. de A.; BARRETO, L. B. ABORDAGEM TEÓRICO-PRÁTICA DA ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS. **Revista UFG**, Goiânia, v. 17, n. 20, 2018. DOI: 10.5216/revufg.v17i20.51766. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/51766>. Acesso em: 23 jun. 2023.
- MARCELLO, Carolina. **Pra não dizer que não falei das flores, de Geraldo Vandré (análise da música)**. Cultura Genial. Disponível em: <https://www.culturagenial.com/musica-pra-nao-dizer-que-nao-falei-das-flores-de-geraldo-vandre/>. Acesso em: 12 jun. 2023.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Capelania Hospitalar**. gov.br. 02 jun. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hulw-ufpb/acesso-a-informacao/capelania-hospitalar/apresentacao>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- MORTARI, Luigina. **Filosofia do cuidado**. Tradução de Dilson Daldoce Junior. São Paulo: Paulus, 2018.
- MOURA, Ragner. **Capelania**: origem, dignificado e para que serve. Conselho Federal de Capelania - CONFECAP. 6 p. Disponível em: <https://www.confecap.com.br/images/stories/ebooks/ebook-confecap-o-que-eh-capelania-origem-significado-2022.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- NUNES, Luciano. **Capelania Hospitalar**. Hospital HOME. Disponível em: <https://www.hospitalhomehospital.com.br/p10126.aspx>. Acesso em: 10 jun. 2023.
- PANZINI, R. G. *et al.* Qualidade de vida e espiritualidade. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 34, p. 105-115, 2007A. Disponível em: <https://www.scielo.br/rpc/a/BwhXyQkp9yCL-38fj9g6pFf/#> Acesso em 11 jun. 2023.
- PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 34, p. 126-135, 2007B. Disponível em: <https://www.scielo.br/rpc/a/BxLcY5gFkgTZrnL4kXxYFH/?lang=pt> Acesso em 11 jun. 2023.
- ROSARIO, Angela B. Individualismo contemporâneo e novos arranjos subjetivos na perspectiva da Psicanálise. **Analytica**, São João del Rei, v. 8, n. 14, p. 1-15, jun. 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972019000100008&lng=pt&nrm=iso. acessos em 10 jun. 2023.
- ROSENBERG, Marshall B. **Comunicação não violenta - Nova edição**: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. Tradução Mário Vilela. 5 ed. São Paulo: Editora Ágora, 2021.
- SBIZERA, Carmem; DENDASCK, Carla. **Religião e espiritualidade: Capelania Hospitalar. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 03, Ed. 02, Vol. 04, pp. 144-152, Fevereiro de 2018. ISSN: 2448-0959, Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/ciencia-da-religiao/capelania-hospitalar> Acesso em: 10 jun. 2023.
- VENDRAME, Calisto. **A cura dos doentes na Bíblia**. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

| Capítulo 7

RELAÇÃO DE AJUDA AO PACIENTE À LUZ DO BOM SAMARITANO

José Fábio da Mota³²
Antônio Boeing³³

Resumo: Este trabalho discute o impacto emocional aos pacientes, incluindo mudanças físicas e desafios nas relações sociais e familiares. Destacando o papel da espiritualidade como uma fonte de auxílio, esperança e apoio emocional para os pacientes, além de fornecer uma rede de apoio social. Tem como objetivo abordar o papel da capelania no Hospital do Coração Pe. José Linhares. Através do olhar de um capelão atuante em um hospital que atende grandes demandas, aborda-se neste trabalho estudos de casos que são refletidos tendo por base a espiritualidade. Foi desenvolvido no Hospital do Coração de Sobral, Ceará, no período de janeiro a julho de 2023. De tal modo, conclui que a espiritualidade exerce um papel fundamental nos momentos difíceis da vida, incluindo e destacando o potencial desse estudo em melhorar a qualidade de vida para enfrentar a doença.

Palavra-chave: Doença; Espiritualidade; Capelão; Hospital.

Abstract: This paper discusses the emotional impact on patients, including physical changes and challenges in social and family relationships. Highlighting the role of spirituality as a source of help, hope and emotional support for patients, in addition to providing a social support network. It aims to address the role of chaplaincy at Hospital do Coração Pe José Linhares. Through the eyes of a chaplain working in a hospital that attends to great demands, this work approaches case studies that are reflected based on spirituality. It was developed at the Hospital do Coração de Sobral, Ceará, from January to July 2023. In this way, it concludes that spirituality plays a fundamental role in difficult moments of life, including and highlights the potential of this study to improve the quality of life to face the disease.

Keywords: Disease; Spirituality; Chaplain and Hospital

³² Pós-graduando em Capelania Hospitalar. Bacharel em Filosofia e em Teologia, sacerdote e capelão do Hospital do Coração de Sobral. E-mail: fabiomota1977@hotmail.com.

³³ Professor-orientador: licenciado em Filosofia, bacharel em Teologia, mestre em Teologia Dogmática, doutor em Ciências da Religião, professor no Centro Universitário São Camilo, assessor nas áreas de Educação, Assistência e Religião, em várias instituições educacionais e religiosas. E-mail: aboeing20@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

Cada vez mais o conhecimento curva-se diante da importância da espiritualidade na vida do ser humano. É notória, atualmente, a ênfase dada pelos profissionais da saúde ao aspecto da espiritualidade. Esta emergiu como um fio condutor de suma importância no processo assistencial.

O interesse na espiritualidade no campo da saúde nunca esteve tão presente como nos últimos anos, apresentando particular relevância como temática que cresceu consideravelmente. Destacando-se o momento em que as crenças e as práticas espirituais/religiosas demonstraram forte impacto no auxílio ao enfrentamento das mais diversas situações de desequilíbrio na saúde das pessoas, no preparo para a morte e até nas relações interpessoais dos profissionais da saúde, a religiosidade e a espiritualidade passaram a ser um marco para a nova era. Porém, apesar de sua importância no cuidar, a espiritualidade ainda é pouco abordada em estudos científicos, o que nos deixa curiosos para adentrar nas pesquisas.

A temática principal é a relação de ajuda ao paciente à luz do Bom Samaritano, vivenciada no hospital com os pacientes internados, mas, muito especialmente, com os pacientes assistidos em nossas UTIs. O objetivo é abordar o papel da capelanía no Hospital do Coração Pe. José Linhares, localizado no município de Sobral, estado do Ceará, onde atualmente faço parte da equipe na parte de espiritualidade.

2. METODOLOGIA

2.1 Local de pesquisa

A pesquisa se deu no Hospital do Coração de Sobral Pe. José Linhares, Ceará.

Sobral está localizada no Nordeste brasileiro, no interior norte do estado do Ceará, sendo emancipada em 1841. Fica à 230 km de Fortaleza, a capital do estado, tendo clima tropical, seco e quente, com temperatura em média de 26 a 40 graus Celsius. Atualmente, é conhecida como cidade universitária e um importante polo comercial da região norte do Ceará.

A população sobralense, desde 1925, recebe a contribuição no serviço de saúde através da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Obra pensada e executada por Dom José Tupinambá da Frota, que, à época, como primeiro bispo da recente criada diocese de Sobral, conclamou e motivou a sociedade para construir esse nosocômio para dar assistência e dignidade aos mais necessitados, ou seja, os pobres. Sua construção foi iniciada em 1912 e concluída com a inauguração em 1925, sob a proteção de Nossa Senhora Auxiliadora. Com o passar do tempo, o hospital se tornou referência para a região norte vindo a atender a população de 56 municípios, aproximadamente.

Com o desenvolvimento da cidade de Sobral e de toda região norte do estado, foram crescendo as fragilidades e os desafios da saúde da população. Era necessário procurar outros hospitais para tratar de problemas cardiológicos, seja na capital cearense ou em outros estados. Diante da necessidade de um hospital de referência, o visionário e então administrador do Complexo Santa Casa de Misericórdia de Sobral entre os anos de 1974 a 2003, Pe. José Linhares Ponte, deu início às obras do mais

novo hospital em Sobral, o Hospital do Coração Padre José Linhares, com recursos do Complexo Santa Casa de Misericórdia, vindo a inaugurá-lo no ano de 1996. Desde então, o hospital realiza cirurgias cardíacas e é “referência em Cardiologia clínica, cirúrgica e hemodinâmica em todo o Ceará” (Hospital do Coração, 2023).

Desde 1996 tem prestado um enorme benefício à população local e de toda a região norte do estado, dispondo “de todos os métodos diagnósticos e complementares em Cardiologia e tem obtido muitos êxitos nos procedimentos terapêuticos, principalmente no tratamento com Implante de *Stent* Intracoronariano para o Infarto Agudo do Miocárdio. O Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista do Hospital do Coração de Sobral tem uma das maiores casuísticas individuais do Nordeste, realizando cateterismos cardíacos e angioplastias coronarianas com implantes de *stents*” (Hospital do Coração, 2023).

Com o desejo de servir à população em outras necessidades que não fossem somente cardiológicas, a partir do ano de 2020, o Hospital do Coração Pe. José Linhares “passou a disponibilizar atendimento ambulatorial, internações e cirurgias em outras especialidades médicas, ofertando assistência de excelência também aos pacientes de convênios e particulares” (Hospital do Coração, 2023, p.01). Com a finalidade de servir com qualidade e excelência, o hospital realizou ampliação do “Centro Cirúrgico e adquiriu novos equipamentos, possibilitando assim a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos não cardíacos nas áreas de cirurgia geral, plástica, urologia, oncologia, vascular, ortopedia e neurocirurgia” (Hospital do Coração, 2023).

É um hospital filantrópico que a cada dia preserva sua identidade institucional tendo como missão “prestar assistência e formação em saúde com alto padrão de qualidade, humanização, segurança e sustentabilidade”. Uma instituição que tem como visão “ser reconhecida nacionalmente como padrão de excelência em assistência, gestão e ensino em saúde”. Os seus valores são pautados na “ética como princípio fundamental; humanização é nosso dever; transparência é nossa obrigação; excelência e qualidade em tudo que fazemos”. Através do seu manifesto, apresenta à comunidade a natureza de sua criação: “Nascemos de ideais cristãos; trabalhamos com cuidado, com amor, com vontade de fazer bem; somos todos Santa Casa de Misericórdia de Sobral e juntos vamos ajudar as pessoas com força, fé e compaixão” (Hospital do Coração, 2023).

O serviço de pronto atendimento, como porta de entrada ao hospital, funciona 24 horas recebendo os pacientes com necessidades diversas e, na grande maioria, com suspeita de infarto que de imediato é atendida pela equipe em missão. A unidade dispõe “de consultórios médicos, salas equipadas com respiradores, monitores multiparamétricos, carro de parada, desfibriladores, marca-passo externo transcutâneo, eletrocardiograma e bombas de infusão para reanimação de parada cardiopulmonar, sala de enfermagem e leitos para pacientes. Além disso, a unidade conta com equipe de sobreaviso 24 horas para atendimento de pacientes com quadro de infarto agudo do miocárdio” (Hospital do Coração, 2023).

O hospital dispõe de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para atendimento de pacientes do SUS, com 22 leitos. Em 2019 foi construída e inaugurada uma UTI para atendimento de pacientes de convênios e particulares. Esta unidade foi equipada “com oito leitos, todos com monitores, ventiladores pulmonares, bombas de infusão, aparelhos de eletrocardiograma e uma equipe da clínica médica para dar

maior assistência aos pacientes internados. Esta nova UTI atende pacientes que necessitem de cuidados cardiológicos e até de outras especialidades” (Hospital do Coração, 2023).

Em sua ala de Unidade de Internação, o hospital possui de leitos para convênios, particular e SUS, proporcionando conforto e segurança aos pacientes internados. Os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar são qualificados, disponíveis e “empenhados no cuidado integral, com carinho e atenção individualizados, [...] diferenciais indispensáveis à recuperação do paciente” (Hospital do Coração, 2023).

O corpo clínico do hospital é composto de “médicos e residentes que trabalham em parceria com uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, entre outros profissionais. Oferecer assistência com qualidade e humanização é o compromisso da instituição, por isso a busca pela melhoria no padrão de qualidade assistencial é contínua”. A equipe vive a eficiência nos seus serviços e se destaca pelo “atendimento acolhedor e humanizado, que entende que a vida humana é de imensurável valor. E por ela se dedica diariamente com profissionalismo, respeito e empatia, dando atendimento integral ao paciente de acordo com suas necessidades” (Hospital do Coração, 2023).

As atividades são acompanhadas e executadas por várias comissões, comitês e grupos que destaco a seguir: Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS); Lesão por Pressão; Farmacovigilância; Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde; Hemovigilância; Padronização de Medicamentos e Materiais Hospitalares; Proteção Radiológica; Comissão Revisão de Prontuários; Revisão de Óbitos; Tecnovigilância; 5S; Ética de Enfermagem; Ética Médica; Interna da Prevenção de Acidentes (CIPA); Comitê da Experiência do Paciente; Comitê da Qualidade; Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN); Grupo de Humanização.

O Grupo de Humanização é de fundamental importância no cuidado humanizado nas relações, seja entre os profissionais entre si ou entre profissionais e pacientes. O cuidado humanizado ao paciente é uma fonte de melhoramento e recuperação de seu estado de adoecimento. Segundo Reis (2013, p. 35), humanizar é: “Fazer-se pessoa humana. Tratar o outro com cordialidade. Transformar o ambiente de trabalho em algo mais alentador, suavizar um procedimento, criar novas relações humanas. É ser solidário, pois os seres humanos vivem em sociedade. Dar valor à comunicação de qualidade, porque é ela que nos diferencia dos animais”.

Dentre as comissões e grupos existentes no Hospital do Coração Pe. José Linhares, conforme mencionado acima, o Grupo de Humanização foi criado no início de 2020 seguindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2003, que tem como finalidade estimular “a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si” (PNH, 2023, p. 19-22).

O grupo de humanização desenvolve suas atividades no hospital através do engajamento dos profissionais em quatro equipes de atividades: equipe cuidando do bem-estar do paciente, equipe cuidando do cuidador, equipe para momentos religiosos e equipe de divulgação e motivação.

A equipe cuidando do bem-estar do paciente desenvolve as atividades focadas em proporcionar aos enfermos uma melhor qualidade de vida, tais como: banho de sol, celebração do aniversário, conduzir o paciente à capela do hospital para que ele tenha seu momento de espiritualidade e ligação de vídeo do paciente com sua família.

A equipe cuidando do cuidador realiza momentos com ventosa, massagens, ciclismo e celebração do dia das categorias profissionais, reconhecendo a importância pessoal e profissional de cada colaborador.

A equipe para momentos religiosos celebra com o capelão para os pacientes, acompanhantes e profissionais a Santa Missa para os que são de confissão de fé cristã católica. Os demais, de outras confissões religiosas, têm do capelão o apoio e a atenção necessárias sempre que precisarem de uma escuta ou direcionamentos na espiritualidade.

A equipe de divulgação e motivação tem sempre a preocupação de motivar todos os membros do hospital para a participação nos eventos que são propostos, em valorização aos pacientes e profissionais.

2.2 Período

A pesquisa foi desenvolvida no período de janeiro a julho de 2023.

2.3 Público-alvo

Pacientes internados na UTI do Hospital do Coração de Sobral no período da pesquisa. Foram considerados critérios de exclusão: pacientes menores de idade, impossibilitados de comunicação ou com déficit neurológico que impedisse a comunicação.

A situação de adoecimento é muito forte na vida de nosso povo, pois, infelizmente, não temos a cultura da prevenção e procuramos a unidade hospitalar já com enfermidades. Nossas unidades de internações estão sempre com lotação máxima. Particularmente, gostaria de apresentar os pacientes internados nas UTIs. Escolhi, como tempo de análise, as internações nas UTIs do Hospital do Coração – HC realizadas nos anos de 2020 e 2021. Esse período foi o momento crítico que passamos na saúde mundial, com o enfrentamento da pandemia e, no Brasil, com o descaso e a negligência do Governo Federal através das atitudes do Presidente da República.

De abril a dezembro de 2020, foram admitidos, nas UTIs do HC, 1.941 pacientes. Em média, 4,3% eram pacientes de idade entre 11 a 40 anos; 23,8% tinham entre 41 e 60 anos; e 71,7%, entre 61 a 90 anos. Tivemos, nesse período, vários pacientes com mais de 90 anos, enfermos graves de perfil cardiológico. Destes pacientes admitidos, 63,5% eram do sexo masculino e 36,4% do sexo feminino, 29,3% provenientes das cidades de Sobral, 5,8% de Tianguá com, 2,7% de Acaraú e 61,8% das demais cidades da região norte do estado.

No ano de 2021, as UTIs admitiram, de janeiro a dezembro, 2.374 pacientes com enfermidades cardiológicas e de outros perfis. Os pacientes com idade de 11 a 40 anos foram uma média de 4,083%; de 41 a 60 anos, média de 27,33%; e de 61 a

mais de 90 anos, média de 67,5%. Quanto à sexualidade, 57,83% deles eram do sexo masculino e 42,25% do sexo feminino, ingressos nas UTIs vindos 27,916% da cidade de Sobral e 72,083% das demais cidades das regiões norte e noroeste do estado.

Durante esses dois anos, vivenciamos um tempo atípico e de muito medo em todo o mundo. Quando a televisão começou a noticiar a respeito do início de contaminação global, não pensávamos que esta chegaria até nós na proporção que chegou, causando enorme insegurança. Víamos, a todo instante:

“o surgimento em escala global da pandemia do novo coronavírus [que] transformou o ambiente hospitalar em um lugar de insegurança, incerteza e medo. Muito medo! Porém, cada paciente recuperado foi motivo de celebração e de esperança para toda a equipe. Muito embora o medo não tenha sido suplantado, uma vez que a gravidade da pandemia ainda persiste, aprendeu-se a conviver com estes tempos difíceis” (Silva, 2021 p. 22-24).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 O Bom Samaritano (Lc 10, 30-37)

O Evangelho de Lucas pertence aos livros da Nova Aliança e ao terceiro livros dos Evangelhos. Lucas, padroeiro dos médicos, é considerado um “escritor talentoso, que organiza seus dados de forma criativa e narra sua história com clareza e colorido artístico. Dante chamou Lucas de ‘escriba da docilidade de Cristo’, por causa da ênfase na misericórdia de Jesus para com os pecadores e renegados” (CSA *et al.*, 2001, p. 75). Está presente no Evangelho de Lucas a temática do acolhimento, do perdão e da misericórdia etc. Jesus acolheu a mulher pecadora, o Zaquel, a samaritana no poço de Jacó, o Mateus e, em nossos dias, acolhe a todos nós. Para eles e para nós anunciou o sentido de sua vinda e da sua missão: ‘Eu não vim chamar justos, mas pecadores ao arrependimento’” (Bíblia, 2023, Lucas 5, 32, p. 202).

Jesus faz seu caminhar para Jerusalém e, ao longo do trajeto, anuncia o Reino, formando o seu discipulado. Ele tem compaixão do povo que vêm ao seu encontro e é nesta viagem que “constitui o centro do Evangelho. Nela se encontra uma extensa catequese sobre os diversos aspectos da vida cristã. Jesus se dirige aos seus discípulos no caminho que conduz à Cruz, preparando-os para que vivam e anunciem o Evangelho depois da Páscoa” (Oporto, 2006, p. 89-91).

É neste resgatar a humanidade ao encontro com a Misericórdia do Pai, em sua viagem para Jerusalém, que Jesus é interrogado pelo doutor da lei: “Mestre, que devo fazer para possuir a vida eterna?” (Lucas 10,25b). Jesus leva aquele homem a revisitar as Sagradas Escrituras, perguntando: “O que está escrito na lei? Como é que lê?” (Lucas 10,26b). E, assim, fazer seu caminho de conversão vivendo o amor a Deus e ao próximo.

O mestre da lei, como conhecedor da lei, que era sua obrigação, responde a Jesus o que a lei manda: “Ame o Senhor, o seu Deus, de todo o seu coração, de toda a sua alma e de todas as suas forças” (Deuteronômio 6,5) e, “a teu próximo como a ti mesmo” (Bíblia, Levítico 19,18). Com sua resposta, Jesus manda que ele seja capaz

de cumprir a lei no cotidiano de sua vida. Mas ele, querendo justificar-se, pergunta a Jesus: “E quem é o meu próximo?” (Bíblia, 10, 29b). Segundo Pagola, 2012, p. 96-97), a pergunta do mestre da lei é uma “pergunta de quem só se preocupa em cumprir a Lei. Interessa-lhe saber a quem deve amar e a quem pode excluir do seu amor. Não pensa nos sofrimentos das pessoas”.

Para os judeus era comum ter como próximo o compatriota, o praticante da lei, portanto, quem estivesse fora dessa realidade não seria próximo: “A pergunta do legista subentende que alguém não é meu próximo. A história de Jesus responde que não há ninguém que não seja meu próximo. ‘Próximo’ não é questão de laços sanguíneos, nem de nacionalidade, nem de comunhão religiosa; é determinado pela atitude de um indivíduo para com os outros” (CSA *et al.*, 2001, p. 54 - 57).

Jesus apresenta àquele mestre da lei o paradigma da Misericórdia, narrando o relato de um homem que é vítima de ladrões no caminho de Jerusalém para Jericó. Essa vítima da beira da estrada foi vista e ignorada pelo sacerdote e levita, que vinham do Templo e desciam pela mesma estrada. Mas também nessa estrada passou um samaritano que viu, parou, compadeceu-se e, através do cuidado, envolveu-se com a vítima da estrada (Bíblia, 2023, Lucas 10, 30-37).

Jesus não responde quem é o próximo. Mas, após ter narrado esse episódio, pergunta ao mestre da lei: “Qual dos três parece ter sido o próximo daquele que caiu nas mãos dos ladrões? Respondeu o doutor: Aquele que usou de misericórdia para com ele. Então, Jesus lhe disse: Vai e faz tu o mesmo” (Bíblia, 2023, Lucas 10, 36-37).

3.2 Olhar dos padres da Igreja sobre o Bom Samaritano

Orígenes viveu entre o fim do século II e início do século III da era cristã. Em seus escritos, faz uma reflexão da passagem do Bom Samaritano, instrução do Senhor ao mestre da lei, interpretando que:

“O homem que descia é Adão, Jerusalém é o paraíso, Jericó é o mundo; os ladrões são os poderes inimigos, o sacerdote é a lei, o levita são os profetas, o samaritano é Cristo; as feridas são a desobediência; o jumento, o corpo de Cristo; a hospedaria que acolhe a todos os que querem entrar é a Igreja; os dois denários são o Pai e o Filho; o dono da hospedaria é o pastor da Igreja a quem é confiada a cura; o fato de que o samaritano promete voltar lembra a segunda vinda do Salvador” (Cantalamessa, 2012).

Cantalamessa, 2012, p. 98-100), refletindo ainda sobre o Bom Samaritano, afirma que a centralidade da parábola é o samaritano. Ele recorre ao padre da Igreja, Clemente Alexandrino, que viveu entre o fim do século II e início do século III e diz:

“Quem poderia ser este próximo senão o próprio Salvador? Quem mais do que ele teve piedade de nós que estávamos para ser mortos pelos dominadores deste mundo de trevas com as feridas, os medos, as paixões, Jesus. É ele que derrama sobre nossas almas feridas o vinho que é o sangue da videira de Davi; é ele que doa copiosamente o óleo que é a piedade do Pai”.

Santo Tomás de Aquino, ao discorrer a passagem do desvalido do caminho, recorda que São Cirilo, que viveu entre os séculos IV e V, afirma que:

“O doutor da lei, após ser louvado pelo Salvador porque respondera corretamente, irrompeu em soberba, pensando que ninguém era seu próximo, como se não houvesse ninguém comparável a ele em justiça; daí que esteja dito: Mas ele, querendo justificar-se, disse a Jesus: ‘E quem é o meu próximo?’. Os vícios assediavam-no, por assim dizer, alternadamente, fazendo-o escorregar do ardil com que tentara Jesus, interrogando-o, à arrogância. E ao perguntar quem é o meu próximo mostra-se vazio do amor ao próximo, uma vez que não crê que ninguém seja seu próximo; e consequentemente mostra-se vazio do amor divino, pois, se não ama seu irmão, a quem vê, não pode amar a Deus, a quem não vê” (Aquino, 2020, p. 201-208).

O homem que descia de Jerusalém para Jericó é interpretado pelos padres da Igreja como sendo Adão, a humanidade pecadora. São João Crisóstomo, que viveu entre os séculos IV e V, faz uma reflexão do episódio do desvalido do caminho à luz do Antigo Testamento e diz que:

“Este homem, isto é, Adão, jazia no chão privado de todo auxílio, cravado das feridas dos seus pecados. Nem o sacerdote Aarão, passando por ele, pôde ajudá-lo com seus sacrifícios, pois segue: Ora, aconteceu que descia pelo mesmo caminho um sacerdote, o qual, quando viu, passou de largo. Nem Moisés, que era levita e irmão daquele, lhe pôde vir em socorro por meio da lei; e por isso segue: Iguamente um levita, chegando perto daquele lugar e vendo-o, passou adiante” (Aquino, 2020, p. 48-55).

Este homem não fica abandonado, mas é alcançado pela compaixão de um samaritano. Santo Agostinho, que viveu entre os séculos IV e V, diz que:

“Passou um samaritano, que na raça lhe era distante, na misericórdia próximo, e fez o que segue: Um samaritano, porém, que ia de viagem chegou perto dele. Neste samaritano Nosso Senhor Jesus Cristo se quis representar a si mesmo, pois samaritano significa guardião; ora, é a respeito do Senhor que foi dito: Não, por certo, não adormecerá, nem dormirá o que guarda Israel (Sl 120,4), pois ressuscitado dos mortos não morre mais. Enfim, quando lhe disseram: tu és um samaritano e tens demônio (João 8,48), negou que tivesse demônio, sabendo ser o que viera expulsar os demônios, mas não negou que fosse o guardião do fraco” (Bíblia, 2023, João 8, 48).

O samaritano viu, sentiu compaixão, cuidou do caído à beira do caminho. Sobre o cuidar das feridas, Santo Agostinho diz que: “A ligadura das feridas é a contenção dos pecados; o azeite, a consolação esperançosa através do perdão, que nos obtém a reconciliação da paz; o vinho, a exortação ao fervor nas obras do Espírito”

(Bíblia, 2023, João 8, 48). Refletindo sobre o cuidado que o samaritano tem com o caído à beira do caminho, São João Crisóstomo afirma que:

“(…) o vinho que derrama é o sangue da paixão, e o azeite, o óleo da crisma, de modo a dar-nos pelo sangue e remissão dos pecados, e pela unção da crisma a santificação. O médico celestial liga as feridas abertas, que retêm em Seu interior o remédio e pela sua operação são restituídas à saúde de outrora. Assim, depois de lançar-lhe vinho e azeite, pô-lo sobre um jumento; por isso segue: e, pondo-o sobre o seu jumento, levou-o a uma estalagem, e teve cuidado dele” (Bíblia, 2023, João 8, 48).

O samaritano, após acolher e prestar os “primeiros socorros” ao caído à beira do caminho, o conduz a uma pensão. E recomenda ao dono da pensão: “Trata dele e, quanto gastares a mais, na volta to pagarei” (Lucas 10, 35b). Bem-aventurado aquele que, como o dono da pensão, cuida do outro. Santo Ambrósio afirma:

“Bem-aventurado, portanto, o estalajadeiro que pode curar as feridas do outro; bem-aventurado este a quem diz Jesus: quanto gastares a mais, eu to satisfarei quando voltar. Mas quando, Senhor, voltarás, senão no dia do juízo? Pois ainda que estejas sempre em todo canto e permaneças no meio de nós, nós não te vemos; virá, contudo, o tempo em que toda a carne te enxergará voltando. Satisfarás então o que deves aos bem-aventurados de quem és devedor. Oxalá sejamos nós dignos devedores, e saibamos pagar o que devemos” (Bíblia, 2023, João 8, 48).

3.3 À luz do Magistério da Igreja

A Igreja, a samaritana do Pai, sempre teve uma preocupação preferencial pelos abandonados e enfermos. Por ocasião do encerramento do Concílio Vaticano II, São Paulo VI direciona uma mensagem afetuosa aos pobres, doentes e aos que sofrem, dizendo:

“Irmãos muito amados, sentimos repercutir profundamente nos nossos corações de pais e pastores os vossos gemidos e a vossa dor. E a nossa própria dor aumenta ao pensar que não está no nosso poder trazer-vos a saúde corporal nem a diminuição das vossas dores físicas, que médicos, enfermeiros e todos os que se consagram aos doentes, se esforçam por minorar com a melhor das vontades” (Vaticano, 2023, p. 58).

São João Paulo II, através da Carta Apostólica *Novo millennio ineunte*, convoca a Igreja para viver o grande jubileu do ano 2000, fazendo memória à sua caminhada de fidelidade ao Senhor. Suscita aos fiéis a vivência da caridade que se traduz no zelo para com o nosso próximo. Amarmos com o coração, à semelhança do amor da Igreja, citando o testemunho de Santa Terezinha, no parágrafo 42:

“A caridade é verdadeiramente o « coração » da Igreja, como bem intuiu S. Teresa de Lisieux que eu quis proclamar Doutora da Igreja precisamente como perita da *scientia amoris*: « Compreendi que a Igreja tem um coração, um coração ardente de amor; compreendi que só o amor fazia *actuar* os membros da Igreja [...]; compreendi que o amor encerra em si todas as vocações, que o amor é tudo. Muito especialmente junto aos nossos enfermos precisamos sermos um coração que transborda esse amor, amando o outro como parte de mim” (Vaticano, 2023, p. 77-81).

Em 2005, São João Paulo II dirige sua palavra ao mundo e, muito especialmente, para o continente africano, sobre a necessidade de irmos ao encontro dos feridos na sua dignidade. O cristão que vai ao encontro do outro à semelhança do Cristo, que veio ao nosso encontro para nos partilhar dignidade. Sobre a atitude de partilha, afirma o papa: “Com esta atitude de partilha profunda, a Igreja vai ao encontro dos feridos da vida, para lhes oferecer o amor de Cristo mediante as numerosas formas de ajuda que a ‘fantasia da caridade’ (Carta *apost. Novo millennio ineunte*, 50) lhe sugere para os socorrer. Cristo sofre contigo. E tu, oferecendo os teus sofrimentos, podes colaborar com Ele para a redenção do mundo” (João Paulo II – MENSAGEM PARA O XIII DIA MUNDIAL DO DOENTE – 2005). Dentro do ambiente hospitalar, precisamos estar abertos ao encontro das pessoas enfermas, sejam os pacientes ou companheiros de trabalho.

Refletindo sobre o desvalido do caminho, o Papa Francisco, em sua Carta Encíclica *Fratelli tutti*, no parágrafo, n. 63, assim afirma:

“Conta Jesus que havia um homem ferido, estendido por terra no caminho, que fora assaltado. Passaram vários ao seu lado, mas (...) foram-se, não pararam. Eram pessoas com funções importantes na sociedade, que não tinham no coração o amor pelo bem comum. Não foram capazes de perder uns minutos para cuidar do ferido ou, pelo menos, procurar ajuda. Um parou, ofereceu-lhe proximidade, curou-o com as próprias mãos, pôs também dinheiro do seu bolso e ocupou-se dele. Sobre tudo deu-lhe algo que, neste mundo apressado, regateamos tanto: deu-lhe o seu tempo. Tinha certamente os seus planos para aproveitar aquele dia a bem das suas necessidades, compromissos ou desejos. Mas conseguiu deixar tudo de lado à vista do ferido e, sem o conhecer, considerou-o digno de lhe dedicar o seu tempo” (Vaticano, 2023, p. 25-31).

Sobre a realidade atual, o Papa Francisco nos faz um apelo, parágrafo, n. 66, a mudança de comportamento à luz da atitude do samaritano:

“É um texto que nos convida a fazer ressurgir a nossa vocação de cidadãos do próprio país e do mundo inteiro, construtores dum novo vínculo social. Embora esteja inscrito como lei fundamental do nosso ser, é um apelo sempre novo: que a sociedade se oriente para a prossecução do bem comum e, a partir deste objetivo, reconstrua incessantemente a sua ordem política e social, o tecido das suas relações, o seu projeto humano. Com os seus gestos, o bom samaritano fez ver que «a existên-

cia de cada um de nós está ligada à dos outros: a vida não é tempo que passa, mas tempo de encontro” (Vaticano, 2023, p. 25-31).

Pela Igreja no Brasil, refletindo sobre a pergunta do mestre da lei sobre quem seria o seu próximo, Dom Cipollini afirma que:

“A pergunta inicial era: quem é meu próximo, indicado pela Lei? Jesus responde que o próximo é você mesmo, cada vez que te fazes próximo a uma pessoa que precisa de você. Ou seja, a pessoa que precisa de tua ajuda é aquela que te dá a possibilidade de amar e assim ser salva, ganhar a vida eterna fazendo-se próximo dela. O próximo não é o ferido à beira da estrada, do qual nada se diz na parábola, o próximo é o que teve compaixão dele, o que se faz próximo” (CNBB, 2016, p. 39).

Dentro do ambiente hospitalar se faz necessário transbordar, nos cuidados profissionais, a nossa espiritualidade junto aos nossos enfermos, através de ações humanizadas, como afirma Dom Cipollini: “Somente a atenção ao sofrimento das vítimas pode arrancar-nos do egoísmo e da indiferença, e mostrar que o amor não é feito de palavras, mas de gestos concretos (Mateus, 2, 5)”. O samaritano é uma pessoa livre em si mesmo e, ao ver o desvalido do caminho, age, cuida. Citando Pagola, Dom Cipollini afirma que: “*De acordo com Jesus, o importante na vida não é teorizar muito ou discutir longamente sobre o sentido da existência, mas andar como o samaritano: com os olhos abertos para ajudar qualquer pessoa que possa estar precisando de nós*” (CNBB, 2016, p.39).

Como profissionais de saúde temos a oportunidade de, além de nos colocarmos a serviço dos nossos pacientes, partilharmos nossa espiritualidade através de um cuidado humanizado, ou melhor, através de um cuidado cristão. Nouwen, (2022, p. 88), ao falar da atitude cristã que se faz necessária estar presente em nossas ações, afirma:

“Portanto, os líderes cristãos são, em primeiro lugar, aqueles que estão dispostos a colocar sua própria fé articulada à disposição daqueles que pedem ajuda. Nesse sentido, são servos de servos, porque são os primeiros a entrar na terra prometida, mas perigosa, os primeiros a dizer àqueles que têm medo o que eles próprios viram, ouviram e tocaram”. É Jesus que se permitiu, em obediência ao Pai, ser ferido no madeiro da cruz para curar as nossas feridas. Na intimidade com eles somos convidados a ser testemunhas e agirmos com os feridos do caminho a exemplo do Bom Samaritano. Como profissionais de saúde, temos a oportunidade de, na relação de ajuda ao nosso paciente, partilharmos nossa experiência de espiritualidade com ações humanizadas.

3.4 “Vai, e faze tu o mesmo” (Lc 10, 37b)

Nos dias atuais e diante de numerosos desafios, somos interpelados pelos ensinamentos do Senhor para sermos homens e mulheres capazes de nos compadecer pelos que estão caídos à beira do caminho da vida. Que estão nos leitos de hospitais e que, muitas vezes, nem sequer conseguem erguer a cabeça, abrir os olhos, pedir

socorro, e que precisamos ser samaritanos que os alcancem com o olhar do coração e com as mãos da solidariedade. O agente da saúde deve viver essa relação de ajuda ao paciente e seus familiares. Keller (2016, p. 65-66), ao refletir sobre a atitude de compaixão do samaritano, afirma que: “Foi uma imensa compaixão, que o levou a atender a várias necessidades da vítima. Foi uma compaixão que ofereceu amizade e amparo, tratamento médico emergencial, transporte, grande ajuda financeira e até uma visita subsequente”. O samaritano viveu, no seu agir com compaixão, uma verdadeira relação de ajuda com o caído à beira do caminho. Segundo Keller (2016, p. 68), o samaritano “colocou em risco a segurança, deixou de lado sua agenda, e ficou todo sujo e ensanguentado ao se envolver pessoalmente com uma pessoa necessitada, pertencente a outra raça e classe social”.

O mestre da lei, ao interrogar o Senhor sobre o que é necessário fazer para alcançar a vida eterna e quem é seu próximo, é exortado a partir do episódio do desvalido do caminho a fazer o caminho inverso na interpretação da Lei. A exemplo do samaritano, que ele se faça próximo de quem tem necessidade. Jesus manda que ele haja da mesma forma, ou seja, tenha atitude de compaixão e não fique teorizando quem vai excluir de sua ação de amar.

Iluminados pelo episódio do homem caído à beira do caminho e socorrido pelo samaritano, que tarda a continuidade de sua viagem para agir com compaixão, somos convidados a fazer uma parada na correria da vida pessoal e profissional para enxergar quem silenciosamente clama por atitude fraterna, atitude de compaixão. Podemos dizer que a atitude de compaixão é uma atitude de comunhão com Deus. Pereira (2015, p. 62-65) descreve melhor afirmando que:

“A compaixão é um sentimento divino porque nos faz sentir o sofrimento do outro como se ele fosse o nosso próprio sofrimento. A palavra hebraica *rahamim*, que foi traduzida como compaixão, significa, entre outras coisas, entranha, útero. Sentir compaixão significa ter um sofrimento muito profundo, que vem das entranhas. Quem é acometido por esse sentimento não descansa enquanto não fizer algo para diminuir a dor ou o sofrimento do outro porque essa dor e esse sofrimento não são apenas do outro, mas meu também”.

O profissional que trabalha na área da saúde está cuidando de vidas feridas, em adoecimento, que estão na unidade de saúde por pouco ou muito tempo, sobretudo nas Unidades de Terapia Intensiva. Safra (Pereira *et al.*, 2018) afirma que:

“Quando se acompanha uma pessoa por longo período, apresenta-se a oportunidade de observar como o adoecimento de alguém é, frequentemente, a cristalização de uma esperança, constituindo um sentido existencial que necessita ser compreendido pelo paciente. Diante do adoecimento, a pessoa, muitas vezes, anseia por alcançar experiências que ainda não haviam se realizado em sua vida para que, assim, o seu modo de ser possa ser mais bem constituído”. É preciso estar aberto às necessidades do paciente e potencializar, de maneira humanizada e espiritualizada, o seu encontro de atendimento.

Oxalá o profissional que trabalhe em ambiente de saúde, além de sua competência técnica, fosse uma pessoa de intimidade com Deus, ou seja, segundo Pereira (2015, p. 77):

“Quem tem Cristo como centro de sua vida ou o vê como Caminho, Verdade e Vida não passará despercebido ao lado do irmão que sofre. Cristo, a imagem do Deus invisível, nos ensina a ver, em nossos irmãos, seu rosto sofredor. Com Cristo, por Cristo e em Cristo, o rosto de Deus não pode continuar invisível entre nós. Quem não consegue ver Deus no irmão que sofre mostra que Deus continua invisível na sua vida”. Eis o grande cuidado que se precisa ter diante de vidas em adoecimento.

3.5 O caminho do amor: profissional x paciente

O agente da saúde precisa estar atento ao seu estado de saúde, ou seja, precisa se cuidar e ser cuidado pela humanização do seu ambiente de trabalho. Almeida e Oliveira (2022, p. 83-86), ao refletirem sobre a saúde de quem cuida, afirmam:

“Assim sendo, Vasconcelos chama a atenção para a necessidade de que os profissionais de saúde não se furtem do olhar para as suas próprias feridas, pesar suas próprias doenças, viver seus imperativos a processos pessoais transformadores, buscar o cuidado de si. Que cuidem também de si. Que tenham consciência do hercúleo trabalho psíquico de recalcar a angústia das perguntas advindas de suas próprias doenças e envelhecimento mais ainda, que estejam atentos à necessidade de um esforço de elaboração destas crises de uma maneira mais autêntica”.

A parábola do Bom Samaritano ajuda na vida pessoal e profissional a fazer um caminho não na mesma lógica que a sociedade consumista e competitiva exige, mas, neste caminhar, percorrer a jornada do amor cuidando de vidas. Segundo Menezes (2016, p. 130), “o caminho do amor é proximidade que termo e ponto de chegada ao acolhimento do ‘desvalido do caminho’ pelo azar do amor ao próximo para chegar ao amor de Deus. A proximidade do desvalido é o novo *etho* do Samaritano”. O paciente está muitas vezes na UTI por longa permanência e necessita da atitude do profissional de saúde além de sua ação profissional: precisa de uma atitude espiritualizada de afeto. Bernardi (2017, p. 44), fazendo uma reflexão acerca do episódio do samaritano e trazendo para a realidade cotidiana, afirma: “O samaritano é Jesus, que ama a todos nós. À medida que experimentamos seu amor, podemos fazer aos outros aquilo que Ele fez a nós”.

A Igreja entende que a vida dos profissionais de saúde seja vivenciada como missão. A Congregação para a Doutrina da Fé, através da Carta *Samaritanus bonus*, afirma:

“Em particular, a cada profissional da saúde é confiada a missão de um fiel cuidado da vida humana até o seu cumprimento natural, através de um percurso de assistência que seja capaz de fazer renascer em cada paciente o sentido profundo de sua existência, quando é marcado pelo

sofrimento e pela doença. Mostra-se necessário, para isso, partir de uma atenta consideração do significado próprio do cuidado, para compreender o sentido da específica missão confiada por Deus a cada pessoa, profissional da saúde e agente de pastoral, como também ao próprio doente e à sua família” (Vaticano, 2023, p. 34-40).

Temos a oportunidade de, no exercício da missão como profissional de saúde, transbordar junto ao paciente, no cuidado com ele, nossa experiência de fé, como o Papa Francisco chama a atenção dos cristãos para a contemplação da misericórdia:

“Precisamos sempre de contemplar o mistério da misericórdia. É fonte de alegria, serenidade e paz. É condição da nossa salvação. Misericórdia: é a palavra que revela o mistério da Santíssima Trindade. Misericórdia: é o *acto* último e supremo pelo qual Deus vem ao nosso encontro. Misericórdia: é a lei fundamental que mora no coração de cada pessoa, quando vê com olhos sinceros o irmão que encontra no caminho da vida. Misericórdia: é o caminho que une Deus e o homem, porque nos abre o coração à esperança de sermos amados para sempre, apesar da limitação do nosso pecado” (Vaticano, 2023, p. 64-68).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se faz necessário que o profissional em saúde, cuidando de vidas, realize a sua missão de forma humanizada. Mas é oportuno que o profissional tenha um olhar humanizado em si mesmo, trabalhando sua melhora e fortalecimento, participando de momentos e ações de humanização oferecidas pela instituição. A respeito da humanização, Menezes (2016, p. 88) afirma que:

“O Outro, no âmbito da humanização, em cujo rosto brilha a presença do Infinito, convoca-me ao seu serviço, convoca-me a testemunhar, a ser no mundo palavra profética. O mandamento para Te servir será a resposta do Samaritano (tal como o médico competente serve e cuida do doente confiante) ao Desvalido do Caminho”.

Podemos dizer que o profissional, cuidando do paciente de forma humanizada, está manifestando de forma concreta o fruto de sua espiritualidade, a intimidade, conexão com o Criador. Pereira (2015, p. 51-55) afirma que:

“Quando conseguimos enxergar Deus no cotidiano de nossa vida, nosso coração se alegra. É como se uma luz se acendesse dentro de nós. A tomada que acende essa luz tem duas saídas, que disponibilizam energia. Elas se chamam humildade e compaixão. Sem esses dois condutores da eletricidade do amor, essa luz não se acende no nosso coração, e não vamos enxergar o rosto de Deus na pessoa do irmão que sofre. Quem não socorre os necessitados mostra que tem um coração mergulhado nas

trevas e que carece de conversão”. A vida do paciente passa a ser contagiada pela ação humanizada do profissional, proporcionando a melhora não somente no seu adoecimento físico, mas também espiritual.

A humanização de nossas atitudes para com o nosso próximo é também o cultivo de valores, tais como: respeito, dignidade, justiça e amor para com o próximo, ou seja, de se colocar no lugar do outro. A congregação para a Doutrina da Fé, através da Carta *Samaritanus Bonus*, ainda afirma nessa relação de cuidado que: “Em particular, a relação de cuidado revela um princípio de justiça, na sua dúplici dimensão de promoção da vida humana (*suum cuique tribuere*) e de não causar à pessoa (*alterum non laedere*): o mesmo princípio que Jesus transforma na regra de ouro positiva – ‘Tudo quanto quiserdes que os homens vos façam, fazei-o vós a ele’ (Mateus 7,12)” (Vaticano, 2023, p. 66).

Em nossa relação de ajuda junto aos pacientes, iluminados pelo exemplo do Bom Samaritano que se colocou inteiramente presente diante do desvalido do caminho, também precisamos agir. Diz a congregação da Doutrina da Fé:

“O Bom Samaritano, de fato, «não só se faz próximo, mas cuida do homem que encontra quase morto ao lado da estrada». Investe nele não somente o dinheiro que tem, bem como o que não tem e que espera de ganhar em Jericó, prometendo que pagará no seu retorno. Assim Cristo nos convida a confiar na sua invisível graça e impele à generosidade baseada na caridade sobrenatural, identificando-se com cada doente: «Toda vez que fizestes isto a um só desses meus irmãos mais pequeninos, a mim o fizestes» (Mateus 25, 40). A afirmação de Jesus é uma verdade moral de âmbito universal: «trata-se de ‘cuidar’ da vida toda e da vida de todos», para revelar o Amor originário e incondicional de Deus, fonte do sentido de cada vida” (Bíblia, 2023, Mateus 25, 40).

O episódio do caído à beira do caminho, socorrido pela ação humanizada do samaritano, ilumina a ação do agente da saúde na relação de ajuda ao paciente, como compromisso e responsabilidade. Amar o próximo foi a ética radical de Jesus pela humanidade. Lago (2020, p. 29-32) afirma que: “Jesus, porém, ensinou que o amor assume responsabilidade. Amar é ser responsável. Amar é não se omitir. [...] Aquele a quem posso ajudar a qualquer momento, um ser humano como eu, é meu próximo, independentemente de diferenças raciais, religiosas ou posição social”.

Como o samaritano, o profissional de saúde precisa reconhecer o rosto sofrido de Cristo no rosto do enfermo e vulnerável. É a espiritualidade do profissional sendo materializada como atitude humanizada para alívio diante de um paciente em adoecimento. Menezes (2016, p. 41), no artigo “O Vulnerável segundo a parábola do Bom Samaritano”, afirma que:

“O rosto de Cristo ensanguentado revela-Se no ‘rosto sofredor’ de cada pessoa, que nos sai ao encontro pelos caminhos da humanização. Este rosto apresenta-se ‘frágil’ e presente na dor e no sofrimento. A vulnerabilidade tem um ‘rosto’. Este é sofredor e está aniquilado pela fragilidade da sua angústia existencial. Na vulnerabilidade, o coração está

quebrantado pela dor e pelo sofrimento. Há uma cedência do coração. Cristo passou por esta vulnerabilidade interior no Monte das Oliveiras. O Desvalido no Caminho da dor e do sofrimento (Jesus Cristo) é a 'metáfora vivente' da Via-crúcis dos doentes, dos deserdados, dos pobres, dos frágeis, que possuem um paradigma de discípulo, que ajuda a levar a Cruz, de tantos 'desvalidos', pela via doloris (Lucas 5, 1-11; 9, 23-25, etc.). Se Desvalido é ser frágil e vulnerável ou sem 'valor'" (RDB, 2006).

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Santo Tomás de. **Catena Aurea, exposição contínua sobre os Evangelhos, Evangelho de Lucas**. Campinas: Ecclesiae, 2020.
- BERGANT, Dianne CSA; KARRIS, Robert J. OFM. **Comentário bíblico**. São Paulo: Edições Loyola, 2001.
- BERNARDI, Pe. Simone. **O bom samaritano e a hospedaria: a experiência do SERMIG e do Arsenal da Esperança como tentativa de atualização da parábola lucana enfatizando o ponto de vista da hospedaria**. Ipiranga – SP: Edições Loyola, 2017.
- BÍBLIA SAGRADA, Edição de Estudos, 3. Edição. São Paulo: Ave Maria, 2012
- CALDEIRA, Sílvia; ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. **Espiritualidade e saúde: fundamentos e práticas em perspectiva luso-brasileira**, volume 2. Curitiba: PUCPRESS, 2022.
- CANTALAMESSA, Raniero. **O Verbo se faz carne, reflexão sobre a Palavra de Deus – anos A, B, C**. São Paulo: Editora Ave-Maria, 2013.
- CIPOLLINI, Dom Pedro Carlos. **O Bom Samaritano: paradigma da misericórdia** – Coleção Misericórdia, vol. XI. Brasília: Edições CNBB, 2016.
- KELLER, Timothy. Ministérios de Misericórdia, **O chamado para a estrada de Jericó**. São Paulo: Vida Nova, 2016.
- LAGO, Davi. **Ame o seu próximo: a ética radical de Jesus**. São Paulo: MC – Mundo Cristão, 2020.
- MENEZES, Ramiro Délio Borges. **Na parábola do Bom Samaritano (Lc 10, 25-37): o caminho da Misericórdia do Desvalido**. Roma: IF Press, 2016.
- NOUWEN, Henri. **O curador ferido: ministério na sociedade contemporânea**. Petrópolis: Editora Vozes, 2022.
- OPORTO, Santiago Guijarro; GARCIA, Miguel Salvador. **Comentário ao Novo Testamento III**. São Paulo: Editora Ave Maria, 2006.
- PAGOLA, José Antônio. **O caminho aberto por Jesus**. Petrópolis RJ: Editora Vozes, 2012.
- PEREIRA, Pe. José Carlos. **Liturgia da Palavra II**. São Paulo: Paulus, 2015.
- PEREIRA, Felipe Moraes Toledo; TOLOI, Diego de Andrade; ANDRADE, Paulo Antônio da Silva; BRANCO, Tiago Pugliese. **Espiritualidade e oncologia: conceitos e práticas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2018.
- REIS, Fernanda. **Humanização na saúde**. Rio de Janeiro: DOC Editora, 2013.
- SILVA, Pe. José Wilson Correia da. **Assistência espiritual hospitalar em tempo de pandemia: apreciação de um capelão**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2021.

Sites:

Hospital do Coração de Sobral: <http://hcsobral.com.br/>

Política Nacional de Humanização: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

Vaticano: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_po.html

Papa Paulo VI: https://www.vatican.va/content/paul-vi/pt/speeches/1965/documents/hf_p-vi_spe_19651208_epilogo-concilio-poveri.html

Papa João Paulo II: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/apost_letters/2001/docu-

ments/hf_jp-ii_apl_20010106_novo-millennio-ineunte.html

Papa Francisco: https://www.vatican.va/content/francesco/pt/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html#56

Misericordiae Vultus: https://www.vatican.va/content/francesco/pt/apost_letters/documents/papa-francesco_bolla_20150411_misericordiae-vultus.html

Artigo científico: O Vulnerável segundo a parábola do Bom Samaritano. Site: RDB Meneses - Revista de Cultura Teológica, 2006. https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%-2C5&q=O+Vulner%C3%A1vel+segundo+a+par%C3%A1bola+do+Bom+Samaritano&btnG=

| Capítulo 8

CUIDADO PALIATIVO E CAPELANIA HOSPITALAR: O OLHAR PARA O CAPELÃO/VISITADOR NUM CONTEXTO DE TERMINALIDADE

Claudio Samuel Scherwinski Santos³⁴
Antônio Boeing³⁵

Resumo: A presente pesquisa, de cunho qualitativo, visa trazer um pouco da história dos cuidados paliativos em sua criação, começo dos trabalhos no Brasil e aproximação deste com a atenção domiciliar. Destacando-se o atendimento ao paciente em situação terminal e a característica do contato multiprofissional e interdisciplinar. Tratando da parceria positiva com a Capelania Hospitalar e a importância da formação do capelão ou visitador. É apresentada a formação com ênfase no diálogo paciente/acompanhante e visitador e, por fim, um convite ao debate sobre propostas de formação do capelão ou visitador num contexto de terminalidade.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Atenção Domiciliar; Capelania Hospitalar.

Abstract: This research, with a qualitative nature, aims to bring a brief history of Palliative Care in its creation, beginning of works in Brazil and an approximation of it with the Home Care. Highlighting the service to terminal situation patients and the characteristic of multiprofessional and interdisciplinary contact. Treating the positive partnership with Hospital Chaplaincy and the importance of the formation of the chaplain or visitor. It is shown the development with emphasis in dialog with a patient/intimate and visitor and for last, an invitation to discuss about propositions of chaplain or visitor academic education in a contexto of Terminality.

Keywords: Palliative Care; Home Care; Hospital Chaplaincy.

³⁴ Pós-graduando em Capelania Hospitalar., bacharel em Teologia e Capelão Hospitalar do projeto Capelania Hospitalar Luterana. E-mail: claudio3s@yahoo.com.br.

³⁵ Prof. Antônio Boeing, licenciado em Filosofia, bacharel em Teologia, mestre em Teologia Dogmática, doutor em Ciências da Religião, professor no Centro Universitário São Camilo, assessor nas áreas de Educação, Assistência e Religião, em várias instituições educacionais e religiosas. E-mail: aboeing20@gmail.com.

1. Introdução

Com o desenvolvimento da medicina e o maior acesso da população ao cuidado com a saúde, além do aumento da expectativa de vida no Brasil, a implementação dos cuidados paliativos no atendimento ao paciente tem sido uma realidade cada vez mais abrangente e de relevante importância, especialmente do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2020a).

Neste trabalho, de cunho de pesquisa bibliográfica, busca-se trazer um pouco da história do surgimento do cuidado paliativo, o começo deste atendimento no Brasil e a inter-relação com o atendimento domiciliar oferecido pelo SUS, tendo como ênfase o contexto de terminalidade. Visto que a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade são algumas das grandes características deste atendimento, buscou-se traçar a importante parceria entre a Capelania Hospitalar e o cuidado paliativo. A ênfase é na pessoa do capelão ou visitador e na importância de sua formação. Por fim, buscou-se deflagrar o uso do diálogo do capelão ou visitador com paciente e acompanhante como norma formativa e uma proposta inicial de alguns princípios para formação no contexto da visita em caso de terminalidade.

2. CUIDADOS PALIATIVOS

O termo *palliative care* (cuidado paliativo) surgiu no Canadá, criado pelo médico cirurgião Balfour Mount, na década de 1970. Desde então é aceito mundialmente (Paiva; Santos; Costa; Almeida-Filho, 2022). Por definição, o cuidado paliativo consiste:

[...] 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 ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (World Health Organization, 2002).

Este assunto, na área da saúde, cada vez mais tem tomado significativa importância. O acesso a programas terapêuticos e a tecnologias que fazem com que doenças, antes consideradas letais, agora possam ser consideradas crônicas, tem resultado no aumento da longevidade dos pacientes e, conseqüentemente, no crescimento da expectativa de vida da população como um todo. Nesse contexto, os cuidados paliativos oferecem medidas para melhorar a qualidade de vida num quadro crônico ou de terminalidade (Brasil, 2020a). Grande definição, resultado de muita prática e amor no cuidado ao paciente em situação paliativa, é:

Os cuidados paliativos oferecem, então, não apenas a possibilidade de suspender tratamentos considerados fúteis, mas também a realidade tangível de ampliação da assistência oferecida por uma equipe que pode cuidar dos sofrimentos físicos, dos sintomas da progressão da doença ou das sequelas dos tratamentos agressivos que foram necessários no

controle da doença grave e incurável. O sofrimento emocional é intenso [...]. E ainda temos a dimensão espiritual do ser humano que adocece (Arantes, 2019, p. 44-45).

Como diz a capelã Eleny Vassão de Paula Aitken – citando Cicely Saunders –, o cuidado paliativo “substitui o ‘não há mais nada a fazer’ por ‘há muito que podemos fazer por nossos pacientes’” (Aitken, 2008, p.87). Aqui, acentua-se a ideia de que não se cuida apenas com a perspectiva da cura; se cuida, e muito, na perspectiva da qualidade de vida enquanto há vida para se desfrutar.

2.1 O surgimento dos cuidados paliativos

Para alguns historiadores, a filosofia paliativista remonta à Antiguidade, no contexto das cruzadas. Ou, ainda, referem-se ao Padre João Vicente de Paula, fundador, no século XVII, da Ordem das Irmãs de Caridade em Paris. Mas, com certeza, nada é tão impactante para o surgimento dos cuidados paliativos quanto a história de Cicely Saunders.

Cicely nasceu no dia 22 de junho de 1918, na Inglaterra. Graduou-se como enfermeira, assistente social e médica. Em 1967, fundou o St. Christopher’s Hospice que ainda hoje é modelo de cuidado paliativo e medicina paliativa. Ainda como médica, Cicely desenvolveu um importante estudo sobre o controle da dor em pacientes com câncer (Paiva; Santos; Costa; Almeida-Filho, 2022). Com certeza, o que se tem hoje em dia de trabalho em cuidados paliativos e também de hospices é reflexo da atuação desta corajosa e destemida precursora que dedicou sua vida a “esse perfil de pacientes e, para ela, era possível cuidar quando não era mais possível curar” (Paiva; Santos; Costa; Almeida-Filho, 2022, p. 45).

2.2 Os cuidados paliativos no Brasil

Em 1944, no Rio de Janeiro, houve uma espécie de início de trabalho em cuidados paliativos. Isso aconteceu no Centro de Cancerologia (CC), chamado de Asilo para Cancerosos, devido ao atendimento para os pacientes com este diagnóstico e que eram reconhecidos como sem resposta farmacológica – na época, o Centro de Cancerologia estava tendo dificuldades nos recursos e serviços oferecidos (Paiva; Santos; Costa; Almeida-Filho, 2022).

Porém, o movimento de criação e expansão dos trabalhos de cuidados paliativos no Brasil teve início somente na década de 1970, especialmente no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. Ao que se tem registro, o primeiro serviço foi fundado pela Profa. Dra. Miriam Marteleite, anestesiológica que, em 1979, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, fundou o Serviço de Dor e, em 1983, o Serviço de Cuidados Paliativos no Hospital de Clínicas. Concomitantemente era fundado, na cidade de São Paulo, pelo médico fisiatra Antônio Carlos Camargo de Andrade Filho, o Serviço de Dor da Santa Casa e, três anos depois, em 1986, o serviço de cuidados paliativos. Ainda em 1986, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) iniciou um atendimento com pacientes sem possibilidade de cura, evoluindo poste-

riormente para o Suporte Terapêutico Oncológico (STO), em 1989 (Paiva; Santos; Costa; Almeida-Filho, 2022).

Já em 1990 houve a promulgação da Lei Orgânica da Saúde para regulamentação nacional do serviço de cuidado paliativo, que estabeleceu o INCA como o “órgão de referência na prestação de serviços de saúde, em âmbito nacional para avaliação e estabelecimento de parâmetros da prestação de serviços do SUS” (Paiva *et al.*, 2022, p. 44).

Daí para adiante, foram estabelecidos outros serviços de cuidados paliativos, bem como a promulgação de políticas de saúde nesta área, legislação e fundações. Sempre com o objetivo do:

[...]controle impecável de sinais e sintomas, além do respeito e dignidade no percurso da vida, fortalecendo uma visão holística, capaz da observação do paciente para além das questões biológicas, respeitando seus desejos, necessidades e individualidade no intuito de ofertar qualidade de vida no decorrer da doença (Paiva; Santos; Costa; Almeida-Filho, 2022, p. 44).

2.3 Os cuidados paliativos e a atenção domiciliar

O perfil do paciente que usa o SUS no Brasil tem se modificado ao longo dos anos. Doenças crônicas, a longevidade e o acesso a terapias mais complexas têm feito com que o atendimento a este público seja melhor prestado. Assim, a atenção domiciliar (AD) tem sido uma excelente resposta por:

[...] apresentar características que possibilitam a articulação de vários pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a otimização do uso de leitos e recursos hospitalares, a ampliação do acesso aos serviços por usuários acamados ou domiciliados, além de representar uma solução importante para a sobrecarga das portas de urgência. Desde a perspectiva do usuário, busca a humanização do cuidado e a ampliação da autonomia, promovendo maior qualidade e resolutividade do cuidado (Brasil, 2020^a, p. 05).

Apesar de estar descrita como atenção primária, a atenção domiciliar presta os mais diversos atendimentos. Sendo que, em muitos casos, paliativos. Também é importante lembrar que a atenção domiciliar, resumidamente, é o atendimento pelos profissionais da saúde na residência e, por isso, tem por característica do convívio ao domicílio. Assim, acaba tendo uma atenção especial com o cuidador e à família como um todo. Outra característica é o trabalho em equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. Só assim é possível atender as demandas que caracterizam esse trabalho, usando dos diversos saberes e práticas da equipe (Brasil, 2013b).

2.4 O cuidado a paciente terminais

Dentro do trabalho de cuidados paliativos, faz parte do atendimento aquele que é prestado para o paciente em fim de vida. Quer seja o paciente restrito ao leito ou com certa mobilidade. Quer seja ao paciente responsivo ou impossibilitado de comunicar-se. E, ainda, com todos os atenuantes do seu quadro clínico: por vezes restrito ao leito, sem deglutição etc. No caso da atenção domiciliar, inclusive, é abordada a possibilidade do óbito em domicílio. Ainda é “permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (Brasil, 2013, p. 71). Nesse sentido, a comunicação adequada, e o restrito relacionamento com paciente e família são de extrema importância. Mas é preciso entender que, muitas vezes, o assunto sobre “morte” e “morrer” será um tabu para paciente e família. Assim, toda conversa sobre essa temática acaba sendo “recheada” de sentimentos e emoções, muitas vezes, ruins (Brasil, 2020a).

3. A CAPELANIA HOSPITALAR NUM CONTEXTO DE CUIDADO PALIATIVO

Por definição, a Capelania Hospitalar é:

[...] a expressão do serviço religioso prestado pela comunidade cristã na instituição de saúde. Compõe-se de um ou mais sacerdotes aos quais podem ser agregados diáconos, religiosos e leigos (Cinà; Locci; Rochetta, 1999, p. 140).

Esta definição se aplica mais a uma capelania institucional. Por exemplo, em uma Santa Casa, que está ligada a uma denominação religiosa, é possível se ter uma capelania hospitalar nestes moldes. Inclusive cumprindo seus objetivos, a citar: criar ambiente eclesial na instituição, promover e coordenar conselhos pastorais e contribuir com o envolvimento dos cristãos na assistência (Cinà; Locci; Rochetta, 1999).

No entanto, há uma série de instituições de saúde que não são ligadas a nenhuma denominação, sendo de origem pública, particular ou institucional secular. A pergunta que segue, nesse contexto, é: há nessas instituições a possibilidade de se ter trabalho de Capelania Hospitalar? Para este tipo de instituição, a Capelania Hospitalar age mais naquilo que é chamado de espiritualidade. Neste conceito há muita abertura e a necessidade muito grande de cada vez mais se ter serviços organizados de Capelania hospitalar. Na pessoa da fundadora dos cuidados paliativos, Cicely Saunders, vê-se muito da religiosidade e espiritualidade. Ela se sentia chamada por Deus para a função de “cuidar quando não era mais possível curar” (Paiva; Santos; Costa; Almeida-Filho, 2022, p. 42). Desde sua criação, os cuidados paliativos receberam atenção especial para a espiritualidade, e a própria OMS, em 2002, destacou que cuidado paliativo engloba a “[...] prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais” (World Health Organization, 2002, grifo nosso).

Portanto, a Capelania Hospitalar não só pode fazer parte do âmbito do trabalho de cuidados paliativos numa instituição de saúde, como deve fazer parte para que este atendimento seja integral e completo. Em manual de cuidados paliativos do Hospital Sírio Libanês, o autor acentua que a “espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos deve ser considerada como um sinal vital, ou seja, integrada na rotina de cuidados, abordada como qualquer outra questão médica e inserida no plano de cuidados do paciente” (Ministério da Saúde, 2020, p. 25).

Outro aspecto do cuidado paliativo em instituição de saúde e, especialmente, na atenção domiciliar é a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade. E a presença da Capelania Hospitalar busca acrescentar o olhar para a espiritualidade do paciente, contribuindo e qualificando essa área.

3.1 O papel do capelão/visitador no contexto de cuidado paliativo e terminalidade

A pessoa do capelão ou do visitador, seja ele um voluntário, leigo, diácono ou religioso, é de suma importância para efetiva atuação da Capelania Hospitalar. Parece muito óbvio, mas é relevante mencionar que não basta uma organização institucional ou um belo projeto pautado em uma maravilhosa bibliografia. A figura do capelão ou visitador vai pautar a efetividade do trabalho da capelania e aceitação junto ao paciente e familiares e, conseqüentemente, à instituição. Especialmente em pacientes terminais, onde ele e a família vivem momentos de turbulência e sofrimento. Nesse sentido, a formação e o treinamento do capelão ou visitador são imprescindíveis.

3.1.1 O movimento de clínica pastoral na formação do capelão/visitador

A expressão “clínica pastoral” vem de um movimento, criado nos Estados Unidos, de treinamento para capelães, visitantes voluntários, estudantes e diáconos, visando a visitação a pessoas enfermas em hospitais e clínicas psiquiátricas. O pastor presbiteriano Anton T. Boisen (1876-1965) “iniciou um trabalho junto a doentes mentais no Hospital Estadual de Worcester” (Hoepfner; Daniel, 2008, p. 90). Ele é o precursor do movimento que juntou elementos da psicologia e da teologia e que trouxe novamente para dentro das instituições de saúde o visitador religioso (Hoepfner; Daniel, 2008).

Em 1930, Boisen, conjuntamente com outros colaboradores, fundaram o Council for Clinical Training. Em 1932, o teólogo Russel L. Dicks deu início a esse treinamento no Massachusetts General Hospital, melhorando-o como a adaptação do “Verbatim” (protocolo). Esse método, até hoje, é praticado em toda a Europa e América do Norte, sendo criado em 1963 a American Association of Pastoral Counselors. Todo esse método consiste numa prática supervisionada de assistir a pessoas doentes, realizando relatórios que são compartilhados em grupos. Tudo isso especialmente pautado no diálogo estabelecido entre ambos (Hoepfner; Daniel, 2008).

Com certeza, o movimento de clínica pastoral é o mais importante processo de formação que temos nos tempos atuais. Mesmo que este movimento não tenha

tanta inserção na formação do capelão ou visitador no Brasil, ele pauta, em muito, a metodologia de formação aqui praticada. Ou seja, a formação pautada no diálogo paciente/visitador.

Mas, em relação ao paciente terminal: como lidar com um paciente não responsivo? Como estabelecer um diálogo com a família que, muitas vezes, não pode falar abertamente diante daquele paciente que não “fala, mas ouve”? Será que só a comunicação não verbal responde a isso? Aqui vemos que é importante para o visitador uma reflexão apropriada sobre sua prática na visitação aos pacientes terminais, especialmente aos que se encontram em um quadro não responsivo e com demais impossibilidades, devido ao avanço da doença e à devida intervenção clínica.

3.1.2 A visitação a pacientes terminais

Antes de se destacar o que deve acontecer numa visitação a pacientes terminais, é importante salientar o que não deve acontecer. O médico Luis Alberto Saporetti escreve sobre a violência e o abuso religioso/espiritual e chama a atenção para alguns pontos: a exacerbada ênfase na punição de Deus, o proselitismo e a dissonância das convicções religiosas entre paciente, familiares e equipe de saúde (CREMESP, 2008). Assim, é necessário acentuado cuidado com esses aspectos.

Por outro lado, é possível elencar alguns pontos que são importantes na visitação a pacientes terminais. E, aqui seguem algumas sugestões no intuito de provocar uma discussão em torno deste tema.

3.1.2.1 O tom de voz já faz a diferença

O ambiente em um leito de hospital ou, no caso da atenção domiciliar, de um quarto em que há um paciente em terminalidade toma um tom quase que “sacramental”. Existe muita dor, muitos sentimentos relacionados e a muita solicitude de todos os envolvidos. Neste ambiente o tom de voz muda. Geralmente mais baixo, mais contencioso. Não é o momento de falar alto. Não é o momento de brincadeiras. É o momento de se chegar com um tom mais “cerimonial” e conduzir as conversas com parcimônia e sensibilidade.

3.1.2.2 Verbalizar cada ação

Há diversos contextos nesta visitação. Muitas vezes, o capelão/visitador é chamado justamente para estar ali só neste momento. Em muitos casos, há pouco convívio e conhecimento da situação dos envolvidos. Não é o momento de fazer perguntas sobre diagnóstico ou coisas afins. Também, em muitos casos, os familiares ou cuidadores não sabem o que será feito e, por isso, é importante que se verbalize cada ação. Desde a apresentação ao próprio paciente. Sim, apresentar-se: “Eu sou o fulano de tal. Tal pessoa me pediu a visita. Sou o capelão, gostaria de...”. É tratar de forma digna aquela pessoa que está ali, mesmo que esteja no leito, entubada ou sob

efeito de sedativo. É o momento de não ser invasivo. Se vai orar, dizer: “Eu poderia fazer uma oração?” – o que pode ser respondido pelo cuidador. Assim, se mostra percepção e respeito pela autonomia do paciente. Se vai fazer uma leitura da palavra de Deus, perguntar: “Eu posso fazer uma leitura da Palavra?”. E é preciso estar preparado para ouvir um “não” em algum momento.

3.1.2.3 Prepare-se de antemão para o que fazer e mude conforme for necessário

Como a visitação neste contexto de terminalidade quase inviabiliza totalmente a comunicação, é preciso ter alguma preparação para o que o capelão/visitador fará, dentro da tradição religiosa e dentro daquilo que se puder subentender ou que já se sabe do paciente. Pode ser uma leitura bíblica, por exemplo. Mas qual leitura? Deve-se lembrar dos conceitos colocados anteriormente de que esta visitação não deve acentuar a punição de Deus, tampouco levar a um proselitismo nem mesmo ser contrária a alguma crença que, porventura, se saiba do paciente. Uma regra importante aqui é: menos é mais. Uma oração geralmente é bem-vinda. Mas como orar? Qual o conteúdo da oração? Orações prontas, via de regra, são ligadas a uma outra denominação. Corre-se aqui o risco de ser contrário ao que o paciente ou familiar professa.

3.1.2.4 Seja totalmente sensível aos mínimos gestos

Como o diálogo num contexto de terminalidade, via de regra, é breve, deve-se prestar atenção nos mínimos gestos. Um olhar de reprovação ou uma mudança de comportamento (por exemplo: um familiar estava interagindo e, depois, para) pode ser um sinal de que se ultrapassou algum limite. Por outro lado, um gesto de complacência, afirmação ou leve calma pode ser um indicativo de que se está no caminho certo. Nesse sentido, a pressa na visita e nas ações pode prejudicar.

3.1.2.5 Em caso de falecimento, fique junto

Ao se trabalhar com pacientes terminais, é possível que se esteja presente no momento do óbito. A reação do familiar ou acompanhante, e até mesmo da equipe de saúde, pode ser a mais diversa, mas a reação do capelão ou do visitador é preciso que seja de apoio, temperança e acolhimento. Após o óbito acontece a intervenção da equipe de saúde e o momento do contato desta equipe ou de familiares com outros familiares. Há momentos também de apenas chorar. E cabe ao capelão/visitador estar sensível ao que acontece e ficar junto tanto quanto se vê que está sendo apoio e até que se proceda alguma outra coisa, como a família sair para ver os procedimentos burocráticos. Uma vez visto que os procedimentos estão se encaminhando, é possível sair despedindo-se respeitosamente.

É claro que todas as sugestões são apenas reflexões iniciais. Aqui não se esgota o assunto, pelo contrário, há a proposição de que este tema seja debatido e estruturado. O objetivo é fomentar a discussão.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após este estudo sobre cuidados paliativos, Capelania Hospitalar e o papel do capelão/visitador, pode-se chegar às seguintes conclusões: o cuidado paliativo, desde sua criação até a implementação no Brasil e a aplicação na atenção domiciliar, mostra-se, hoje, de suma importância para ser ofertado, tanto pelo SUS, quanto por instituições privadas de saúde. O aumento da expectativa de vida e o prognóstico cada vez mais prolongado para muitas patologias traz esta conclusão. Já a Capelania Hospitalar faz parte dos cuidados paliativos desde sua criação, especialmente na figura de Cicely Saunders e, posteriormente, na visão multiprofissional e interdisciplinar. Assim, cada vez mais é importante ter trabalhos organizados de Capelania Hospitalar servindo em meio aos cuidados paliativos. E, por fim, a pessoa do capelão/visitador deve ter grande ênfase na sua formação, também num contexto de terminalidade que traz algumas características diferentes de uma visitação habitual. E fica o desafio de se ofertar mais treinamento para o contexto da visitação na terminalidade, assim como se tem com pacientes responsivos e de quadro clínico menos grave.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. CINÁ, Giuseppe. LOCCI, Efísio. ROCCHETTA, Carlo. **Dicionário interdisciplinar da Pastoral da Saúde**. Trad. Calisto Vendrame, Leocir Pessini e equipe. São Paulo: Paulus, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). **Cuidado paliativo** / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares – Coord, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte. Aline de Almada Messias, Ana Paula Mirarchi Vieira Maiello, Fernanda Pimentel Coelho, Maria Perez Soares D'Alessandro; Revisores: Ana Cristina Pugliese de Castro, Ana Paula de Souza Borges, Carina Tischler Pires, Daniela Achette, Daniel Neves Forte, Luis Saporetti, Luiz Filipe Gottgroy de Carvalho, Valeria Delponte e Veridiana Schulz ... [et al.] **Manual de cuidados paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2020.

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. 121 f.

MANUAL de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte, Aline de Almada Messias, Ana Paula Mirarchi Vieira Maiello, Fernanda Pimentel Coelho, Maria Perez Soares D'Alessandro; Revisores: Ana Cristina Pugliese de Castro, Ana Paula de Souza Borges, Carina Tischler Pires, Daniela Achette, Daniel Neves Forte, Luis Saporetti, Luiz Filipe Gottgroy de Carvalho, Valeria Delponte e Veridiana Schulz – São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2020.175p.

PAIVA, Carolina Fraga; SANTOS, Tânia Cristina Franco; COSTA, Laís de Miranda Crispim; ALMEIDA-FILHO, Antonio José de. **Trajetória dos cuidados paliativos no mundo e no Brasil**. In: Peres MAA, Padilha MI, Santos TCF, Almeida Filho AJ, (Orgs.) Potencial interdisciplinar da enfermagem: histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília, DF: Editora ABen, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2.ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em:<National cancer control programmes : policies and managerial guidelines (who.int)>. Acesso em: maio 2021.

| Capítulo 9

A MISSÃO DO CAPELÃO HOSPITALAR NOS CUIDADOS COM PACIENTES PALIATIVOS ADULTOS

Gutemberg Ribeiro dos Santos³⁶
Antônio Boeing³⁷

Resumo: A Capelania hospitalar é o serviço religioso oferecido aos pacientes nos serviços de saúde da rede pública ou privada, garantido por leis federais e estaduais, conforme consagrado na Constituição Brasileira de 1988, nos artigos seguintes, em lei, na Disposição coletiva de Ajuda Religiosa em Entidades Cíveis e Militares Detidas. Proporcionando um serviço humanitário, saudável para a saúde do paciente e familiar para enfrentamento do seu estado de saúde e doença. Tendo em vista a questão do processo de morte, a capelania é um aliado fundamental para os cuidados paliativos no processo de saúde e leva o ser humano a ter uma brevidade da vida com mais dignidade neste processo da finalidade. Nesse contexto, estabelece-se como objetivo geral deste presente trabalho abordar de forma clara e objetiva: a missão do capelão hospitalar nos cuidados com pacientes paliativos adultos e, em específico, conceituar o serviço de capelania; estabelecer como se dispõe a prática da capelania; esclarecer a importância e principais características de um capelão nos cuidados dos pacientes paliativos.

Palavras-chave: Capelania; Assistência Hospitalar; Cuidado Paliativo.

Abstract: Hospital chaplaincy is the religious service offered to patients in public or private health services, guaranteed by federal and state laws, as enshrined in the Brazilian Constitution of 1988, in the following articles, in law, in the Collective Disposition of Religious Help in Entities Civilian and Military Detained. Providing a humanitarian service, healthy for the health of the patient and family to face their state of health and illness. In view of the issue of the death process, chaplaincy is a fundamental ally for palliative care in the health process, it leads human beings to have a shorter life with more dignity in this purpose process. In this context, it is established as the general objective of this present work to approach in a clear and objective way: the Mission of the hospital chaplain in the care of adult and specific palliative patients to conceptualize the chaplaincy service; establish how the practice of chaplaincy is arranged; clarify the importance and main characteristics of a chaplain in the care of palliative patients.

Keywords: Chaplaincy; Assistance Hospital; Palliative care

³⁶ Pós-graduando em Capelania Hospitalar, bacharel em Enfermagem, pós-graduado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e bacharel em Filosofia. E-mail: guterib@hotmail.com.

³⁷ Orientador Prof. Dr. Antônio Boeing, licenciado em Filosofia, bacharel em Teologia, mestre em Teologia Dogmática, doutor em Ciências da Religião, professor no Centro Universitário São Camilo, assessor nas áreas de Educação, Assistência e Religião, em várias instituições educacionais e religiosas. E-mail: aboeing20@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história, o ser humano buscou formas de entender os complexos fenômenos de sua existência, desde o nascimento até o ocaso. Perguntas como de onde viemos, por que estamos aqui e para onde vamos são questões humanas comuns que todos compartilhamos e para as quais buscamos continuamente respostas. Desde o início, o ser humano é confrontado com sua realidade limitada, tanto na alegria quanto na dor física e psicológica.

Diante da complexidade do humano, podemos dizer que cada pessoa traz consigo sua religiosidade no seu contexto cultural. Dessa forma, entendemos que a busca pelo transcendente é algo inerente à vida humana. Assim, compreendemos que, dentro do ambiente de hospitais, a Capelania Hospitalar é o serviço religioso oferecido aos pacientes nos serviços de saúde da rede pública ou privada, garantido por leis federais e estaduais, conforme consagrado na Constituição Brasileira de 1988, nos artigos seguintes, em lei, na Disposição coletiva de Ajuda Religiosa em Entidades Cíveis e Militares Detidas.

Quando a OMS (Organização Mundial da Saúde) incorpora as questões espirituais a toda a humanidade, entendendo a todos como seres biopsicosocioespirituais, mostra que as questões espirituais são importantes para vida, principalmente em cuidados paliativos. Dessa maneira, o atendimento dos pacientes na questão espiritual, o qual cabe ao padre, pastor ou assistente espiritual que esteja de acordo com a crença professada pelo paciente, deve ajudá-lo a enfrentar com serenidade o processo de saúde e doença, levando em conta o processo de morte.

Por isso, os cuidados paliativos surgem como opção e caminho para dignificar a pessoa humana neste contexto de morte prognosticada. Em alguns países, as normas que regulamentam os cuidados paliativos preveem, juntamente com essa assistência, a inclusão da possibilidade da eutanásia e do suicídio assistido. Esse entendimento tem gerado grande confusão, pois tem levado a crer que os cuidados paliativos são parte integrante da assistência médica à morte voluntária, que seria uma forma de eutanásia ou suicídio assistido. Porém, No Brasil, a eutanásia é crime, por isso, os cuidados paliativos ajudam os indivíduos em um dos processos mais humanos e complexos da vida, que é trabalhar a naturalidade da morte como parte integrante da sua humanidade.

Neste trabalho, iremos abordar qual é a missão da Capelania Hospitalar frente a pacientes em cuidados paliativos adultos, sendo uma pesquisa qualitativa que irá nos ajudar a compreender de que forma o capelão colabora com este processo de finalidade de vida (cuidados paliativos), ajudando os pacientes a enfrentar de maneira humana algo que é natural da nossa existência.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA CAPELANIA HOSPITALAR

A Capelania Hospitalar é uma prestação de serviço religioso ministrada aos doentes nos serviços de saúde hospitalar da rede pública ou privada, garantido por ambas as leis, federal e estadual, como se encontra na Constituição Brasileira de 1988, nos seguintes termos: “[...] é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva” (CF, art. 5º, VII).

Dentro do âmbito militar, para exercer a função de capelão é preciso ser concursado, ou seja: realizar a prova de alguma das forças armadas do país; ser aprovado nas provas teóricas e práticas; ter cursado Teologia; se for católico, tem que ser padre, e, se for evangélico, tem que ser pastor; em ambos os casos, comprovar vínculos com a instituição de origem. Somente dessa forma poderão exercer a função de capelão militar.

Nas entidades hospitalares públicas e privadas, a Lei nº 9.982 de 2000, regulamentou a prestação de assistência religiosa, assim dispondo:

Art. 1º Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares, no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais. Art. 2º Os religiosos chamados a prestar assistência nas entidades definidas no art.1º deverão: em suas atividades, acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição hospitalar ou penal, a fim de não pôr em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar ou prisional. (Brasil, 2000).

Ainda bem que a lei favoreceu os pacientes internados no ambiente público ou particular, garantindo a assistência religiosa, se assim o assistido necessitar e solicitar. Dessa forma, é visto como algo benéfico para o paciente e contribui para a sua melhora física e espiritual. Acreditamos que o hospital que possui abertura assistência religiosa ao paciente dá um conforto melhor à pessoa que precisa deste atendimento, o qual faz parte da vida, ou seja, é uma busca de sentido na questão existencial.

A questão existencial é algo presente dentro da vida, pois o ser humano era visto somente como ser biopsicosocial, como afirmam Belloch e Olabarria,1993, p.181:

“O corpo humano é um organismo biológico, psicológico e social, ou seja, recebe informações, organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite, os quais produzem, por sua vez, maneiras de se comportar. Porém, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o estado de saúde do homem, em 22 de janeiro de 1998, que ‘saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade’”.

Como a OMS incorporou a questão espiritual no conjunto do ser humano, este passou a ser biopsicosocioespiritual. Com isso, mostrou-se que a questão da espiritualidade é de extrema significância, principalmente dentro do contexto dos pacientes em cuidados paliativos ou finalidade de vida. Tudo isso irá ajudar o paciente, caso ele solicite auxílio da capelania, que tem a função de proporcionar um ambiente acolhedor e seguro, onde os indivíduos possam expressar suas emoções, encontrar significado e propósito em suas vidas e receber apoio emocional e espiritual durante sua jornada de enfrentamento da doença.

2.1 A missão da Capelania Hospitalar

A religião percorre a história da humanidade desde os tempos mais remotos até o presente. Neste contexto, percebe-se que a dimensão religiosa sendo muito antiga está ligada intimamente com a organização econômica, social e política de onde se insere. As relações entre religiões atestam certa unidade, sejam elas: manifestações simbólicas, hierofanias, atitude religiosa e expectativa de salvação. Dessa forma, apesar de todas as vivências religiosas percorrem sentidos diferentes, ainda apresentam disposições convergentes. Tornando-se capazes em se abrigar de uma maneira universal, o desejo pessoal do encontro, buscando um sentido para a vida. Sendo assim, a religião sempre esteve associada ao meio sociocultural em que vive e, com isso, esta mesma religião é caracterizada pela secularização, pelo símbolo de mundo atual e científico, sobrevivendo na maneira de um mundo vivido por boa parte dos seres humanos em uma conjuntura globalizada, afetuosa e edificante, que mantém a fala sobre a percepção da vida.

Assim, entendemos a religião como um conjunto de crenças que relaciona o ser humano ao sagrado e ao divino, e da outra forma, ao qual, o reúne num conjunto social no qual se fortalece a vida do indivíduo desde a sua base. Portanto, as religiões estão marcadas pelas numerosas marcas do nosso tempo, como o multiculturalismo e o pluralismo.

Visto o valor que sustenta a sociedade atual, a religião tem um lugar particular. Mas é necessária uma visão especial e um cuidado atencioso para que a religião tenha uma nova ideia de unidade, na qual não coincida com a igualdade de identidade e a uniformidade monótona. E, sim, busque reconhecimento na diversidade, respeitando a liberdade e a tolerância daqueles que não querem professar uma fé, mas querem ser, simplesmente os humanos modernos.

Dentro do contexto que foi falado acima sobre a religião, podemos dizer que a missão da Capelania Hospitalar é fornecer apoio espiritual e emocional para pacientes, suas famílias e profissionais de saúde em um ambiente hospitalar. A Capelania Hospitalar reconhece a importância da dimensão espiritual da saúde e bem-estar e trabalha para ajudar as pessoas a lidarem com os desafios e incertezas que podem surgir durante uma internação hospitalar.

3. REFERÊNCIAS PARA A MISSÃO DA CAPELANIA HOSPITALAR

Apoio espiritual: ajuda as pessoas a lidarem com questões espirituais e religiosas, como significado, propósito, fé, esperança e conexão com algo maior. Trabalha para promover a cura espiritual e a paz interior.

Apoio emocional: fornece apoio emocional para pacientes, suas famílias e profissionais de saúde durante momentos de crise e vulnerabilidade. Ajuda a aliviar a angústia emocional e a promover o bem-estar psicológico e emocional.

Aconselhamento: oferece aconselhamento e orientação para pacientes e suas famílias em relação a questões éticas, morais e espirituais relacionadas ao cuidado de saúde. Ajuda as pessoas a tomar decisões informadas e a lidar com questões difíceis que possam surgir durante uma internação hospitalar.

Trabalho multidisciplinar: trabalha em conjunto com a equipe de saúde para fornecer um cuidado holístico e coordenado aos pacientes. Ajuda a promover a comunicação e a colaboração entre os membros da equipe.

Promoção da resiliência: a Capelania Hospitalar ajuda a promover a resiliência dos pacientes, suas famílias e da equipe de saúde durante momentos difíceis. Fornece recursos e suporte espiritual e emocional para ajudar as pessoas a lidarem com o estresse e a incerteza.

3.1 Características adequadas na relação da comunicação entre o paciente e o capelão

Empatia: colocar-se sempre no lugar do outro, evitar ser mecânico no atendimento e, diante do quadro, ser sinal de esperança.

Respeito: o ato do respeito, fazendo colaborar com a crença do paciente, independentemente de qual seja, demonstra o desarme das suas convicções para ajudar o outro sem julgamentos e críticas.

Confidencialidade: exercer o sigilo como forma de respeitar o que o paciente lhe confia e, com isso, permitir que ambos exerçam a confiança.

Escuta ativa: estar por inteiro na escuta e ficar muito atento, sem desviar o olhar para que o paciente veja a importância de ser visitado.

Suporte: exercer de forma integral o suporte emocional que contribui na questão psicológica do paciente.

3.2 Características inadequadas na relação da comunicação entre paciente e capelão

Imposição da crença: o agente de pastoral ou capelão impõe suas opiniões ou crenças à pessoa ajudada, buscando convencer o paciente que a forma que ele tem de crer é inadequada e mostrar a convicção religiosa dele como certa.

Falta de confidencialidade: o agente de pastoral não mantém o respeito do sigilo do que o paciente lhe confiou e, por exemplo, sai falando com terceiros sobre o que lhe foi confiado.

Não empatia: o agente de pastoral enxergar sua visita como mais uma e não se importar com a doença do outro.

Comportamento julgador: o agente de pastoral julga a doença ou a vida do paciente como algo em que ele está pagando sua dívida com Deus.

Falta de escuta ativa: não prestar atenção no paciente, fica mexendo no celular e, conseqüentemente, não passar confiança.

Ao ter consciência da comunicação assertiva com o paciente, uma das funções do capelão no hospital, é ajudar o paciente a ter contato com o sagrado da forma como ele ou ela almejar. Isso é ser empático, respeitando o humano dentro da sua particularidade, singularidade e o vendo de forma holística. E, nesse intuito, trabalhar toda a equipe multiprofissional sobre a questão do atendimento religioso, que é um direito do paciente e precisa ser sempre respeitado e discutido entre toda a equipe médica, porque o melhor beneficiado no atendimento será sempre o paciente.

4. OS CUIDADOS PALIATIVOS A PARTIR DE UMA ÉTICA DO CUIDADO

Ao longo da história, o ser humano tem buscado desvendar o intrincado enigma de sua existência, desde seu nascimento até sua última jornada. Questões sobre nossa origem, propósito e destino unem a humanidade, despertando um constante anseio por respostas. Desde tempos remotos, o ser humano confronta sua condição finita, permeada por momentos de felicidade e também por dores físicas e emocionais

Até alguns anos atrás, tanto o início quanto o fim da vida eram definidos pela “vontade de Deus”. Para todos os efeitos, era o “Criador” quem definia quando viríamos e quando deixaríamos o mundo, de maneira que tanto o nascer quanto o morrer escapavam do controle do ser humano. Em nosso tempo, parece que essa situação sofreu grandes mudanças: o ser humano, a partir dos conhecimentos adquiridos e do instrumental tecnológico, parece poder “perfeitamente escolher o dia para nascer e também determinar o da morte. Começa a acontecer uma interferência profunda tanto no início como no fim da vida” (Pessini, 1990, p.48).

A pergunta “quem é o ser humano?”, tão refletida pela tradição judaico-cristã e que se apresenta à humanidade como uma questão antropológica primordial, “é a pedra fundamental sobre a qual se fundamenta qualquer paradigma bioético, seja em sua concepção teórica, seja em seu conteúdo. É a pergunta que não podemos mais ignorar” (Hossne *et al.*, 2018, p.245). A partir disso, nos propomos a discorrer sobre a questão da técnica da busca por uma assistência humanizada e sua relação com os cuidados paliativos.

4.1 A questão técnica do cuidado

A partir do século XX ocorreu um imenso progresso no campo médico e técnico, o qual, certamente, muito tem a contribuir no cuidado e no tratamento de pessoas doentes, sobretudo aquelas consideradas graves, com doenças incuráveis e em tratamentos paliativos. Entretanto, ao mesmo tempo em que houve uma grande evolução, encontramos-nos frente a situações bastante preocupantes: “Passamos de uma fase da medicina mais humana e menos científica para uma medicina mais científica e menos humana” (Pessini, 1990, p.50).

Tais avanços não trazem apenas benefícios, uma vez que são acompanhados de grandes consequências éticas, as quais são tratadas muitas vezes como questões meramente técnicas, levando os profissionais a um automatismo. Devido à imensa revolução técnica e médica, aparecem inúmeros recursos, mas surge com eles uma grande questão: será que a medicina deve fazer tudo o que pode fazer? A técnica, muitas vezes, é pensada quase como uma “substituta” do cuidado humano. Isso nos leva a refletir: não deveria ser a técnica um elemento a mais para o cuidado e para a humanização dos tratamentos, sobretudo daqueles casos mais graves e delicados?

Sem dúvidas, a técnica pode contribuir muito no cuidado e na busca de melhor conforto ao paciente, uma vez que a partir dela podem ser colocados os melhores recursos de tratamento. Entretanto, ela não fornece “uma resposta radical ao sofrimento e não se pode considerar que ela possa chegar a removê-lo da vida humana” (Carta *Samaritanus bonus*, 2020). Tal ambição em relação à técnica geraria uma falsa esperança no doente e poderia conduzi-lo a maior desespero, sobretudo em

uma doença terminal, quando o enfermo precisa não apenas de atenção meramente técnica, mas também psicológica e espiritual.

4.2 Por uma assistência humanizada: questões éticas nos cuidados paliativos

Popularmente, quando as pessoas ouvem o termo “tratamento paliativo”, logo pensam que se refere a alguém que está “às portas da morte”. Não raramente, as pessoas logo dizem que vão chamar o padre, pastor ou alguma referência religiosa importante àquela pessoa. O termo paliativo, na verdade, “deriva do latim *pallium* que significa ‘manto’, ‘capote’. Aponta-se para a essência dos cuidados paliativos: aliviar os sintomas, a dor e o sofrimento em pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas ou em fase final, objetivando o paciente em sua globalidade de ser e aprimorar a sua qualidade de vida” (Barchifontaine; Pessini, 2014, p.150).

É essencial que em todos os tratamentos, mas, sobretudo, nos cuidados paliativos, o enfermo com doenças incuráveis ou em fase terminal seja reconhecido não como um mero resíduo biológico, ao qual nada mais pode ser feito e ao qual deve ser dada somente uma anestesia, mas como “uma pessoa, e, como tal, capaz até o momento final de relacionamento de tornar a vida uma experiência de crescimento e de plenitude” (Barchifontaine; Pessini, 2014, p.155).

Em nosso tempo, infelizmente, os cuidados paliativos assumiram uma conotação diversa, a qual pode ocasionar interpretações equivocadas. Em alguns países, as normas que regulamentam os cuidados paliativos preveem junto a esses cuidados uma “assistência médica à morte”, a qual inclui possibilidades como a eutanásia e o suicídio assistido. Tal compreensão traz uma grande confusão, uma vez que faz crer que os cuidados paliativos têm como parte integrante a assistência médica à morte voluntária, a qual seria uma forma de eutanásia ou suicídio assistido (Carta *Samaritanus bonus*, 2020).

Na superação de uma visão tecnicista sobre o cuidado, surge em nosso tempo um movimento em busca do cuidado humanizado. Os cuidados paliativos visam prestar uma assistência contínua ao paciente, observando as suas necessidades e aliviando a sua dor, do ponto de vista emocional, espiritual e afetivo. Isso demandará dos profissionais grande sensibilidade, devendo reconhecer os limites da medicina e evitar o excesso de tratamento fútil e inútil. Isso pode, até mesmo, contrastar com a compreensão atual de que a única forma de lidar com o sofrimento é eliminando-o (Bertachini; Pessini, 2006).

Os benefícios e o ônus do tratamento do doente deverão ser medidos e avaliados pelos cuidadores, os quais deverão respeitar os princípios éticos definidos, o respeito pela autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Entretanto, esta perspectiva principialista “pode ser insuficiente nesta área de cuidados da saúde. Uma ética do cuidado e das virtudes apresenta-se como apropriada e necessária em cuidados paliativos. A ética do cuidado enfatiza essencialmente a natureza vulnerável e dependente dos seres humanos” (Bertachini; Pessini, 2006). A pessoa, então, deve ser vista e entendida de forma global e não unilateralmente. Os pacientes com doenças avançadas ou em estado terminal possuem os mesmos direitos que outros doentes, inclusive de manifestar a sua opinião e o seu desejo sobre os procedimentos, aceitando-os ou não.

Em se tratando de enfermos em fase terminal, em muitos casos, o processo do morrer é observado como se fosse um evento isolado na vida dele, sendo excluído tudo aquilo que o antecedeu: sonhos, desejos, projetos, realizações, frustrações. Essa forma de compreender a doença em fase terminal e o óbito carrega consigo uma grande lacuna, uma vez que a morte não é um ato isolado, mas tem profunda relação com toda a vida do paciente e só pode ser entendida dessa maneira.

Elizabeth Kussler, pioneira nos estudos da tanatologia na área médica, chamou atenção a isso em vários dos seus livros. Sua obra mais famosa é *Sobre a morte e o morrer*, na qual ela fala sobre os estágios pelos quais as pessoas passam na fase final da vida. É interessante que um dos temas trazidos por Elizabeth, em seus livros e entrevistas, é como as pessoas, durante a vida, gastaram muita energia em torno de questões fúteis, não buscando resolver os seus problemas inacabados. Segundo ela, a maioria das pessoas carrega essas questões durante a vida e deve lidar com elas no enfrentamento da morte, o que traz muita angústia e medo. Nesse sentido, ela tenta encorajar as pessoas a não se afastarem dos doentes, mas aproximar-se deles e ajudá-los a enfrentar seus últimos momentos (Kubler-Ross, 2020).

4.3 Humanização no cuidado paliativo

Numa sociedade marcada por uma forte “cultura do descarte”, como tem afirmado de forma muito incisiva o Papa Francisco, os cuidados paliativos parecem ter menos importância, uma vez que o valor das pessoas é medido, nessa lógica, por critérios de utilidade. Os cuidados paliativos, assim, contrastam grandiosamente a essa “cultura” predominante em nosso tempo, uma vez que eles valorizam a pessoa em si, a partir da sua dignidade inalienável de ser pessoa.

O tema do “descarte” humano tem sido frequentemente recordado pelo Papa Francisco. Já em sua primeira Carta Encíclica, *Evangelii Gaudium*, falou deste tema, o qual tem perpassado seu pontificado. Neste tempo de pandemia, teve forte impacto a sua última Carta Encíclica *Fratelli Tutti*, na qual Francisco chama a atenção dos cristãos e de todos os homens de boa vontade a refletirem sobre a necessidade de uma fraternidade universal, que ultrapasse barreiras religiosas e culturais, reconhecendo que somos todos irmãos. Francisco é uma voz que clama em nosso tempo para que a pessoa seja vista não a partir de sua utilidade, e sim a partir de sua dignidade, a qual nada pode apagar (Francisco, 2020, p.234).

Sem dúvidas, os cuidados paliativos têm como foco central dar a melhor qualidade de vida possível, tanto ao paciente quanto à sua família, a qual é envolvida no processo de enfermidade e sofrimento. Por isso, é necessária uma abordagem holística que olhe para a pessoa tendo em conta as suas experiências vividas e a sua condição atual.

Os cuidados humanizados nos revelam uma grande verdade, muitas vezes esquecida ou deixada de lado em nosso tempo tão marcado por relações pautadas

na utilidade: os tratamentos paliativos são a expressão humana de que somos propensos a cuidar uns dos outros, sobretudo daqueles que mais sofrem. A pessoa humana, independentemente da condição em que se encontra, permanece sempre preciosa, mesmo marcada pela velhice e pela doença (Francisco, 2015).

Os pacientes que passam pelos cuidados paliativos devem ser tratados com todo respeito e dignidade, assegurando a eles um adequado acompanhamento humano e dando a eles o direito ao melhor analgésico de dor disponível e ao alívio de seus sofrimentos. Os cuidados paliativos, como já falamos, não servem apenas para pessoas em fases terminais da vida, mas também àqueles que se encontram em tratamento de patologias crônicas ou degenerativas.

Em contraposição à dor, ao sofrimento e à solidão vividos pela pessoa que está recebendo os cuidados paliativos junto à sua família, é de grande importância a presença amiga da comunidade e dos familiares, os quais podem trazer a esse processo luzes de esperança, amor e carinho. No cuidado e na aproximação ao doente, percebemos a nossa fragilidade e vulnerabilidade humana, mas, ao mesmo tempo, somos altamente humanizados por este sofrimento, o qual não possui respostas objetivas, mas carrega em si a dimensão do “mistério”.

Os cuidados paliativos são uma abordagem multidisciplinar de cuidados de saúde que visam melhorar a qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças graves, crônicas ou terminais. Essa abordagem se concentra em aliviar a dor e outros sintomas físicos, bem como em atender às necessidades emocionais, sociais e espirituais do paciente e de seus familiares. Dessa maneira, esses cuidados são oferecidos por uma equipe de profissionais de saúde, que inclui médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, capelães e outros especialistas. A equipe trabalha em conjunto para fornecer cuidados abrangentes que levam em consideração as necessidades individuais de cada paciente.

Assim, dizemos que os cuidados paliativos podem incluir o gerenciamento da dor e de outros sintomas físicos, apoio emocional para o paciente e sua família, aconselhamento sobre questões médicas, suporte espiritual e religioso e ajuda com tarefas práticas do dia a dia, como cuidados pessoais. A equipe de cuidados paliativos também pode ajudar o paciente e sua família a planejar os cuidados futuros e a tomar decisões importantes sobre o fim da vida.

O objetivo dos cuidados paliativos é aliviar a dor e outros sintomas físicos, como náuseas, fadiga e falta de ar, enquanto apoiam o bem-estar emocional, social e espiritual do paciente e de seus entes queridos. Além de aliviar os sintomas e promover o conforto do doente, os cuidados paliativos podem ajudar a facilitar conversas difíceis sobre questões como a morte e a tomada de decisões de fim de vida. Eles são um complemento importante ao tratamento médico tradicional e podem ser fornecidos em hospitais, clínicas, centros de cuidados paliativos ou mesmo na casa do paciente.

Os cuidados paliativos para adultos com doenças graves, crônicas ou em estágio avançado, são uma abordagem de cuidados de saúde que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares como também para atender às necessidades emocionais, espirituais e sociais dos pacientes e suas famílias. A equipe de cuidados paliativos trabalha em conjunto para desenvolver um plano de cuidados personalizado que seja adequado para cada paciente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na equipe multidisciplinar de cuidados paliativos, o capelão hospitalar, que é um profissional de formação religiosa ou espiritual, tem um papel muito importante, já que ele pode oferecer suporte aos pacientes e suas famílias. Ele trabalha em estreita colaboração com a equipe médica, o assistente social, o psicólogo, o terapeuta ocupacional, entre outros profissionais, para oferecer uma abordagem holística do cuidado voltado para a questão espiritual centrada no paciente.

Um dos principais desafios para os pacientes em cuidados paliativos é a angústia emocional que acompanha a experiência de estar diante da morte. Nesse sentido, a atuação do capelão hospitalar pode ajudar a trazer paz, conforto e esperança para os enfermos e seus familiares. Ele pode ajudar a compreender as crenças e valores espirituais do paciente e ajudar a lidar com questões como o sentido da vida e a morte. Além disso, o capelão hospitalar pode facilitar a comunicação entre a equipe médica e a família, ajudando a fornecer informações importantes sobre a condição do doente e os tratamentos disponíveis. Dessa maneira, o capelão hospitalar também pode auxiliar a família a lidar com a perda e o luto, fornecendo apoio e orientação espiritual durante esse momento difícil, mas que faz parte da natureza humana.

Para poder trabalhar nesses momentos complexos e desafiadores frente à morte, a atuação desse profissional na questão espiritual, frente aos pacientes em cuidados paliativos adultos, é crucial, fornecendo um cuidado holístico aos doentes e suas famílias. Ele pode ajudar a trazer paz e conforto para aqueles que enfrentam a morte iminente e colaborar com informações sobre a visão que o paciente tem sobre a morte para, dessa forma, juntamente com a equipe médica, oferecer um melhor cuidado ao enfermo. Seu papel é fundamental em ajudar a promover um ambiente de cuidado que atenda às necessidades físicas, emocionais e espirituais de todos os envolvidos.

Dentro do contexto geral, podemos dizer que a missão do capelão hospitalar, desempenhada principalmente aos pacientes em cuidados paliativos, proporciona apoio transcendental, afetivo e existencial aos enfermos e suas famílias desde a entrada no hospital até a morte. Contribuindo na promoção da dignidade, do conforto, da qualidade de vida durante esse processo que é crítico e complexo da vida. Dessa maneira, ajuda as pessoas a encontrarem significado e esperança em meio às circunstâncias desafiadoras da doença terminal e é um profissional aliado ao contexto da saúde e da equipe hospitalar multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

- BELLOCH, A.; OLABARRIA, B. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Revista Clínica e Salud*, v. 4, n. 2, p. 181-190, 1993.
- BRASIL. **Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000.** Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 17 jul. 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19982.htm>. Acesso em: 08 maio 2023.
- CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. **Carta Samaritanus bonus.** V, 4. 14 de julho de 2020. Disponível em: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_po.html#4._Os_cuidados_paliativos. Acesso em: 15 de maio 2023.
- FRANCISCO, Papa. **Discurso aos participantes na plenária da Pontifícia Academia para a vida.** 5 de março de 2015. Disponível em: http://www.vatican.va/content/francesco/pt/speeches/2015/march/documents/papa-francesco_20150305_pontificia-accademia-vita.html. Acesso em: 20 de maio 2023.
- FRANCISCO, Papa. **Fratelli tutti:** sobre a fraternidade e a amizade social. São Paulo: Paulus, 2020.
- PESSINI, Leocir. **Eutanásia e América Latina:** Questões ético-teológicas. São Paulo: Santuário, 1990.
- PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE; Christian de Paul de. **Problemas atuais de Bioética.** São Paulo: Loyola, 2014.
- PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana. **O que entender por cuidados paliativos?** São Paulo: Paulus, 2006.
- PESSINI, Leocir; SIQUEIRA, José Eduardo de; HOSSNE, Willian Saad. **Bioética global em tempos de incertezas, perplexidades e esperanças.** São Paulo: Loyola, 2018.

| Capítulo 10

A IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS PALIATIVOS: UM CASO CLÍNICO

Maria Rita Callijão Farias³⁸
Antônio Boeing³⁹

Resumo: O presente trabalho descreve um caso clínico real do atendimento psicológico de uma paciente que se encontrava sob acompanhamento médico em cuidados paliativos. O acompanhamento psicológico se estendeu até a sua morte. O objetivo do artigo é identificar a importância da religiosidade da paciente como fator facilitador da aceitação da enfermidade e da adesão ao tratamento. Além disso, busca demonstrar a contribuição da religiosidade como suporte espiritual ao paciente no seu fim de vida.

Palavras-chave: Espiritualidade; Religiosidade; Cuidados Paliativos; Terminalidade.

Abstract: The aim of this article is to describe a clinical case study regarding the psychological support provided to a patient that was also being supported by medical palliative care. The psychological support was provided until patient's death. In addition, the primary objective of this article is to identify religiosity's contribution for a patient willingness to accept his illness and the proper treatment. Furthermore, this article seeks to demonstrate the religiosity contribution for providing spiritual support to patients facing the end of his life.

Keywords: Spirituality; Religiosity; Palliative Care; Terminality.

³⁸ Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar, em Psicooncologia, em Arteterapia e em Cuidados Paliativos. Pós-graduanda em Capelania Hospitalar – e-mail: 154mariarita@gmail.com.

³⁹ Professor – Orientador, Licenciado em Filosofia, Bacharel em Teologia, Mestre em Teologia Dogmática, Doutor em Ciência da Religião, Professor no Centro Universitário São Camilo, Assessor nas áreas de Educação, Assistência e Religião em várias instituições educacionais e religiosas – e-mail aboeing20@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo de história, o ser humano, na maioria das culturas, tem buscado formas de se relacionar com divindades superiores na procura de proteção contra o desconhecido e na busca do atendimento de necessidades físicas e espirituais. Na dimensão espiritual, o contato do ser humano com o divino sempre buscou respostas e amparo para o seu destino inexorável de finitude através do morrer. Essa preocupação tem se mostrado importante a ponto de orientar os preceitos religiosos de civilizações inteiras, como a dos egípcios e dos nórdicos (vikings). Mesmo recentemente é possível constatar que o entendimento do morrer pode dirigir o comportamento de civilizações para o estoicismo e para a aceitação tácita do morrer.

Na civilização ocidental, a concepção da morte tem influenciado significativamente o pensamento religioso até os nossos dias. Como resultado, as religiões atuais contêm ensinamentos e dogmas que procuram orientar a conduta dos fiéis diante do fim inevitável da vida.

Não obstante, não só as religiões têm demonstrado preocupação com o processo de finitude pelo qual passam todos os seres humanos. Como uma extensão da busca do entendimento sobre o morrer, uma parte significativa da ciência nos dias atuais tem se preocupado especialmente com a minimização do sofrimento dos enfermos em doenças comuns e, mais ainda, quando da ocorrência de doenças graves. Essa preocupação com a minimização do sofrimento tem orientado a evolução das pesquisas médicas e psicológicas. Ou seja, se a cura for possível, ela deverá ser buscada, provocando o mínimo desconforto aos enfermos; se a cura não é alcançável, que o viver seja acompanhado de conforto físico e espiritual; se a morte é inevitável, que ela ocorra como o encerramento de uma jornada de vida e que seja acompanhada do conforto e da minimização da dor tanto quanto possível. Mais do que isso, se a morte é inevitável, que o acolhimento humano e espiritual seja garantido, conforme almejado pelo paciente.

Entretanto, enquanto a ciência tem evoluído significativamente na busca da cura e na minimização do sofrimento, a dimensão espiritual do ser humano submetido às provações das doenças e da finitude nem sempre tem merecido uma atenção condizente com sua importância.

No passado recente, a valorização dos cuidados paliativos apresentou uma nova e mais construtiva visão sobre a dimensão espiritual do enfermo enquanto ser humano. Nesse contexto, é possível afirmar que a introdução dos cuidados paliativos no atendimento aos indivíduos fora de possibilidade de cura trouxe no seu bojo a valorização da dimensão espiritual como parte integrante e importante dos cuidados com esses pacientes. Assim, conceitos que desde sempre eram compreendidos pelos religiosos, passaram finalmente a ser considerados muito importantes pelas equipes multidisciplinares de saúde. Então, à medida em que os conceitos de cuidados paliativos se expandem para além do foco na dor e no controle dos sintomas físicos, as questões existenciais e espirituais se tornam cada vez mais significativas e importantes.

O cuidado espiritual e a humanização são preceitos que estão contidos na dimensão do cuidado com o outro. O “cuidar humanizado” nada mais é do que o conjunto de comportamentos e de ações que visam proporcionar uma relação empática entre o profissional de saúde e o enfermo. Para que isso aconteça, essa

relação deve estar sedimentada na qualidade do atendimento, na confiança mútua e na responsabilidade com a qual o profissional acolhe o paciente no seu sofrimento físico, emocional e espiritual.

Diante do conceito de cuidado com o ser humano, Pessini (2004, p. 3) destaca que:

O cuidado humanizado implica, por parte do cuidador, ter a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história.

Assim, este estudo de caso, em sintonia com a atual tendência de valorização da dimensão espiritual dos enfermos, procura ilustrar a importância da fé religiosa no comportamento dos pacientes, enquanto conscientes da existência de uma enfermidade grave e enquanto seres humanos confrontados com a iminência da morte. Para tanto, o artigo descreve um caso clínico real na forma de um estudo de caso. Além disso, as conclusões do autor, advindas do acompanhamento do caso clínico, integram o corpo do presente trabalho.

O presente artigo tem o objetivo de identificar a contribuição da espiritualidade e da religiosidade na adesão ao acompanhamento psicológico por parte dos pacientes em cuidados paliativos.

A metodologia empregada no presente artigo foi a de estudo de caso clínico, onde, além da descrição do caso em si, foram feitas análises na busca do entendimento do fato ocorrido. A partir desse entendimento, foram formuladas as lições aprendidas em decorrência das análises efetuadas.

Como suporte para a elaboração do artigo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica voltada para o objeto de estudo “religiosidade e espiritualidade”. Essa pesquisa resultou na bibliografia que integra o presente texto.

2. CUIDADOS PALIATIVOS

De acordo com a definição de cuidados paliativos dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002):

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, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Assim, os cuidados paliativos têm por objetivo o resgate de uma visão integral do ser humano, atuando em todas as dimensões do indivíduo, através do cuidar, não primariamente da doença, mas da pessoa em primeiro lugar. Esse cuidar do indivíduo deve ocorrer sempre através de uma prática que pode ser multidisciplinar, transdisciplinar e/ou interdisciplinar.

Os procedimentos em cuidados paliativos, além de acompanhar as pessoas na dor, no sofrimento e na proximidade da morte, possibilitam que o paciente possa

buscar ressignificações de sua vida e de seus valores. Através dessa ressignificação será possível ao indivíduo perceber novos e mais significativos sentidos da vida e do viver.

Quando um profissional de saúde acompanha uma pessoa por um período considerável, ser-lhe-á apresentada a oportunidade de observar como o adoecimento de alguém é frequente e como uma grave enfermidade tende a cristalizar esperanças. Diante desse testemunho, o profissional de saúde poderá entender a necessidade do enfermo em, a partir de uma vida plena, ter uma transição serena, dentro do possível, para a aceitação de sua nova condição de doente em cuidados paliativos. Assim, o profissional confrontado por essa situação desafiadora deverá estar capacitado a ouvir terapêuticamente o relato do sofrimento do outro. Essa capacitação inclui uma escuta empática e compassiva como um ponto de partida para auxiliá-lo a atravessar o padecimento (Safrá, 2018).

O profissional de cuidados paliativos deve ser capaz de reconhecer sua própria competência para desempenhar tal função. Esse reconhecimento pode ser traduzido na capacidade de identificar em que medida ele pode estar ali e com quanta responsabilidade conduz a sua própria vida. Essa responsabilidade para consigo mesmo é a medida da capacidade de ser responsável pelos cuidados de uma pessoa (Arantes, 2019).

Ana Cláudia Arantes endereça muito bem a importância do autoconhecimento do profissional, quando relaciona a busca constante do conhecimento técnico científico à humanização e ao autocuidado desse profissional quando se relacionando com um paciente paliativo:

“A dedicação a minha formação técnico-científica continuada, humanidade e autocuidado precisam estar em perfeita harmonia. Sem esse equilíbrio, impossível fazer o que faço com o meu melhor [...] Mas confesso que esse trabalho nunca pode ser feito no “automático”, pois preciso manter uma atenção plena em cada gesto e ser cuidadosa com as minhas palavras, com meu olhar, com meus gestos e principalmente com meus pensamentos”. (Arantes, 2016, p. 105)

Não obstante, a ciência envolvida no acompanhamento em cuidados paliativos não é suficiente para abranger toda a amplitude envolvida nessa atividade, pois nem sempre o saber científico pode compreender e explicar o sofrimento psicológico do indivíduo. Nessas situações, o saber científico precisa se apoiar no que poderia ser descrito como o “saber ou conhecer transcendental”. Afinal, é fundamental um entendimento que permita a compreensão da natureza do sofrimento do ser humano, pois as questões da vida e da morte passam necessariamente pelo reconhecimento da dimensão espiritual.

3. ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

Historicamente, tem sido prática generalizada nos grupos sociais o cuidado com pessoas enfermas. Esses cuidados costumam abranger tanto o aspecto físico como o espiritual (Pessini; Bertachini, 2005).

Enquanto a religião parte da fé, que é traduzida em rituais e dogmas que expressam a crença dos que dela comungam, a espiritualidade implica na busca do encontro com a divindade ou com o sagrado. Assim, a espiritualidade transcende ou ultrapassa as experiências boas ou más que o indivíduo vivencia durante sua vida, atingindo um patamar superior à própria experiência do ser (Bertachini, Pessini, 2010).

Nesse contexto, o ser, ao se ver frente a uma enfermidade, sente-se inicialmente confuso e, a seguir, procura entendimento sobre a doença nas suas crenças espirituais e/ou religiosas. É comum que, na continuidade dessa busca por entendimento, a pessoa procure ajustar a aceitação do tratamento e das consequências deste ao que tiver elaborado a partir da sua fé e da sua espiritualidade (Pereira, 2018).

Frankl (2019), criador do conceito da logoterapia, enfatizava que a principal motivação do indivíduo é a busca por um sentido de vida. Essa motivação predominaria sobre a própria capacidade de racionalização da pessoa. Não obstante, a busca pelo sentido de vida poderia causar tensão interior que, na opinião do autor, seria um passo indispensável para a garantia da saúde mental. Em outras palavras, a tensão interior o capacitaria a sobreviver, mesmo enfrentando graves adversidades, e a entender que a vida teria um sentido.

Assim, a seguinte frase de Nietzsche corrobora o pensamento de Frankl:

“Quem tem por que viver, suporta quase todo qualquer como” (Em outra obra, Frankl (2005) afirma que a pessoa não deve nunca perder de vista que a descoberta de um sentido de vida pode surgir mesmo quando a esperança está se esvaindo ou já não mais existe. O indivíduo é capaz de descobrir um sentido na vida mesmo diante de um destino tido como certo e imutável, como o da percepção de uma finitude. O autor coroa esse raciocínio quando afirma que não é a certeza da finitude, mas a forma como o indivíduo é capaz de enfrentar o sofrimento, que o capacita a encontrar um sentido de vida e, através dele, buscar formas de amenizar essa provação (Frankl, 2005).

Como síntese desse pensamento:

Quando não temos mais condições de mudar uma situação – pensemos numa doença incurável, um câncer que não pode ser operado – então somos estimulados a mudar a nós mesmos (Frankl, 2005, p. 42).

Em consonância com os pensamentos dos autores acima citados, o acompanhamento de enfermos acometidos por doenças graves pelo profissional de saúde deve sempre levar em consideração a fé e as crenças da pessoa doente. Mais do que isso, deve acompanhar, de maneira proativa, a busca do paciente pelo seu sentido de vida, mesmo na ausência de esperança futura e pelo entendimento e na adesão ao tratamento prescrito (Branco, 2018).

Em síntese, é importante que o profissional de saúde esteja aberto para abarcar o conteúdo trazido pelo paciente no tocante aos seus valores religiosos e espirituais, aceitando-os de modo harmonioso, sem preconceitos ou julgamentos (Calmon, 2004).

Nesse contexto, a formação do vínculo do profissional de saúde – paciente, apoiada na espiritualidade/religiosidade deste último, tenderá a facilitar o estabelecimento do processo de tratamento. Entretanto, o profissional de saúde deverá evitar buscar o vínculo com o paciente a partir da sua própria religiosidade e espiritualidade, sem que haja um primeiro movimento do enfermo na busca de tal suporte, pois o suporte espiritual exige, além da imparcialidade, uma empatia alicerçada na confiança. Essa confiança pode ser prejudicada por uma eventual percepção do paciente de que sua espiritualidade e/ou religiosidade estão sendo colocadas em plano menor do que as do profissional de saúde. Sem a empatia adequada, essas questões profundas não emergirão no processo do adoecimento e perderão o caráter holístico e ético no cuidado do enfermo (Pereira, 2018).

A busca de uma empatia que favoreça a aceitação da enfermidade e, eventualmente, do seu tratamento é abordada por Koenig *et al.* (1998) quando se referem ao termo “coping” como o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas de situações de vida estressantes. Tais referências não mencionam explicitamente a espiritualidade, embora esta também se constitua numa importante fonte de “coping” espiritual (Koenig *et al.*, 1998).

Cuidar de uma pessoa com atenção à espiritualidade do paciente implica sair de uma área de conforto e adentrar um mundo particular e íntimo, enfrentando os conflitos do outro, as próprias incertezas e o sentido inerente à natureza humana. Diante das situações adversas que o profissional de saúde enfrenta no contexto de cuidado com o outro no âmbito da espiritualidade, este deve estar atento às suas emoções e às suas limitações. Para tanto, deve buscar recursos que alimentem uma espiritualidade saudável, inserida ou não em determinada religiosidade, para que possa, quando estiver ao lado do enfermo, propiciar serenidade e segurança na assistência espiritual (Pereira, 2018).

Ao falarmos intensamente que a espiritualidade e/ou religiosidade do paciente não devem ser desconsideradas sob nenhuma hipótese, não devemos relegar a um segundo plano a religiosidade e espiritualidade do próprio profissional de saúde. Assim, Pereira (2018) cita Vera Weissheimer quando afirma a necessidade de um “Solo Sagrado”, ou seja, que esse profissional de saúde possa encontrar uma fonte de vivacidade para sua espiritualidade, renovando sua disposição e favorecendo suas ressignificações espirituais.

Reproduzindo as palavras de Weissheimer (2011, p. 102): “Uma árvore, por mais frondosa que seja, não sobreviverá a um vento forte se não tiver raízes profundas”.

Assim, um profissional de saúde que não tenha arraigada sua espiritualidade, provavelmente terá maior dificuldade no entendimento do outro.

No estudo de caso que é objeto deste artigo, mais do que a espiritualidade, a religiosidade da paciente aparece como a grande propulsora da sua conduta. Por essa razão, a abordagem em particular da religiosidade aparece como imperativa no presente texto.

Frequentemente, o profissional de saúde se depara com pacientes de enfermidades graves que demonstram estar buscando ou encontrando amparo e bálsamo para suas provocações na sua fé religiosa. Nesse caso, não é a espiritualidade em si a motivadora da resiliência e da aceitação do paciente, mas, sim, a sua explícita fé

religiosa no divino. É certo que a intenção da pessoa em adotar firmemente uma religião é alicerçada, segundo alguns autores, na intenção de “estar junto” ou “re-ligare”, em sintonia com o sagrado. Nesse sentido, a fé surge como o porto seguro para o indivíduo dentro do que lhe parece um mar revoltado representado pela sua “trajetória ao longo da vida” na busca de um amanhã em comunhão com o sagrado (Andrade, 2018).

A constatação de que o profissional de saúde está se deparando com um paciente cuja fé religiosa o predispõe a enfrentar os percalços descritos e a provavelmente aceitar sua finitude, pode representar um auxílio significativo no estabelecimento do tratamento específico e na aplicação dos conceitos de humanização abrangidos pelos cuidados paliativos.

O enfermo que se apoia na fé e na religião provavelmente buscará na oração a conexão com o seu sagrado, que é conhecido como transcendência. Assim, através da oração, a pessoa poderá buscar e receber o “alimento da alma” onde, mais do que a resignação por sua situação de enferma, ela desfrutará da proximidade com o que a sua fé lhe ensinou como o alcançar de uma graça, destino final dos justos. É claro que, se essa percepção é alcançada pela oração, o indivíduo tenderá a aceitar sua provação como o derradeiro e importante passo para alcançar “o inalcançável enquanto ser vivente”.

Assim, o enfermo que vivencia sua fé tenderá a enfrentar, de bom grado, as vicissitudes de sua enfermidade e as eventuais agruras do tratamento fora da possibilidade de cura. Cabe ao profissional de saúde, dentro da sua especialidade e do seu conhecimento profissional, propiciar a minimização do sofrimento desse paciente, utilizando o arcabouço técnico e espiritual existente nos cuidados paliativos.

Segundo Grün (2004, p. 28), orar significaria “não desistir de si mesmo”.

4. A COMUNICAÇÃO NO PROCESSO TERAPÊUTICO

A escuta terapêutica incentiva uma melhor comunicação e a compreensão das preocupações pessoais. É um processo dinâmico que requer esforço e atenção por parte do ouvinte com o objetivo de identificar aspectos não verbais e verbais daquela interação (Salema, 2018, p.160).

A comunicação do profissional de saúde com o paciente, familiares e com pessoas de relacionamento próximo ao enfermo é um componente primordial na aceitação da doença e na aderência ao processo terapêutico que possibilitará o tratamento mais adequado.

Em especial, merece destaque a “comunicação” com pacientes fora de possibilidade de cura, quando o profissional de saúde deve expressar, perante o paciente, a situação no momento em que realizar a comunicação do diagnóstico. Essa comunicação, incluindo a formação da possível e desejável empatia mútua, deve se estender durante todo o acompanhamento da enfermidade. Como parte desse processo, a escuta atenta e reflexiva é um dos principais instrumentos do profissional de saúde que atua em cuidados paliativos, pois permite identificar as reais demandas do paciente, no momento em que ele as estiver vivenciando, propiciando um precioso “insight” sobre o modo pelo qual a pessoa poderá ser cuidada, obser-

vadas sua percepção da gravidade da doença e sua atitude psicológica dentro dessa situação (Carvalho, 2003).

Sobre a comunicação com pacientes fora de possibilidade de cura, Silva (2002) cita Leshan ao estabelecer que: (Leshan *apud* Silva, 2002)

A primeira conversa geralmente é a mais difícil; é quando nós já sabemos o provável prognóstico da pessoa e aí nos defrontamos com a situação do novo, ou seja, como vamos “cuidar daqui para a frente”, esquecendo muitas vezes que já é um processo, isto é, vida, e que o grande aprendizado é lidar sempre com a realidade... Se for um processo mais crônico, é adaptação ao processo; se for algo súbito, é lidar rapidamente com a mudança, porque uma vez quebrado esse “gelo” da primeira conversa ficam mais fáceis o contato, as interações (Silva, 2002 p. 270).

Na comunicação interpessoal, tanto num contexto ambulatorial quanto hospitalar, o profissional de saúde deve ter em mente que o relacionamento com o paciente ocorre dentro de um processo complexo que envolve a atenção, a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens por parte do transmissor e do receptor envolvidos na interação. Esse processo de comunicação é diretamente influenciado pelo contexto social, pela cultura, pelos valores individuais, pelas experiências, interesses e expectativas de cada pessoa envolvida.

O processo de comunicação, em geral, compreende duas dimensões: a verbal e a não verbal. A comunicação verbal acontece pela utilização da linguagem explícita coloquial, ou seja, pela utilização do vocabulário pertinente de cada idioma com a finalidade de comunicar um ponto de vista, explicar uma ideia ou um acontecimento e concordar ou discordar do outro. A comunicação verbal pode ser complementada em sua amplitude e abrangência pela comunicação não verbal. Mais do que isso, há ocasiões em que a comunicação verbal se mostra inadequada e a utilização da comunicação não verbal desponta como a único e mais oportuno meio de expressão de vontades e de opiniões. Em síntese, a comunicação não verbal é a que permite uma leitura e uma compreensão mais adequada do subjetivo (Silva, 2002).

A comunicação não verbal é importante no processo de acolhimento e na escuta empática, na qual deve haver um esforço no sentido de prestar atenção ao sentimento não verbalizado, às expressões faciais que traduzem o verdadeiro sentimento e que podem contrariar as palavras eventualmente ditas.

As considerações acima, quando voltadas para o exercício da atividade de saúde, devem inspirar uma conduta baseada na empatia e em atitudes de comunicação que transmitam segurança no paciente. A comunicação do profissional de saúde – paciente é de tal forma importante que motiva a existência de uma instrução específica no curso sobre cuidados paliativos, no qual o profissional é orientado sobre a conduta mais adequada quando da comunicação de uma grave enfermidade, tanto ao paciente quanto aos seus familiares.

Em síntese, quando utilizada adequadamente, a comunicação interpessoal, no contexto dos cuidados paliativos, possibilita decifrar informações essenciais que permitem minimizar o sofrimento do paciente.

4.1 ARTETERAPIA NO PROCESSO TERAPÊUTICO DE COMUNICAÇÃO

Em 1969, nos USA, foi fundada a American Art Therapy Association (AATA). Do nome dessa associação nasceu, em português, o termo “arte terapia” ou “arteterapia”, representando a atividade que utiliza essencialmente recursos expressivos para fins terapêuticos. Segundo Carvalho, a Art Therapy Association assim conceitua a “arteterapia”: (Art Therapy Association *apud* Carvalho, 2004)

“Arteterapia é uma profissão assistencial ao ser humano. Ela oferece oportunidade de exploração de problemas e de potencialidades pessoais, por meio da expressão verbal e não verbal e do desenvolvimento de recursos físicos, cognitivos e emocionais, bem como a aprendizagem de habilidades, por meio de experiências terapêuticas com linguagens artísticas variadas. Ainda que as formas visuais de expressão tenham sido básicas nas sociedades, desde que exista história registrada, a Arteterapia surgiu como profissão na década de 30. A terapia por meio das expressões artísticas reconhece tanto os processos artísticos como as formas, os conteúdos e as associações, como reflexões de desenvolvimento, habilidades, personalidade, interesses e preocupações do paciente. O uso da arte como terapia implica que o processo criativo pode ser um meio tanto de reconciliar conflitos emocionais, como de facilitar a autopercepção e o desenvolvimento pessoal?” (Carvalho, 2004, p. 23, 24).

De acordo com Ciornai (2004), a arte também pode ser útil por atuar como meio de intermediação entre pessoas, propiciando o estabelecimento de relações e de uma comunicação eficiente. Sob o enfoque da arteterapia, o terapeuta deve atuar como interlocutor, com a atuação voltada à pessoa e às suas atividades criativas, expressas através do tipo de arte utilizado naquele momento. A comunicação é, então, estabelecida entre o terapeuta e o interlocutor pela elaboração de algum trabalho de expressão artística, através do qual tanto a comunicação verbal quanto a não verbal possam permitir que o último expresse suas opiniões explícitas ou interiores. Além disso, o terapeuta deve procurar ser percebido como um facilitador nas atividades terapêuticas que estejam apoiadas nas práticas criativas realizadas (Ciornai, 2004).

A arteterapia possibilita que cada pessoa expresse o potencial criador que carrega consigo como forma de buscar e de encontrar respostas às questões conflitantes que possa ter em sua consciência ou no seu inconsciente. Sob a orientação do terapeuta, a criatividade da pessoa pode surgir de maneira natural ou aparecer de modo induzido, mas com o mesmo potencial de propiciar meios para a busca das respostas às questões acima mencionadas (Alessandrini, 2004).

A citação a seguir corrobora o pensamento acima mencionado:

Se uma pessoa está falando de uma dor, pode dar uma forma a essa dor; se está falando de um relacionamento, pode criar uma forma que o represente. E isso pode ser muito útil ao tratamento terapêutico, especialmente com pessoas que apresentam dificuldades ou que não estejam acostumadas a lidar com abstrações. A qualidade da concretude em trabalho em arteterapia pode ajudar a tocar o que por vezes parece intocá-

vel, a limitar e a controlar o que é sentido como devastador ou incontrolável, a destruir o que é percebido como invencível, a transformar o que parecia impossível de mudar ou, eventualmente, a curar e reconstruir o que se experienciava como incurável e perdido. Esses, convenhamos, são processos de imenso valor em qualquer trabalho terapêutico, pois revestem de esperança o desalento, apontando para novas possibilidades (Ciornai, 2004, p. 82).

O caso clínico descrito no presente artigo foi decorrência das experiências marcantes com uma paciente em cuidados paliativos. O que chamou a atenção, a ponto de motivar a elaboração deste texto, foram as vivências da paciente e a intensidade de suas crenças pessoais em termos espirituais, percebidas por esta terapeuta quando, no início do atendimento, recebeu uma metáfora bíblica escrita por aquela pessoa. O texto foi de tal forma marcante que possibilitou a criação do contexto terapêutico por onde o acompanhamento da pessoa se tornou possível, viável e produtivo.

Neste trabalho é importante ressaltar a importância das narrativas concebidas pelas pessoas no momento inicial e no desenvolvimento de um acompanhamento terapêutico, já que elas em geral revelam imagens que mostram o lado introspectivo e a alma da natureza humana de uma pessoa. Através dessas imagens é possível ligar o mundo interior do indivíduo com o mundo real que o cerca, de modo que a expressão artística possa levar a pessoa a fazer a ponte entre esses dois mundos numa forma de entender sua própria vida. Em síntese, o conhecimento das histórias dos pacientes é um meio de auxiliá-los a buscar, através dos processos criativos, a exploração dos sentidos e dimensões do ser humano (Guttman, 2004).

A utilização de histórias dos pacientes como meio de conseguir a interação terapeuta – paciente é descrita na citação a seguir.

Contudo, é importante haver um pensamento terapêutico por trás das intervenções propostas, que norteie cada vivência, para que ela possa ser significativa para o cliente e não apenas represente o fazer pelo fazer. Para que isso seja possível é imprescindível conjugar sensibilidade, conhecimento e sabedoria (Norgren, 2004, p. 208).

5. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

No coração humano há o desejo de que se possa morrer realizado, desejo esse que encontra uma realização imaginária na qual residem os valores fundamentais da vida da pessoa. Esses valores constituem o sentido último da vida do indivíduo. No momento em que a pessoa busca orientar sua vida em consonância com seus valores, emerge um percurso que estabelece a sua espiritualidade pessoal (Safra, 2018, p. 57).

O primeiro contato com a paciente, com 62 anos, casada, com uma filha, ocorreu em decorrência dos trabalhos práticos demandados por um curso de pós-graduação em cuidados paliativos. Um desses trabalhos requeria o atendimento de um

paciente com enfermidade considerada grave e em estado avançado. A entrevista de atendimento deveria ser única e de forma on-line, não havendo autorização para uma continuidade de atendimento durante o decorrer do curso.

Não obstante, tendo decorrido aproximadamente dois meses após a conclusão do curso, essa pessoa buscou entrar em contato comigo. Nesse contato, ela informou ter escrito um texto e que apreciaria muito se eu o lesse e tecesse comentários sobre o mesmo. No texto, ela relatava o surgimento da doença e o título por ela escolhido era muito marcante: “Como seria minha lápide...”

Como eu já tinha realizado a entrevista durante o curso, possuía razoável conhecimento de alguns episódios de sua história e da intensidade de sua religiosidade.

Ao ler o texto, percebi que a paciente havia incluído uma citação bíblica onde Pedro havia negado Cristo por três vezes e, no desenvolvimento dessa citação, ela afirmava que “isso não poderia ser uma boa coisa”. Nesse ponto é importante enfatizar que o objetivo da narrativa era descrever o surgimento e evolução da sua enfermidade. Continuando a leitura, percebi que os trechos escritos lembravam vários versículos da Bíblia, embora não houvesse referência direta a eles.

Embora a paciente demonstrasse, nas conversas entabuladas, um comportamento bastante racional, a escrita mostrava outra face, em que o lado espiritual aflorava de maneira enfática, demonstrando uma busca de conforto e serenidade na sua já conhecida fé.

A espiritualidade revelada me motivou a aceitar imediatamente o acompanhamento terapêutico da paciente, mesmo percebendo nela uma incerteza inicial em dar prosseguimento ao mesmo. Essa indecisão não a impedia de, embora adiando alguns encontros de acompanhamento, voltasse a procurar a “conversa” (terapia), na busca de resposta para suas incertezas.

Passada essa fase inicial de contatos e de incertezas por parte da paciente, teve início o atendimento on-line e voluntário, no qual o teor das conversas foi evoluindo e se direcionando para o tema religiosidade, apoiado em sua sólida convicção nos preceitos católicos.

Os atendimentos aconteceram durante um ano, com frequência variável, mas que ocorriam a cada quinze dias, aproximadamente. Nesse período, o vínculo foi instalado e fortalecido. Decorrido esse tempo, a paciente informou que a doença estava progredindo de forma adversa e, diante disso, os encontros se tornaram mais frequentes.

Buscando mais informações sobre a evolução de sua enfermidade, entrei em contato com o médico paliativista que a acompanhava e no qual ela depositava total confiança. Na ocasião, informei que estava efetuando o acompanhamento psicológico da paciente. Nesse contato ficou claro que o médico possuía um forte lado espiritual católico que, para ela, era de extrema importância. O médico informou da natureza grave, com prognósticos negativos, da enfermidade.

Mediante as informações obtidas sobre a gravidade da doença e percebendo a intensificação da fragilidade emocional da paciente, avantei junto a ela a possibilidade de visitá-la na sua cidade, caso fosse de sua vontade. Durante essa visita, sugeri que rezássemos o terço juntas. Ela prontamente aquiesceu, demonstrando satisfação com a possibilidade.

A partir desse ponto, passamos juntas a estabelecer a data da visita, de comum acordo com as nossas agendas. Os períodos que antecederam à visita foram de in-

tensa motivação por parte da paciente, a qual por vezes enfatizava a relevância da visita e perguntava se a intenção e a data estavam realmente mantidas.

Decorridos quarenta dias, chegou a data da viagem, marcada para um fim de semana. Chegando à cidade onde a paciente residia, me hospedei num hotel, previamente reservado e situado próximo de sua residência. Naquele mesmo sábado, ela sugeriu que passamos o dia juntas em sua casa.

No domingo me convidou para irmos à missa na Catedral, na sua cidade. Cheguei em sua casa na hora marcada e, eu ela e alguns familiares, assistimos à missa na Catedral.

No fim da tarde de domingo realizamos uma atividade arteterapêutica na qual foram utilizados recursos simples da arteterapia, como colagem de imagens e mensagens religiosas baseadas em frases que haviam sido por ela expressas ao longo do acompanhamento terapêutico. Foram realizadas duas atividades expressivas com temática bíblica, uma para ela e outra para seu médico. Por ocasião da atividade para o seu médico, ela aludiu a lembrança do que ele lhe havia dito durante uma consulta: que se ela estive sob seus cuidados nos momentos finais, ele a entregaria à Nossa Senhora.

Após o término dessas atividades, realizamos o que havíamos combinado: fomos para o seu quarto, onde eu permaneci sentada à sua frente e ela ficou deitada em sua cama, para rezamos, juntas, o terço.

Após essa visita, houve outros encontros de atendimento virtual, que foram significativamente facilitados pela empatia terapeuta – paciente desenvolvida através do contato pessoal.

A empatia se desenvolveu a ponto de ser cogitada uma nova visita à paciente num futuro não muito distante.

Esses encontros perduraram até o fim do último ano, quando foi recebida a notícia de que a paciente estava internada e de que seu estado era de finitude. Quatro dias após sua internação ela veio a falecer, conforme notícia dada por sua filha.

5.1 ANÁLISE TERAPÊUTICA

O atendimento do caso narrado trouxe um incremento consistente na percepção de que a psicoterapia pode atingir resultados substancialmente mais eficientes e eficazes quando o lado espiritual do paciente é considerado em toda a sua amplitude.

Alguns tópicos que corroboram essa percepção podem ser elencados:

1 – A religiosidade, traduzida numa sólida fé por parte do paciente, facilita em muito a aceitação da finitude. Afinal, para os que têm fé, a vida não se interrompe com a finitude, sendo apenas uma passagem.

2 – O paciente que possui uma fé genuína geralmente encarará a finitude de uma forma mais natural e aceitável. Esse comportamento do paciente diante da finitude contribui para a eficiência dos acompanhamentos nas dimensões físicas, psicológicas e espirituais.

3 – No caso em pauta, a crença espiritual da paciente aparecia como uma evidente fonte de força e energia vital, da qual ela se valia para enfrentar o fato da proximidade da sua morte.

4 – Essa mesma fé era fonte de inspiração para uma conduta de melhor convivência com seus familiares, incluindo aqueles com os quais, num passado recente, ela tinha desenvolvido relações conflituosas.

5 – Sua fé fazia com que ela, no lugar de demonstrar desespero pela proximidade de sua finitude, buscasse serenidade em recordações sempre agradáveis de sua infância e de sua juventude. Ou seja, ela buscava lembranças agradáveis como motivos de agradecimento por uma vida plena e feliz.

6 – Finalmente, ficou claro que, durante todo o processo, a sua religiosidade lhe trouxe a paz e a resignação que possibilitaram uma finitude serena e tranquila.

Os seis itens descritos são claramente traduzidos nas palavras de Cicely Saunders ao descrever o pensamento do Papa João XXIII:

Acho que todos recordamos as palavras do Papa João XXIII quando ele disse: “As minhas malas estão feitas e posso partir, a qualquer momento, com um coração tranquilo”. Eu penso ser assim que rezamos por todos os pacientes que nos chegam. Não nos esquecemos de que alguns deles estão doentes, frágeis, em desespero ou sentindo-se sozinhos e rezamos por eles (...). Devemos rezar para que consigamos ajudá-los a fazer as malas com as coisas certas, com aquilo que é importante, com o que eles necessitam. Também devemos rezar para que, enquanto estiverem aqui, eles encontrem reconciliação, realização e significado, à medida que atravessam esta última parte das suas vidas (Saunders, 2018, p. 31).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de caso, objeto do presente artigo, buscou enfatizar a importância da fé religiosa por parte de pacientes com doenças sem possibilidade de cura, como um meio eficaz de enfrentamento da enfermidade e de adesão ao tratamento prescrito. Além disso, demonstra que a fé genuína é um poderoso motivador no enfrentamento da enfermidade e no encontro com a serenidade física e espiritual por parte do paciente.

Em especial, a utilização de um estudo de caso busca amenizar o enfoque de temas relacionados à morte e ao morrer, assuntos que são percebidos como um tabu por parte significativa da sociedade. Assim, foi buscada uma abordagem baseada em fatos, através do relato de uma situação verdadeira na qual o fim de uma existência, no lugar de sofrimento e inconformismo, se revestiu de aceitação e de reflexão positiva sobre um legado de vida.

Através da descrição e do estudo do caso de uma paciente cuja fé se demonstrou sempre inabalável, foi possível identificar a contribuição da espiritualidade e da religiosidade na adesão ao acompanhamento psicológico por parte dos pacientes em cuidados paliativos. Além disso, foi possível constatar os benefícios advindos da fé genuína para essas pessoas, uma vez que é alicerçada nela que a perspectiva da finitude deixa de ser um fardo insuperável e passa a ser percebida como o descortinar de uma nova realidade.

O estudo de caso proporciona lições do viver e ensinamentos de conduta que procuram contornar a evidente dificuldade das pessoas comuns em falar sobre a morte, oferecendo em troca uma visão positiva de um processo inevitável.

Embora os avanços científicos da medicina tenham sequestrado a morte para dentro do hospital, quase como um evento proibido, ela precisa ser devolvida para a humanidade. Todos têm direito a uma morte digna, tanto quanto têm o direito de desfrutar de uma vida digna até a chegada de sua morte.

Em síntese, a conduta humana em relação ao outro pode ser assim expressa: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”, Carl Gustav Jung.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, P. A. S. Como identificar a demanda espiritual em meio ao sofrimento psíquico? *In*: Felipe Moraes Toledo Pereira. **Espiritualidade e oncologia: conceitos e prática**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018, p. 102-103.
- ALLESSANDRINI, C. D. Ateliê terapêutico na formação de arteterapia. *In*: Selma Ciornai (org.) **Percursos em arteterapia: ateliê terapêutico, arteterapia no trabalho comunitário, trabalho plástico e linguagem expressiva, arteterapia e história da arte**. vol. 63. São Paulo: Summus, 2004, 317, p.140 -145.
- ANGERAMI, V. A. **De espiritualidade, de ateísmo e de psicoterapia**. Valdemar Augusto Angerami – Calmon (Org). *In*: Espiritualidade e Prática Clínica. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004, 263, p. 229-230.
- ARANTES, A. C.Q. Meu Tempo. *In*: Cristiane Ferraz Prade (org.) **Cuidando de quem cuida**. Vol. 2. São Paulo: Ciranda Cultural, 2016, p. 105.
- ARANTES, A.C.Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019, p. 98 -102.
- BERTACHINI L., PESSINI L. (2010). **A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos**. Revista Bioethikos On Line, 4, 315-23. Recuperado em 17 de julho, 2017, de <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art08.pdf> [Links]
- BRANCO, T. P. Como abordar a espiritualidade do paciente oncológico na prática diária? *In*: Felipe Moraes Toledo Pereira. **Espiritualidade e oncologia: conceitos e prática**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.
- CARVALHO, M. M. J. **A arte cura?** Recursos artísticos em psicoterapia. Maria Margarida M. J. de Carvalho. (Coord.) São Paulo: Editora Livro Pleno, 2004, 213, p. 23 - 24.
- CARVALHO, M. V. B. **O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica**. Tese – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- CIORNAI, S. Arteterapia gestáltica. *In*: **Percursos em arteterapia: arteterapia gestáltica, arte em psicoterapia, supervisão em arteterapia** (Org.) Selma Ciornai. vol. 62. São Paulo: Summus, 2004, 270, p. 82.
- CIORNAI, S. Arteterapia gestáltica. *In*: Selma Ciornai. (org.). **Percursos em arteterapia: arteterapia gestáltica, arte em psicoterapia, supervisão em arteterapia**. vol. 62. São Paulo: Summus, 2004, 270, p. 77 - 81.
- FRANKL, V. E. **Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo**. Tradução: Victor Hugo Silveira Lapenta. Aparecida. São Paulo: Ideias & Letras, 2005, p.42.
- FRANKL, V. E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Tradução: Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline. 48ª ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2019, p.129.
- GRÜN, A. **Oração e autoconhecimento**. Tradução: Carlos A. Pereira. Petrópolis: Vozes, 2004, 79, p. 28.
- GUTTMAN, M. A criação literária na arteterapia (nas páginas das histórias e da poesia). *In*: Selma Ciornai (Org.). **Percursos em arteterapia: ateliê terapêutico, arteterapia no trabalho comunitário, trabalho plástico e linguagem expressiva, arteterapia e história da arte**. vol. 63. São Paulo: Summus, 2004. 317, p. 255 – 273
- KOENIG, H. G.; Pargament, K.I.; Nielson, J. **Religious coping and health status in medical ill hospitalized older adults**. J Nery Ment Dis 186(9): 513-521, 1998.
- LESHAN, L. **O câncer como ponto de mutação**. São Paulo: Summus, 1992, p. 270.

NORGREN, M.B. P. Arteterapia com crianças e adolescente. *In: Selma Ciornai (Org.) Percursos em arteterapia: arteterapia gestáltica, arte em psicoterapia, supervisão em arteterapia.* Vol. 62. São Paulo: Summus, 2004, 270, p. 208.

PEREIRA, F.M.T. A espiritualidade do profissional de saúde e seu papel no vínculo empático. *In: Felipe Moraes Toledo Pereira. Espiritualidade e oncologia: conceitos e prática.* (Editor) 1ª ed, Rio de Janeiro: Atheneu, 2018, p. 96-97.

PEREIRA, F.M.T. As tradições religiosas e sua influência sobre a espiritualidade no adoecimento. *In: Felipe Moraes Toledo Pereira. Espiritualidade e oncologia: conceitos e prática.* 1ª ed, Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

PESSINI L; BERTACHINI L. (orgs) **Humanização e cuidados paliativos.** 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola. 2004. 319, p.3. PESSINI L., BERTACHINI L. (2005). Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. O mundo da saúde On Line, 29, 491-509. Recuperado em 17 de julho, 2017, de https://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_sau-de/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf [Links]

SAFRA, G. A espiritualidade no adoecimento e na terminalidade. *In: Felipe Moraes Toledo Pereira (editor) Espiritualidade e oncologia: conceitos e práticas.* 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018, p. 57.

SALEMA, C. Como incluir a espiritualidade no cuidado de enfermagem. *In: Felipe Moraes Toledo Pereira. (Editor). Espiritualidade e oncologia: conceito e prática.* 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018, p.160.

SAUNDERS, C. **Velai Comigo** – Inspiração para uma vida em cuidados paliativos. Tradução Franklin Santana Santos. Salvador: 2018, 93, p. 31.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola. 2002.

WEISSHEIMER, V.C. **Escolhas.** 1ª ed. São Leopoldo: Oikos. 2011, p.102.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmers:** policies and managerial guidelines. 2ª ed. Geneva: WHO, 2002.

| Capítulo 11

IDENTIDADE E MISSÃO NO CUIDADO DE DOENTES À LUZ DO BEATO PADRE LUÍS TEZZA: CENTENÁRIO DA MORTE DE PADRE LUÍS TEZZA

Francisca Isabel de Mendonça⁴⁰
Antônio Boeing⁴¹

Resumo: Honramos a história de uma pessoa pela soma dos anos e acontecimentos de sua vida, olhando os sinais de Deus na sua história e a sua história nos planos de Deus. A história de Padre Luís Tezza é uma vida intensa construída ao longo de 82 anos. Sacerdote e religioso camiliano admirável que, mesmo com tantos trabalhos e encargos, encontrou sempre tempo para exercer o seu zelo na pregação de retiros, confissões e sobretudo como capelão na assistência aos doentes nos hospitais e casas privadas. Um itinerário de estradas, de países, um acavalar-se de eventos nacionais e internacionais. Um homem de excelente estatura de vida, um campeão para conhecer e seguir as pegadas. Preocupado em santificar-se para santificar os irmãos.

Palavras-chave: Carisma; Cuidado; Capelão; Espiritualidade.

Abstract: We honor a person's story by the sum of the years and events of their life, looking at the signs of God in their story and their story in God's plans. The story of Father Luís Tezza is an intense life built over 82 years. Admirable Camillian priest and religious who, despite so much work and responsibilities, always found time to exercise his zeal in preaching retreats, confessions and above all as a chaplain assisting the sick in hospitals and private homes. An itinerary of roads, of countries, an array of national and international events. A man of excellent stature in life, a champion for knowing and following in his footsteps. Concerned about sanctifying himself to sanctify his brothers.

Keywords: Charisma; Care; Chaplain; Spirituality.

⁴⁰ Religiosa filha de São Camilo, Licenciada em enfermagem pela Universidade Católica "Sacro Cuore" de Roma, Terapeuta TRG pelo IBFT e Pós-Graduada em Capelania Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo, Unidade Pompéia-SP. E-mail: francialzira@hotmail.com

⁴¹ Professor – Orientador, Licenciado em Filosofia, Bacharel em Teologia, Mestre em Teologia Dogmática, Doutor em Ciência da Religião, Professor no Centro Universitário São Camilo, Assessor nas áreas de Educação, Assistência e Religião em várias instituições educacionais e religiosas – e-mail aboeing20@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

O ano de 2023 leva a Ordem dos Ministros dos enfermos e a Congregação das Filhas de São Camilo a celebrar solenemente o centenário da morte do bem-aventurado padre Luís Tezza. Um beato italiano, camiliano perfeito, religioso exemplar da província Lombardo Vêneto, na Itália. Nascido na Europa e falecido na América do Sul como missionário, tem tudo a ensinar no caminho da santidade a serviço dos doentes seja nos hospitais, seja nos domicílios. O presente trabalho se enquadra nas celebrações do centenário de nascimento para o céu do nosso beato padre Luís Tezza, sendo a aluna sua filha espiritual e grande amante do seu carisma de camiliano, de capelão, de fundador, de santo. Além de promover o conhecimento da pessoa e da santidade do beato como ministro dos enfermos, é nossa intenção colocar sobre o candelabro esta luz que deu vida à nossa amada congregação e continuar iluminando o modo de viver e proceder de suas filhas há mais de cem anos. A sua vida merece ser conhecida para que ele seja amado e imitado não só pela grande família camiliana, mas por todos os cristãos que buscam modelos de santidade para os dias de hoje. Escrevia:

“A ideia de santidade assusta-nos? A santidade deve ser acessível a todos. Em que consiste? Em fazer muito? Não. Em fazer grandes coisas? Também não. Não seria para todos nem de todos os momentos. Então, no fazer o bem e este bem, bem-feito, na condição, no estado em que Deus nos colocou. Nada mais, nada fora disso” (Brazzarola B. Escritos do Padre Luís Tezza, carta 117, p. 273).

No bem-aventurado padre Luís Tezza temos uma espiritualidade sólida e exemplar, orientada para quem sofre, para os doentes nos hospitais e nas casas em todos os lugares onde ele viveu, na Itália, na França e no Peru. Espiritualidade de samaritano expressa na obediência e no abandono em Deus, na convicta e submetida confiança aos seus superiores religiosos mesmo quando isso lhe custou muito sacrifício. Uma experiência vivida na humildade, no silêncio, no dom sem reservas de si aos doentes nos hospitais e nas casas, no cuidado de seus corpos e de suas almas. Viveu e foi verdadeiro capelão nos hospitais onde teve a graça de trabalhar seguindo as pegadas do pai São Camilo de Lellis, o gigante da caridade. Sempre totalmente dedicado na atividade apostólica do carisma camiliano da caridade misericordiosa. Foi exemplar na função sacerdotal e paterna de confessor, de capelão, de diretor de almas.

Sempre seguro e determinado, foi o experto fundador de uma Congregação, as Filhas de São Camilo, abençoada por Deus e por São Camilo, hoje espalhada em quatro continentes, ou seja, fundador do ramo feminino da ordem camiliana, concretizando o sonho do grande herói da caridade de ter humanos com “coração de mãe para assistir cada enfermo como se fosse seu único filho doente” (Vanti M. Espírito de São Camilo, 1958, p.28).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIDA DE PADRE LUÍS TEZZA

Arturo Luigi Maria Carlo Alessandro Tezza nasceu em Conegliano Veneto (Treviso, Itália) no dia 1º de novembro de 1841, filho de Augusto e Caterina Niedwiedt. Foi batizado no dia 6 do mesmo mês na Igreja dos santos Martinho e Rosa, santos peruanos. De família moralmente sã, praticante da religião e bem situada financeiramente.

O pai era médico e o filho cresceu aprendendo desta profissão o amor aos doentes. Com 8 anos perdeu seu pai. Foi um duro golpe para Luís, que estava crescendo sereno em estatura e graça. A mãe se estabeleceu em Pádua no ano de 1853, para dar melhores condições a seu filho de prosseguir os estudos sendo apoiado também por parentes.

No ano de 1855, Luís manifestou pela primeira vez o desejo de consagrar-se a Deus. Escreveu ao camiliano padre Luís Artini, residente em Verona, e obteve licença de frequentar os camilianos. Mesmo sendo filho único, decidiu entrar como postulante. Sua mãe também tinha características de santa: depois de vender todos os seus pertences e dar a renda aos pobres, quis consagrar-se definitivamente ao Senhor. Entrou no convento e, no dia 21 de agosto de 1857, dois dias depois de entregar seu filho aos camilianos, vestiu o hábito das Monjas da Visitação, em Pádua. No dia 21 de março de 1859 fez a profissão religiosa perpétua recebendo o nome de Ir. Francisca Camila. Podemos imaginar, ainda hoje, como terá sido comovente para o padre Luís estar presente e assistir a vestição e profissão religiosa de sua mãe. A querida mãezinha faleceu com fama de santidade neste mesmo convento, a 22 de agosto de 1880.

O jovem Luís, no entanto, com o entusiasmo e o ardor da sua vontade firme, em 1858 fez a profissão religiosa na Ordem dos Ministros dos Enfermos e, no dia 21 de maio de 1864, foi ordenado sacerdote, em Verona.

Padre Luís Tezza levava no coração um grande ideal: ser missionário em terra de missão. Mas quando apareceu a oportunidade dos seus sonhos, os superiores foram de parecer diferente, e ele obedeceu com paz e alegria, porque desde muito jovem já havia decidido determinadamente “procurar e fazer sempre e somente a santíssima vontade de Deus” (AFSC Escritos pessoais de Padre Luís Tezza, 1858, p. 8). E a vontade de Deus se manifesta nas diversas circunstâncias da nossa vida. Esta vontade de Deus se transformou para ele na virtude característica que o distinguiu, mesmo nos momentos em que esta vontade coincidia com o sofrimento e a cruz. Para compreender o seu amor à obediência e à cruz é suficiente esta expressão que escreveu numa carta a um clérigo:

“Até que este querido madeiro molhado pelo Sangue de Jesus e pelas lágrimas de Maria, não o sentirmos profundamente plantado no coração [...], não podemos dizer-nos e não seremos verdadeiramente de Deus e esteja segura, seremos mais felizes, quanto mais seremos marcados pela cruz, ou melhor, quando com Jesus seremos crucificados” (Brazzarola B. Escritos do Padre Luís Tezza, carta n. 68).

Nos seus primeiros anos, com dispensa da idade, foi formador de clérigos em Verona e vice mestre de noviços, em Roma.

No ano de 1871, padre Tezza foi enviado a França, em Cuisery, como mestre de noviços. Nesta nação depois fundou uma nova casa, em Lille, e foi nomeado como Vigário Provincial da província francesa.

No desenvolvimento desses encargos, nosso amado padre nunca perdeu de vista a pastoral dos enfermos nas casas privadas e nos hospitais, porque tinha absorvido plenamente o espírito de seu pai e fundador. Padre Luís se dedicava de corpo e alma também à pregação de retiros espirituais. Durante um desses retiros encontrará a pérola escondida para a fundação das Filhas de São Camilo num futuro próximo em Roma.

Dos seus escritos temos confirmação da sua amorosa dedicação ao sacramento da Penitência por todas os lugares em que a vontade de Deus o levou, passando inclusive até 11 horas seguidas no confessional (Brazzarolla B. Escritos do Padre Luís Tezza, carta n. 78, 80, 83).

Estando na França em 1880, verificou-se a perseguição à Igreja Católica. A casa dos camilianos de Cuisery foi invadida, ainda que o povo manifestasse publicamente o seu desacordo. Padre Tezza foi o último a partir por ordem policial, levando consigo o SS. Sacramento da capela interna da comunidade e retornando à Itália. Em 1881, assim que mudou a situação política da França, voltou para Lille como superior e, em 1885, foi nomeado Provincial da Província Francesa.

Em 1889, tendo sido eleito Consultor Geral, voltou para Roma e foi designado à comunidade do hospital de São João de Latrão. Na cidade eterna, nosso padre Tezza fez muitas e maravilhosas experiências de sua vida camiliana.

O nosso amado padre Mario Vanti, grande historiador da Ordem dos Ministros dos Enfermos, referiu que:

“Padre Tezza era um homem de Deus, e que interrogado uma vez por que de manhã ao abrir a janela de seu quarto no hospital de São João de Latrão respirava profundamente como um asmático, o bom padre respondeu que queria encher o peito do perfume da caridade que subia pelas amplas janelas da enfermaria Nova, que se encontrava logo abaixo. Era o espírito do pai, S. Camilo de Lellis” (Memórias, AFSC - Roma, p. 102).

A exemplo do herói da caridade que chamava o hospital de seu verdadeiro campo de missão, o nosso padre chamava o hospital de seu “verdadeiro Paraíso na terra” (Tezza, Escritos, carta n. 26).

No dia 8 de maio de 1895, padre Luís Tezza foi de novo enviado para a França e, em 26 de abril de 1900, foi nomeado visitador da comunidade camiliana de Santa Maria de la Buena Muerte, em Lima, Peru, onde, depois de muito trabalho de reconstrução e evangelização, depois de muito sofrimento e longe de suas filhas espirituais, encerrou os dias de sua vida.

Foi aclamado como o “Sacerdote mais santo da diocese de Lima, chamado o santo de Lima”, segundo testemunho do cardeal Lauri, “homem inspirado por Deus e providencial para Lima”. (Miglioli L. E Seppe dire Sí p. 15)

Nas palavras de Monsenhor Gasparri, delegado apostólico no Peru, por ocasião da morte do nosso padre, aos fiéis que o choravam distribuíram uma lembrança com a mensagem:

“A veneranda memória do Rev. do Padre Luís Tezza da Ordem de São Camilo. Foi querido como pai e venerado como santo. Já não vive conosco, porém do túmulo faz-nos ouvir seus ensinamentos. Sua pessoa e seu comportamento eram de um anjo, sua palavra sempre a de um ministro do Evangelho. Seu coração era depósito de nobilíssimos afetos. Sua amizade era corrente de ouro que aprisionou sem violência milhares de corações e sua missão foi sempre salvadora. Passou pelo meio de nós como visão celestial, sempre bondoso e humilde, sempre carinhoso e caritativo. A fé era o princípio de suas obras e a bondade lhe servia de manto e de diadema” (Brazzarolla B. Escrito anexo a imagem editada pelos seus devotos após a morte no Peru, 26 setembro 1923, últimos dias de vida p. 65).

Durante o marco histórico em que a assistência aos doentes atingia níveis de maior eficiência sob o ponto de vista técnico-profissional com Florence Nightingale, entre 1820 e 1910, padre Luís sonhava com novas estruturas sanitário-assistenciais em Lille, Paris e outros lugares. Em Lille deu vida a uma experiência sanitário-assistencial na casa por ele fundada contemporaneamente a um grupo de moças que terminava o acompanhamento de enfermagem do doente, grupo que depois evoluiu e se transformou na fundação das Filhas de São Camilo, sua obra-prima e o que dele e da sua inspiração fundamental subsiste até hoje.

Padre Luís Tezza foi um perfeito imitador de São Camilo de Lellis, o anjo da caridade, padroeiro dos doentes, hospitais, médicos, enfermeiros e profissionais da saúde, padroeiro da pastoral da saúde.

2.1 A ESPIRITUALIDADE CAMILIANA

O século XVI foi marcado pelo nascimento de muitas ordens religiosas para virem ao encontro dos doentes mal assistidos por falta de pessoal capazes. Não havia enfermeiros e ocorria o abandono do doente em todas as suas necessidades. Neste período, o homem escolhido por Deus para remediar a situação lamentável dos hospitais da época foi exatamente Camilo de Lellis.

Nasceu e viveu na Itália de 1550 a 1614. Fundou a Ordem dos Ministros dos Enfermos, com específico espírito de vida consagrada. Reuniu em torno de si alguns discípulos e se fez, segundo o Evangelho, seu Mestre na prática da caridade. Sobretudo, levou-os a verem, amarem e servirem a Deus, presente em cada pobre e doente, a trabalharem, doarem-se e santificarem-se com humildade e com espírito de fé, por causa de Jesus sofredor em cada doente.

O espírito de São Camilo é espírito de eminente caridade para com todos os pobres, especialmente os enfermos. Ele indicou e prescreveu a seus filhos um tipo de santidade e de espiritualidade, fundadas sobre a prática generosa e heroica da caridade para com os enfermos. São Camilo chegou a isso, não com o estudo, mas com a oração e a ação. Sendo doente compreendeu os doentes, seus livros eram o Crucifixo e os doentes. Neles aprendeu tudo o que fazia e dizia, ali nasceu a sua espiritualidade da caridade. Foi o afeto maternal para com o próximo e o serviço da caridade, tanto na alma como no corpo, que inspirou a maneira técnica

e espiritual de curar, como é ilustrada na esplendida Regra para bem servir os enfermos, escrita entre 1584 e 1585, pelo próprio Camilo de Lellis. A fé inspirou a Camilo uma caridade sem reservas, que se doa de corpo e alma. Lemos no Espírito de São Camilo:

“Enquanto as mãos fazem a sua parte, os olhos devem estar atentos para que não falte nada ao doente, os ouvidos devem estar abertos para acolher as suas ordens e desejos, a língua deve estar pronta para exortar o pobrezinho a ter paciência e o coração para rezar a Deus por ele” (Vanti M. Espírito de São Camilo, 1958, p. 162).

A caridade de Camilo foi desinteressada. Nos enfermos encontrou apenas Cristo. Ricos e pobres, nobres e plebeus, sábios e ignorantes, amava todos indistintamente e servia-os com igual caridade. Camilo deu precedência à assistência corporal sobre a espiritual, como meio para atingir o fim: a salvação da alma do doente. Para Camilo, a assistência corporal e espiritual, unidas, constituem o verdadeiro serviço aos doentes: “O homem não pode manter-se vivo na terra senão estiver unido à alma: se abandonarmos o corpo enfraquecerá o serviço das obras espirituais” (Vanti M. Espírito de São Camilo, 1958 p. 144).

A compreensão da caridade, que torna feliz o ser humano, favoreceu Camilo de tais e tantas intuições, conhecimentos, experiências, compreensões, tanto para a assistência corporal quanto espiritual, que justificam plenamente as seguintes palavras de um doente: “Confortava milagrosamente o corpo e a alma”. “Quando se aproximava de mim”, afirma outro, “parecia que eu não tivesse mais nem doença nem outra coisa” (Vanti M. Espírito de São Camilo, 1958 p. 84). “Camilo foi “um gênio” da caridade ou, como disse um escritor moderno, o poeta da Caridade” (Vanti M. Espírito de São Camilo, 1958).

A assistência corporal e espiritual, unidas, constituem a finalidade específica dos camilianos e camilianas. Para Camilo, o serviço deve ser de forma holística. Desde o início da fundação estabeleceu que fossem lidos livros que tratassem da paciência e de como morrer bem “para que os irmãos, bem instruídos nisso, fossem mais aptos para exortar e confortar os doentes” (Vanti M. Espírito de São Camilo, 1958 p. 68).

Entre as disposições do santo devem ser recordadas as seguintes:

“Ao assistir os doentes deve-se ter especial cuidado com as coisas da alma, isto é, que ninguém morra sem os Sacramentos e sem a encomendação da alma [...]. Todos os irmãos procurem lembrar-lhes algo de espiritual, exortando-os a ter paciência e a se confessarem” (Vanti M. Espírito de São Camilo 1958, p. 26).

Nessa perspectiva é que se deve estudar a espiritualidade das Filhas de São Camilo, brotada dos corações de padre Luís Tezza e de Santa Madre J. Vannini.

3. O ESPÍRITO DE PADRE TEZZA PERDURA NO TEMPO: AS FILHAS DE SÃO CAMILO

Profundo imitador de São Camilo, Padre Luís sonhava com um instituto feminino que pudesse dedicar-se aos enfermos com aquele afeto maternal que foi a característica querida pelo fundador para os seus filhos. Como consultor geral da Ordem recebeu o mandato para dar vida ao ramo feminino camiliano.

São Camilo compreendeu desde o início que, para servir os enfermos, é preciso ter fortaleza de espírito e sensibilidade de coração. Dizia aos primeiros companheiros:

“Antes de tudo peçam ao Senhor que se digne vos dar a graça de um afeto maternal para com o próximo, a fim de que possais servi-lo com toda a caridade, tanto na alma como no corpo, porque desejamos servir a todos os enfermos com aquele afeto com que só uma mãe amorosa assiste a seu filho único enfermo” (Vanti M., Espírito de São Camilo 1958, regra XXVII).

Mesmo que São Camilo não tenha pensado em fundar, pessoalmente, a Ordem Feminina de Religiosas, o seu carisma e a sua espiritualidade, que requerem uma ternura materna, sempre entusiasmaram mulheres ao longo da história, mas, até então, nenhuma congregação tinha surgido no ramo feminino a par com o ramo masculino de São Camilo. Padre Luís, seu filho fiel, sabia que o carisma teria total desenvolvimento se vivido por corações femininos, no momento oportuno.

Padre Luís Tezza certamente sabia que não seria fácil encontrar pessoas certas, sobretudo no início de tal empreendimento. Confiou-se à oração e à Providência, e esta não demorou em fazer-se viva através daqueles caminhos misteriosos que parecem casuais, mas que, na realidade, são indicados pela indivisível e onipotente mão de Deus.

Em 1891, em Roma, era previsto um retiro para senhoras e moças francesas residentes na cidade e organizado pelas Irmãs de Nossa Senhora do Cenáculo, em língua francesa. No último momento, o pregador encarregado para o retiro faltou ao empenho assumido. Padre Tezza foi convidado para o substituir. Naquele grupo de jovens estava também a romana Judite Vannini que, como padre Luís, conhecia bem o francês. Era uma jovem de 33 anos, já madura pela experiência e pelo sofrimento, órfã de pai e mãe, que várias vezes tentou consagrar-se a Deus, porém teve sempre que desistir por motivos de saúde.

Em confissão, Judite Vannini hoje Santa Josefina Vannini, abriu a sua alma ao pregador:

“Falou-lhe dos seus propósitos, das suas derrotas, das suas aspirações. Enquanto o padre Luís Tezza a escutava pela primeira vez, ia descobrindo nela uma jovem de alta sabedoria e de espiritualidade madura. Foi espontâneo ao padre pensar nela para aquela ideia da fundação: hoje se pode deduzir depois que as coisas aconteceram – que a coincidência, a inspiração do Padre, eram mesmo vontade de Deus” (Miglioli L, E Seppe dire Sí, Grottaferrata, 1976 p.22).

Padre Luís Tezza não tardou em propor-lhe aquela possibilidade, apresentando-lhe a ideia, o espírito de São Camilo, o desejo da fundação. Judite pediu tempo para pensar antes de dar-lhe uma resposta definitiva. Rezou, refletiu à luz de Deus e, finalmente, aceitou a proposta, pondo-se a disposição do padre Luís. Desse modo, na humildade e no silêncio, padre Tezza deu vida à nova fundação.

Com a licença dos superiores da sua Ordem e a autorização do Cardeal Vigário de Roma, no dia 2 de fevereiro de 1892, festa da purificação de Maria Santíssima e aniversário da conversão de São Camilo de Lellis, Judite e duas companheiras foram filiadas à Ordem dos Ministros dos Enfermos e receberam a capa com a cruz vermelha. O padre geral dos padres camilianos de então, padre João Mattis, presidiu a cerimônia na celebração da Santa Missa que ocorreu na Casa Geral dos camilianos, na igreja de santa Maria Madalena, no quarto onde morreu São Camilo, transformado em Capela.

“Até só o vosso nome já diz o que deveis ser e fazer diante de Deus e dos homens” (Brazzarolla B. Escritos do padre Luís Tezza carta n. 26).

“Deveis primar na caridade, entre vós antes de tudo e depois para com os outros, especialmente para com os pobres enfermos” (Brazzarolla B. Escritos do padre Luís Tezza carta n. 27).

Começaram em três companheiras e foram morar em um pequeno apartamento alugado pelo padre Luís Tezza, na Rua Merulana 141, em Roma. Desse modo, na solidão, no silêncio, na oração e no trabalho se prepararam para receber o santo hábito das Filhas de São Camilo, o que aconteceu na festa de São José, no dia 19 de março de 1892. Judite recebeu o hábito religioso, tomou o nome de Irmã Maria Josefina e se transformou na primeira superiora da pequena comunidade.

Tinha nascido uma nova Congregação, com pequenos meios na mais extrema pobreza, mas com grande confiança em Deus, na Virgem Maria, em São José, escolhido como especial protetor e sob o olhar paterno de São Camilo de Lellis. O coração materno a partir daquele momento passa a ser também fisicamente feminino.

Todos os dias, o padre Tezza fazia para suas filhas uma colocação sobre o carisma camiliano, sobre o modo evangélico, prático e inteligente de cuidar dos enfermos. Nas suas inspiradas exortações, era frequente o convite de Jesus que ensina a ver nos menores o seu rosto. Além disso, o padre sugeria o modo de estar junto ao doente, de personificar e imitar as sensações e os afetos de uma mãe amorosa que cuida do seu único filho enfermo. O padre lhes ensina na prática como ser verdadeiras filhas de São Camilo.

Entre muitas outras coisas, padre Tezza ensinava que, mesmo sendo super necessária a ciência para o cuidado dos doentes, a preparação, a técnica, suas filhas deveriam primar ainda mais no amor e na caridade para com todos os doentes, sem distinção. A educação para ele era o miolo da flor da caridade (Brazzarolla B. Escritos do Padre Luís Tezza carta n.30).

Na carta n. 52, escrevia:

“Queridas filhas, continuai a ser todas muito dedicadas no santo serviço do Senhor, a amar-vos uma as outras, a observar fielmente a santa regra e a trabalhar para a vossa santificação, para poderdes ser cada dia mais zelosas para a salvação das almas” (Brazzarolla Escritos do Padre Luís Tezza, carta n. 52).

Na carta 55 encontramos o lema escolhido para este ano jubilar:

“Sirvam o Senhor com Alegria. Sejam alegres e boas, resignadas amorosamente a santa vontade do Senhor e sempre alegres no seu serviço. Sirvam o Senhor na alegria: este é o paraíso na terra para as almas religiosas” (Brazzarolla B. Escritos do Padre Luís Tezza carta n. 55).

Padre Tezza transmitia na integridade para as irmãs o espírito do pai São Camilo, e, por isso, escreve: “Tudo ofereço para que sejais cada dia mais as verdadeiras Filhas de São Camilo, só o vosso nome bastaria para dizer o que são e deveis fazer e ser diante de Deus e do mundo” (Brazzarolla B. Escritos do Padre Luís Tezza cartas 16, 19, 25, 27, 64, 69, 75, 82, 84).

A Congregação das Filhas de São Camilo hoje está presente na América, na Europa, na Ásia e na África. Padre Tezza foi o semeador evangélico daquela primeira semente que nasceu e explodiu depois na árvore frondosa da Congregação. Hoje, passados os tempos, continuam vivas nas centenas de filhas que vivem o ideal por ele transmitido.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vida de padre Luís Tezza foi um grande livro aberto no qual podemos estudar e aprender as virtudes cristãs, principalmente a humildade e a bondade. Essas virtudes são precisamente aquelas que Jesus Cristo nos apresentou, convidando-nos a ser mansos e humildes de coração. O padre Tezza cumpriu todas as missões que lhe foram confiadas sem nunca procurar nem pretender nenhum reconhecimento, procurou em tudo e sempre somente fazer a santíssima vontade de Deus. Os próprios padres, seus irmãos de comunidade que viveram com ele, souberam apenas vagamente que ele tinha fundado uma Congregação religiosa. Nunca falava de si mesmo. Suas próprias filhas, durante o processo de estudos para sua canonização, foram descobrir que, inclusive, ajudou a refundar uma congregação religiosa que estava morrendo no Peru. Nem com Santa Josefina ele tinha comentado este fato.

Em tudo e com todas as classes de pessoas, o padre foi sempre humilde e modesto. A bondade foi sua principal característica e a bondade de coração se manifestou na fundação das Filhas de São Camilo, desejando também ter cem braços para chegar aos doentes do mundo inteiro, homens e mulheres Enalteceu a figura da mulher enfermeira, revelando os dons colocados por Deus em seu coração. Nutriu especial predileção pelos enfermos, sentia-se atraído pela dor e pela pequenez, pela simplicidade e humildade. Esteve sempre à disposição no seu serviço de sacerdote, capelão, de confessor, e ajudava o próximo, sempre que seus benfeitores lhe permitiam, com bens materiais. No desenvolvimento dos seus encargos nunca perdeu de vista a pastoral dos enfermos, seja no hospital, seja na assistência domiciliar. Realmente tinha absorvido o espírito do seu fundador e o soube transmitir integralmente às Filhas de São Camilo.

Consumiu suas próprias forças durante toda a vida para ajudar e abrir as portas da eternidade na alegria da esperança para todos os seus assistidos, como “uma mãe ao seu único filho doente”.

Padre Tezza glorificou Deus sobre a terra na assistência aos enfermos, foi discípulo missionário no mundo dos hospitais, domicílios e onde encontrava um doente. Pedimos agora que muitos sigam o seu exemplo e continuem aumentando os cem braços de São Camilo para chegar a todos os doentes deste mundo. Para consolar o coração do beato padre, a nossa caridade deve ser verdadeira, paciente e benigna, não pode ser invejosa, ambiciosa, nunca pode procurar o próprio interesse, não pode pensar nem falar mal de ninguém, deve suportar tudo e todos, esperar sempre, sofrer qualquer coisa que seja, mesmo penas e humilhações por amor a Jesus crucificado na pessoa enferma.

E concluímos como padre Tezza concluía algumas de suas cartas:

“Sejam alegres no Senhor e amai-O de todo coração. Sempre vosso no Senhor. Afetuosíssimo pai” (Brazzarolla B. Escritos do padre Luís Tezza).

REFERÊNCIAS

- BRAZZAROLA B. Padre Luigi Tezza, camiliano (1841-1923) Cofondatore con la Beata Madre Giuseppina Vanini della Congregazione delle Figlie di San Camillo, Roma 1996.
- BRAZZAROLA B., I primi ventitré anni di vita del servo di Dio P.L. Tezza, Grottaferrata, Roma 1991.
- BRAZZAROLA B., Gli ultimi ventitré anni di vita del servo di Dio P.L. Tezza camiliano, Grottaferrata, Roma 1995.
- BRAZZAROLA B. Escritos do Padre Luís Tezza M.I. Fundador da Congregação das Filhas de São Camilo, Roma 1988.
- BRAZZAROLA B. Escritos de Madre Giuseppina Vannini, Fundadora da Congregação das Filhas de São Camilo, Grottaferrata Roma 1986.
- BRUSCO A. L'amore non conosce confini - Beato Luigi Tezza, Torino 2001.
- MIGLIOLI L. E Seppe Dire Sí – Padre Luigi Tezza Fondatore delle Figlie di San Camillo, Grottaferrata, Roma 1976.
- NIGHTINGALE F. **Notas sobre enfermagem**. Cultura 1959.
- OSELLA CATALINA, Il Carisma della Assistenza agli infermi e Padre Luigi Tezza, Roma 1983.
- VANTI M. **O espírito de São Camilo**. Roma 1958.

