

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES
MESTRADO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

**“O SENHOR ORA POR MIM?": A CAPELANIA HOSPITALAR COMO
CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL DO PACIENTE**

Rômulo Anderson Matias Ferreira

João Pessoa-PB

2017

Rômulo Anderson Matias Ferreira

**“O SENHOR ORA POR MIM?”: A CAPELANIA HOSPITALAR COMO
CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL DO PACIENTE**

Dissertação de Mestrado, da linha de pesquisa Espiritualidade e Saúde, do Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões, da Universidade Federal da Paraíba (PPGCR/UFPB), apresentada como exigência do Mestrado em Ciências das Religiões.

Orientadora: Prof^a Dra. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel

João Pessoa-PB

2017

Catálogo na publicação
Setor de Catalogação e Classificação

A663s Ferreira, Rômulo Anderson Matias.
 “O senhor ora por mim?": a capelania hospitalar como
 contribuição para o cuidado integral do paciente / Rômulo
 Anderson Matias Ferreira. - João Pessoa, 2017.
 109 f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dra. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CE/PPGCR

1. Ciência das religiões. 2. Capelania hospitalar. 3. Cuidado
integral - Paciente com câncer.

UFPB/BC

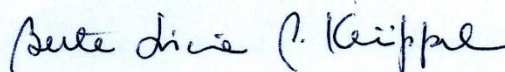
CDU - 279.224(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

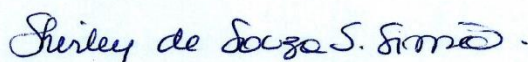
*"O SENHOR ORA POR MIM?" A CAPELANIA HOSPITALAR COMO
CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO INTEGRAL DO PACIENTE"*

Rômulo Anderson Matias Ferreira

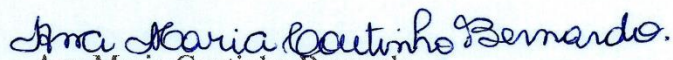
Dissertação apresentada à banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Berta Lúcia Pinheiro Kluppel
(orientadora/PPGCR/UFPB)



Shirley de Souza Silva Simeão
(membro-externo/F. M. Nassau)



Ana Maria Coutinho Bernardo
(membro-externo/UFPB)



Thiago Antonio Avellar de Aquino
(membro-interno/PPGCR/UFPB)

Aprovada em 26 de julho de 2017.

Dedico este trabalho à minha esposa Sheila, que me alegrou a vida para seguir em frente na jornada da pesquisa e ao meu filho Samuel que recebi de Deus para preparar-lhe um caminho de fé, esperança e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu Criador e Senhor, pela vida que me concedeu, como dádiva, para que a vivesse de acordo com Seus planos eternos, servindo ao próximo em amor, como Ele nos amou em exemplo.

Agradeço à minha esposa Sheila que, com seu amor e alegria, deu-me grande incentivo para iniciar a jornada da pós-graduação no Mestrado e soube suportar pacientemente os momentos em que sacrifiquei o lazer para dedicar-me aos estudos.

Agradeço ao meu filho Samuel, por ser herança de Deus e dar-me alegria, desfazendo a tensão dos momentos de estudos.

Agradeço à minha Orientadora, Prof^a Berta Klüppel, pela dedicação e acompanhamento meticuloso na construção da pesquisa, apontando-me as correções de rumo necessárias, com paciência nos momentos em que tive alguma dificuldade de reelaborar a escrita, e auxiliando-me a perceber os melhores contornos para a pesquisa.

Às professoras e ao professor da minha Banca Examinadora pela franca exposição dos ajustes necessários à dissertação, trazendo contribuições que agregaram valor e ensinamentos valiosos.

Agradeço à minha mãe, Adélia Matias, por interceder diante de Deus por mim todos os dias, com amor e carinho.

Agradeço ao meu pai João Ferreira (*in memoriam*), que quando acometido pelo câncer, me ensinou a ter resiliência, e me permitiu ser seu capelão, cuidando dele nos últimos dias antes de ser chamado por Deus para vida eterna, no momento em que eu findava o primeiro semestre do Mestrado.

Agradeço ao meu Pastor Francisco Dias pelo cuidado pastoral, mentoria, motivação e oração, quando a fadiga emocional se abatia sobre mim, na jornada de pesquisa.

Agradeço à minha comunidade de fé, Igreja Batista em Campo Grande, que me cobriu de orações e carinho em relacionamentos fraternos.

Agradeço ao meu Professor de Arqueologia Bíblica, Egivanildo Tavares, que me despertou o interesse por pesquisar as religiões como campo de estudos científicos.

Agradeço à Professora Eunice Gomes, por ter nos moldado ao mestrado, com um excelente nível de rigor e de didática na ministração das disciplinas, me ensinando a compreender as distinções características na nova jornada de pós-graduação.

Agradeço ao Professor Thiago Aquino pela orientação e supervisão no estágio de docência da disciplina Espiritualidade e Saúde, me permitindo a valiosa oportunidade de organizar e realizar um diálogo inter-religioso com sacerdotes e representantes de práticas espirituais relacionadas à saúde.

Agradeço aos Professores e Professoras do Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões, por terem contribuído na ampliação do conhecimento da espiritualidade em suas diversas matizes.

Aos meus colegas da Turma 10 (2015.2), por terem sido terna(o)s companheiras(os), compartilhando ideias, experiências e auxiliando-me naquilo em que tinha dificuldade, bem como deixando que lhes ajudasse quando podia contribuir.

Porque sou eu que conheço os planos que tenho para vocês", diz o Senhor, planos de fazê-los prosperar e não de lhes causar dano, planos de dar-lhes esperança e um futuro.

(Jeremias 29.11)

RESUMO

A capelania hospitalar proporciona assistência espiritual e religiosa à pessoa enferma no âmbito das instituições hospitalares, contribuindo para o resgate de sentido, uma vez que a trajetória de vida de uma pessoa enferma sofre uma paralisação ocasionada pela dor, pelas limitações e até por mutilações causadas pela doença. Nesse sentido a capelania hospitalar, a qual constitui um campo da Teologia, contribui para a ampliação do cuidado à pessoa enferma, no que concerne à sua religiosidade/espiritualidade, de maneira a buscar o reequilíbrio da saúde. Esta pesquisa objetivou dimensionar a contribuição do serviço de capelania hospitalar, no que tange à espiritualidade e, por conseguinte, avaliar a relevância deste serviço na atitude de enfrentamento religioso vivenciada pelo paciente com câncer. Utilizamos uma abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, empregando o método da história oral em dez pacientes sob quimioterapia. Neste processo, depois de conduzidas as entrevistas, realizamos a transcrição integral e a textualização das falas, possibilitando a identificação do tom vital de cada fala e dos núcleos de sentido, os quais estabelecem um fio condutor no significado comum das narrativas. Os núcleos de sentido identificados foram: a fé e o enfrentamento, hábitos religiosos, as perdas e mudanças da rotina, dependência e apoio, revisão de valores, o papel dos médicos e dos medicamentos e o papel da capelania hospitalar. As histórias narradas apresentaram percursos de desafios, superações, culpas e esperança, ampliando a compreensão dos processos vivenciados no tratamento de câncer, que se traduziram principalmente por incremento da fé e da religiosidade/espiritualidade dos colaboradores. O câncer reduz as esperanças do paciente, o que requer que a dimensão espiritual, como componente da integralidade do ser humano, receba os cuidados do ministro religioso, sendo isto um indicativo para o exercício do apoio religioso/espiritual do paciente, o que corrobora para a promoção do cuidado integral. A capelania hospitalar se constitui, assim, num serviço de assistência espiritual e religiosa que, respeitando o credo religioso de cada pessoa, pode ser oferecido pelas instituições hospitalares, aliando-se aos outros saberes e ações das ciências da saúde para possibilitar o cuidado integral à pessoa enferma.

Palavras-chave: Capelania hospitalar. Espiritualidade/religiosidade. Cuidado integral.

ABSTRACT

The Hospital Chaplaincy provides spiritual and religious assistance to sick person within the hospital institutions contributing to the recovery of meaning, since the life trajectory of a sick person suffers a paralysis caused by the pain, limitations even mutilations caused by the disease. In this sense, Hospital Chaplaincy, within contributes a field of theology, contributes to the expansion of care to the sick person, as far as your religiosity and spirituality are concerned, in order to seek the rebalance of health. This research aimed to measure the contribution of the Hospital Chaplaincy Service, with regard to spirituality and, therefore, to evaluate the relevance of this service in the attitude of religious confrontation experienced by cancer patients. We use a qualitative, exploratory and descriptive approach, using the oral history method in ten patients undergoing chemotherapy. In this process, after conducting the interviews, we perform the integral transcription and textualization of the speeches, enabling the identification of the vital tone of each speech and sense nuclei with establish a guiding thread in the common meaning of the narratives. The nuclei of meaning identified were: faith, religious habits, routine losses and changes, dependence and support, review of values, the role of doctors and medicines and the role of Hospital Chaplaincy. The narrated histories presented paths of challenges, overcoming, guilts and hope, amplifying the understanding of the process experienced in the treatment of cancer, with are translated mainly by an increase in faith and religiosity. Cancer reduces the patient's hopes, with requires that the spiritual dimension as a component of the integrality of the human being, receive the care of religious minister, this being an indication for the exercise of spiritual support of the patient, with corroborates for the promotion of integral care. Hospital Chaplaincy thus contributes a service of spiritual and religious assistance with, respecting the religious creed of each person can be offered by hospital institutions, joining with other knowledge and actions of the health sciences to enable the integral care to the sick person.

KEY WORDS: Hospital Chaplaincy, Spirituality/Religiosity, Integral Care

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS – Acquired Immuno Deficiency Syndrome

CRE – Coping Religioso/Espiritual

FEB – Força Expedicionária Brasileira

HNL – Hospital Napoleão Laureano

MP3 – Moving Picture Experts Group Layer 3

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Primeira Igreja Batista

SAREx - Serviço de Assistência Religiosa do Exército Brasileiro

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Safira	58
FIGURA 2: Ametista	62
FIGURA 3: Topázio	63
FIGURA 4: Hematita	65
FIGURA 5: Jade	67
FIGURA 6: Rubi	69
FIGURA 7: Quartzo	72
FIGURA 8: Feldspato	74
FIGURA 9: Opala	76
FIGURA 10: Turmalina	78

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
Justificativa	15
Objeto e objetivos da pesquisa	17
1. ENFERMIDADE E SAÚDE COMO PERCURSO DA ESPIRITUALIDADE ..	19
1.1. Antecedentes na antiguidade sobre relação entre saúde e doença	19
1.2. A formação de uma Teologia para a saúde	22
1.3. A abordagem multidimensional do ser humano.....	24
1.4. Espiritualidade e religiosidade: distinções e interações necessárias.....	27
1.5. O enfrentamento religioso/espiritual pela pessoa enferma.....	30
1.6. Fases vivenciadas pelos pacientes com doenças graves	32
2. CUIDADO E ESPIRITUALIDADE	35
2.1. Concepções e multiplicidade de significados do cuidado.....	35
2.2. A interseção das dimensões humana e espiritual do cuidado	36
2.3. O cuidado como essência do ser e modo-de-ser.....	37
3. ASPECTOS HISTÓRICOS DA CAPELANIA	40
3.1. A capelania como resultante da aproximação histórica entre medicina e religião	40
3.2. As origens históricas da capelania	42
3.3. O ofício da capelania no Brasil.....	44
3.4. Os aspectos legais do direito à assistência religiosa	45
3.5. O movimento de clínica pastoral: integração entre capelania e ciências da saúde	48
3.6. A abordagem da capelania hospitalar	49

4. PERCURSO METODOLÓGICO	52
4.1. O método da história oral.....	53
4.2. A aplicação do método na realização da pesquisa	55
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
5.1. As narrativas dos colaboradores	58
5.2. Identificação dos núcleos de sentido nas histórias orais	81
5.2.1. A fé e o enfrentamento	81
5.2.2. Os hábitos religiosos/religiosidade	84
5.2.3. As perdas e mudanças de rotina	87
5.2.4. Dependência e apoio	90
5.2.5. Revisão de valores.....	92
5.2.6. O papel dos médicos e dos medicamentos.....	94
5.2.7. A Capelania	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	101
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
ANEXO B – Proposta de questões inicialmente formuladas aos pacientes entrevistados	108
ANEXO C – Autorização da Instituição para realização da pesquisa	109

INTRODUÇÃO

A capelania, como área de atuação hospitalar, tem sido objeto de estudo por pesquisadores que buscaram compreender uma abordagem mais integral e humanizada no processo de recuperação da saúde e lançaram fundamentos para possibilitar estudos sobre o tema. Temos visto que o tempo presente é oportuno para que o homem contemple com maior atenção a própria dimensão espiritual e, sem desconsiderá-la, busque a saúde. Observamos ainda que essa atenção do homem para com sua dimensão espiritual, nem sempre está associada a uma prática religiosa ou vínculo com uma religião institucionalizada.

Álvarez (2013) enuncia que ao depararmos com o cenário deste tempo presente, encontramos uma perspectiva sobre a saúde que requer a visão de um conteúdo próprio, que permita desenvolver ao invés de um modelo de assistência aos enfermos, um modelo de saúde. Isto requer uma ideação semelhante à elaborada na gênese da religião cristã, quando em uma única ordem coexistiam a proclamação do Reino e a realização da saúde. Como consequência, “faltou, portanto na ação caritativa, na reflexão teológica [...], uma verdadeira tradução salutar da mensagem da salvação” (ÁLVAREZ, 2013, p. 18).

O contexto do sofrimento cuja origem é a enfermidade no corpo, por vezes e, particularmente, quando a permanência da doença se prolonga no tempo, faz revelar que outro aspecto humano se perturba, se conflita, adocece solidariamente ao corpo: a dimensão espiritual do ser que, neste momento inicial, nominaremos de espiritualidade.

Vithoukas (1980, p. 37) ao argumentar que as leis que regem o universo físico não são separadas das leis que regem as funções dos organismos vivos, afirma que “cada organismo humano não é uma entidade isolada, autossuficiente. Cada indivíduo nasce, vive e morre de modo inseparável dos grandes contextos das influências físicas, sociais, políticas e espirituais”.

Desta feita, quando entendemos que o homem é um componente indissociável e dual apresentado como espírito (também chamado em outros contextos religiosos de “alma”) e corpo, será necessário abordar, no que diz respeito à pessoa enferma, que o cuidado medicinal e terapêutico oferecido ao paciente num hospital, acresce em potencialidade quando abarca a espiritualidade deste paciente.

Percebe-se nos dias atuais, na expressão de Bertachini e Pessini (2011, p. 9), que estamos diante de uma “verdadeira crise de cuidados, cujos sintomas mais evidentes se manifestam na absolutização ingênua do tecnicismo sem coração, no descuido, descaso,

indiferença e abandono da vida mais vulnerável que clama aos céus!”. A realidade da ausência de cuidado salta aos nossos olhos em exemplos do cotidiano tais como o desamparo de idosos, exploração sem medida dos recursos naturais, a presença de crianças famintas sendo usadas nos semáforos como pedintes, pessoas excluídas dos programas de atenção governamental, instituições hospitalares indiferentes ao drama dos enfermos que padecem na espera de corredores, aguardando para além do atendimento médico, alguém que ofereça um ato de atenção.

Ser gente é possuir corpo, é ter um psiquismo e coração, é conviver com os outros, é cultivar uma esperança e é crescer na perspectiva de fé e cuidado como valores humanos. Considerar a pessoa como algo a mais que “um corpo”, deixando de enxergá-la simplesmente na dimensão fisiológica torna-se um desafio para os paradigmas contemporâneos que enfatizam números como representação de desempenho. Faz-se necessária a migração para um paradigma fundado sobre uma visão inter e transdisciplinar. Entende-se segundo esses autores que: “Promovendo e cuidando desta unidade vulnerável pela dor e sofrimento, estaremos sendo instrumentos propiciadores de vida digna [...] Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento do outro se humaniza no processo” (BERTACHINI; PESSINI, 2011, p. 10).

Safrá (2008) afirma que no mundo pós-moderno, em que tantos aspectos do *ethos* humano encontram-se fragmentados, torna-se importante enfocarmos por quais maneiras é possível agregar cuidado e direcionar-se ao transcendente na clínica contemporânea. Existem boas razões para se identificar e se abordar as necessidades espirituais dos pacientes, uma vez que muitos deles são religiosos e fazem uso de suas crenças e práticas para enfrentar suas enfermidades. Em dada medida a vivência religiosa/espiritual do paciente repercute nas decisões médicas, especialmente quando a doença é grave ou terminal (KOENING, 2005).

Para Álvarez (2013), uma reflexão teológica consistente, deve se fazer mais sensível ao tema da saúde integral do homem, tornando-se, na transdisciplinaridade com outros saberes, um elemento propulsor de uma nova qualidade de existência individual e social. Os conhecimentos construídos pela formação em Teologia Cristã lançaram bases para o desenvolvimento da percepção acerca da espiritualidade do homem, e como o relacionamento da pessoa com o transcendente, seja ele apresentado sob a forma de Deus, de uma Força Superior, uma Energia Vital, um Espírito Superior, ou outra maneira correlata (que tenha a dimensão do Sagrado) influencia sua razão, seu comportamento, suas repostas ao tratamento médico que lhe é ministrado no ambiente hospitalar.

O serviço, por nós vivenciado atualmente como capelão hospitalar, aos pacientes no Hospital Napoleão Laureano (João Pessoa-PB) e, anteriormente, com atividade voluntária de Capelania no Hospital do Câncer de Pernambuco e junto às crianças e seus acompanhantes no Núcleo de Apoio à Criança com Câncer (Recife-PE), além de nos permitir a prática do princípio teológico-cristão do serviço e amor ao próximo, construiu a visão da atenção à espiritualidade do paciente hospitalizado como forma de contribuir para que o cuidado a ele ministrado, pela equipe médica multidisciplinar, ocorra com um caráter mais integral no diz respeito ao ser, não concorrendo, nem substituindo, mas inter-relacionando-se com os saberes científicos.

Justificativa

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ampliou sua concepção acerca da saúde, passando a considerar sua relação com a espiritualidade, ao compreender que certas práticas do cuidar de si, tais como percepções subjetivas, experiências, crenças e expectativas influenciam objetivamente o estado de saúde e desenvolvimento dos domínios físico, psicológico e social (WHO, 2015). O homem adoece, tem sua saúde diminuída e precisa ser cuidado em todas as dimensões afetadas pelo estado de enfermidade.

Em relatório de 1998 sobre espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais e qualidade de vida, a OMS reconhece haver importância na dimensão espiritual aplicada especialmente aos pacientes hospitalizados, pois estes podem estar enfrentando perda de controle, às vezes, pela primeira vez em suas vidas. Esta realização motiva alguns pacientes que não estavam espiritualmente conscientes a procurar ou reconfirmar um centro de controle no ambiente exterior. A experiência da doença pode reduzir sua capacidade de buscar o cumprimento de suas necessidades espirituais, o que, por sua vez, aumenta sua chance de experimentar sofrimento espiritual e isso pode ter efeitos adversos sobre seu estado de saúde (WHO, 2015).

Conforme Koenig (2005), constitui-se uma hipótese consistente o apontamento de aspectos espirituais das doenças, em virtude de muitos dos pacientes serem religiosos e, por isso, terem necessidades espirituais. Segundo esse autor, a religião se faz vital para a identidade de muitas pessoas, mas é também usada para lidar com circunstâncias difíceis da vida, o que nos faz compreender que a desatenção para com a espiritualidade assemelhasse a ignorar o ambiente social de um paciente ou seu estado psicológico, o que por consequência, constitui uma falha em tratar integralmente a pessoa.

Os cientistas estão se tornando cada vez mais conscientes dos caminhos biológicos pelos quais fatores sociais e psicológicos influenciam a saúde física e a suscetibilidade às doenças, e influências similares podem ser logo identificadas também por fatores espirituais (ibidem, p. 16).

Não é comum nos dias atuais, vermos morrer centenas ou milhares tendo com causa as epidemias ou infecções oriundas de mau estado sanitário, como se dava há séculos, por doenças hoje consideradas facilmente controláveis ou debeláveis como, por exemplo, sarampo, varíola, peste bubônica, ou cólera. O homem hoje adoece pelo estresse de não conseguir administrar as demandas de sua agenda de vida, por doenças cardiovasculares e correlatas como diabetes e hipertensão, pelo câncer em suas diversas manifestações, ou ainda, por causas externas ao seu corpo, como por exemplo, traumas provocados por acidentes de trânsito e agressões sofridas no contexto da violência nas cidades.

Em um ritmo de vida intensamente acelerado e padecendo de um contexto de ausência de cuidado, torna-se frequente que grande parte das questões do indivíduo fique sem resposta, entre elas as questões relacionadas à saúde, no sentido amplo. Safrá (2005), em suas investigações clínicas, observou que, quer tenha ou não consciência, todo indivíduo estabelece como resposta às suas questões existenciais, algo que lhe aponte sentido. Por exemplo, por que essa doença me acometeu? Como irei prosseguir convivendo com esta enfermidade? Para esse autor, ao sonhar com a resposta a sua questão, o indivíduo põe-se em um percurso, fazendo-se um caminhante, um peregrino nessa nova jornada de vida.

No cenário da enfermidade, quer ela acompanhe o indivíduo desde o nascimento, tenha se desenvolvido ao longo da vida, ou tenha sido adquirida por causa externa, o tratamento para obtenção da cura, realizado nos hospitais se desenvolve por meio da Medicina, da Enfermagem, da Psicologia, da Farmácia, da Nutrição e outras Ciências da Saúde. Convém atentar para o fato de que a dor que sobrevém ao homem ultrapassa o contexto físico-corpóreo, e alcança a dimensão espiritual do seu ser. O sofrimento trazido pelo adoecimento transitório, mas principalmente pela enfermidade crônica o abate a tal medida que por vezes seu estado de espírito contribui para o prolongamento da enfermidade, diminuindo a eficácia do tratamento médico.

Hefti e Esperandio (2016) afirmam que as pesquisas sobre cuidado espiritual na área da Saúde têm como desdobramento o surgimento de uma nova percepção da figura do capelão hospitalar, além de uma demanda teórico-prática sobre este papel, à espera de construção teórica no Brasil. Segundo esses autores:

Neste novo contexto de discussão a respeito da integração do cuidado espiritual, demanda-se do capelão hospitalar, ou de pessoas envolvidas com essa tarefa (sejam elas religiosas ou voluntárias), a provisão de um cuidado espiritual com base em competências inter-religiosas e interculturais, uma prática intencionalmente voltada às necessidades espirituais do paciente, independentemente da tradição de fé do/a capelão (ibidem, p. 24).

Essa nova percepção, requer dos capelães hospitalares novas habilidades, atitudes e conhecimentos para bem entender e atender as necessidades espirituais do paciente que vivencia a enfermidade e o sofrimento dela decorrente. É nesse ensejo que o serviço de capelania, na sua aplicação hospitalar, surge com o papel de desempenhar o cuidado sobre a dimensão espiritual da pessoa, dimensão que nem sempre é conhecida, considerada, suficientemente compreendida ou alcançada por parte significativa dos profissionais de saúde, mas que percebemos hoje não poder ser ignorada uma vez que contribui para a recuperação, uma vez que é de interesse da pessoa enferma, da família, da equipe médica, do Estado e da sociedade, que a cura se dê eficiente e eficazmente no menor tempo.

Objeto e objetivos da pesquisa

Esta pesquisa tem por objeto a capelania exercida por pastoralistas (ou capelães hospitalares), no ambiente hospitalar, junto aos pacientes acometidos por câncer, em tratamento pelos serviços médico-oncológicos do Hospital Napoleão Laureano, instituição filantrópica localizada em João Pessoa, Paraíba.

No escopo amplo de sua proposta, esta pesquisa almejou avaliar a contribuição do serviço de capelania hospitalar, no que tange à espiritualidade e cuidado integral da pessoa enferma e, por consequência, perceber a relevância deste serviço na atitude de enfrentamento religioso vivenciada pelo paciente com câncer.

A fim de alcançar o **objetivo geral** da pesquisa, os seguintes **objetivos específicos** foram estabelecidos:

- a. Identificar o exercício do enfrentamento religioso, espiritual pelos pacientes com câncer;
- b. Avaliar a capelania como fator de amparo ao indivíduo no ambiente hospitalar e como a espiritualidade do paciente é tratada pelos pastoralistas;
- c. Compreender as contribuições da capelania na integralização do cuidado do paciente oncológico para a promoção da saúde e/ou cuidados paliativos.

No desenvolvimento deste trabalho, os capítulos que se seguem apresentam os fundamentos teórico-metodológicos, a estrutura da pesquisa desenvolvida e os seus resultados. O segundo capítulo apresenta como, desde os antecedentes humanos mais remotos, doença e saúde possuíam uma relação construída com repercussões religiosas e/ou espiritualizadas, as quais conduziram à compreensão de uma Teologia para a saúde. Espiritualidade e religiosidade são abordadas em suas distinções e interações, as quais se transportam para o enfrentamento vivido pela pessoa enferma.

O terceiro capítulo apresenta como o cuidado tem seu significado compreendido nas dimensões humana e espiritual do ser humano, constituindo-se uma essência de sua existência. Como resultado histórico do exercício do cuidado, medicina e religião possibilitaram a formação de um panorama que deu origem ao exercício da capelania junto às ciências da saúde, apresentando o início da atividade no país e aspectos legais do serviço de assistência religiosa. O quarto capítulo apresenta a metodologia utilizada para a execução da pesquisa, com a fundamentação teórica e validação dos procedimentos da História Oral.

O quinto capítulo é destinado à exposição dos resultados da pesquisa de campo e suas discussões. As entrevistas a serem coletadas foram transcritas sob a aplicação do método da História Oral, sendo após sua narrativa, observada a linha que revela o fio condutor que dá sentido à história a partir da percepção do enfrentamento religioso/espiritual vivido, e do cuidado espiritual recebido no ambiente hospitalar. No sexto capítulo, tecemos as considerações finais, onde podemos observar como os objetivos propostos encontraram projeção sobre os resultados obtidos na pesquisa.

1. ENFERMIDADE E SAÚDE COMO PERCURSO DA ESPIRITUALIDADE

1.1. Antecedentes na antiguidade sobre relação entre saúde e doença

Para o homem da antiguidade, pensar a doença, o sofrimento e a morte se afiguravam como cercado de mistérios, os quais eram interpretados como realidades grandiosas, de tamanha magnitude cuja origem e controle estariam no campo do sobre-humano, o sobrenatural. Por assim ser, ainda é comum que nos dias atuais se pense como no passado atribuindo a causa de dor e sofrimento a forças situadas nas dimensões transcendentais ou sobrenaturais. Tais forças sobre-humanas passaram a ser identificadas sob diversos meios tais como sonhos, visões, consultas oraculares, êxtases, entre outras práticas espontâneas ou provocadas, que permitiam a sujeitos especiais romper “fronteiras ingressando ou contatando dimensões transcendentais, para ali conectar ou saber o porquê da doença, da dor e da morte” (VILHENA, 2012, p. 60).

Em meio a esses acessos especiais, o homem da antiguidade vivenciava a experiência do relato mítico. Conforme Eliade (1969, p. 97), “o mito como história sagrada primordial é fundamental porque explica, e por isso mesmo, justifica a existência no mundo, do homem e da sociedade, [...] como surgiram as coisas, fornecendo o modelo exemplar e também as justificativas para as atividades do homem”. Eliade enuncia que qualquer mito

relata um acontecimento ocorrido no tempo primordial, o tempo fabuloso do princípio. [...] o mito narra como, graças a façanhas dos Entes Sobrenaturais, uma realidade passou a existir, seja uma realidade total, o Cosmo, ou apenas um fragmento: uma ilha, uma espécie vegetal, um comportamento humano, uma instituição (ELIADE, 2013, p. 11).

A irrupção do sagrado no mundo revela a realidade criadora, transformadora ou dramática causada pela divindade. Entre essas realidades míticas estão as enfermidades, o que assevera que os mitos tenham funções nas curas, ocasionando uma relação entre o rito realizado pelo xamã e o mito cosmogônico de origem, quando a doença surgiu no mundo.

Ao exemplificar com um encantamento assírio contra dor de dentes originadas por vermes míticos trazidos à terra por Anu, criador dos céus e da terra, esse autor relata que ao realizar uma cerimônia, o xamã entoava cantos medicinais mágicos, pois o mito da origem dos medicamentos está sempre integrado ao mito cosmogônico. A eficácia terapêutica do encantamento reside no fato de que, “quando pronunciado ritualmente, ele

reatualiza o tempo mítico da ‘origem’, tanto da origem do mundo como da origem da dor de dentes e de seu tratamento” (ibidem, p. 32).

O decorrer da história fez surgir interpretações sobre a doença e a morte associadas a algum tipo de culpa, à ira de alguma divindade tribal ou nacional que teria sido desobedecida ou tratada com desatenção individualmente, ou pelo grupo, ou pelos ancestrais (VILHENA, 2012). Ao ser acometido por uma dor ou doença, o indivíduo busca a cura recorrendo ao feiticeiro ou mago local. Nos casos em que as pestes atingem toda a comunidade, a figura do sacerdote conduz sacrifícios rituais, com a finalidade de aplacar a ira das entidades ofendidas. Em outras circunstâncias surgem conselhos para comportamentos que acabem com a doença, ligados num primeiro momento a práticas ritualísticas e posteriormente combinadas a normatizações dos comportamentos pautados por valores éticos.

O conhecimento humano avança e as explicações sobre os fenômenos da natureza começam a ter como fundamento forças abstratas (força química, força física, força vital, etc.). Barbosa *et. al* (2011) afirmam que a saúde começa a ser vista como resultante do equilíbrio entre as influências ambientais, o estilo de vida e os elementos da natureza (terra, fogo, água e ar), e o aparecimento das doenças como decorrente do desequilíbrio desses fatores. As obras de Hipócrates, o pai da medicina, expõem que os fatores ambientais estão ligados à gênese das doenças. Tais escritos traduzem uma visão mais racional do processo saúde-doença, porém sem se desvincular totalmente do misticismo, já que os gregos eram doutrinados por uma religião panteísta que supunha a existência de divindades identificadas com o universo. Assim, buscava-se a cura por meio de ritos religiosos e pelo uso de plantas medicinais.

Sobre a concepção clássica do termo *therapeía*, “um conceito que se aproxima mais de uma conotação religiosa do que de um vocabulário estritamente ligado à medicina enquanto ciência, pois indica antes de tudo motivação interior, disposição e ação para ‘oferecer assistência’, ‘estar próximo’, ‘cuidar de’, ‘zelar por’” (VILHENA, 2012, p. 60-61). Essa concepção, observa a autora, é encontrada em termos linguísticos diversos, como *sóter*, significando tanto “o que cura” como “o que salva”; *shalom*, designando “paz”, “bem”, “prosperidade”, “integridade física e espiritual”; *axé*, que exprime “paz”, “harmonia interior e cósmica”.

As religiões são um meio extremamente hábil para oferecer sistemas simbólicos e interpretativos articulados a práticas terapêuticas para situações onde a doença, a dor e o sofrimento se fazem presentes. Na tradição judaico-cristã existem relações entre a doença,

a dor, o sofrimento, e a morte, com os possíveis desvios humanos diante de princípios estabelecidos para o homem. Essa configuração expõe uma espécie de justiça retributiva, na qual o ser humano é o maior responsável pelos males que o afligem, restando-lhe duas atitudes: “aceitar passivamente a doença tida como merecida e procurar, em caso de cura, pautar a vida pelos critérios dados por Deus” (ibidem p. 66).

Por ser a capelania um campo particular do cuidado, sua atividade se caracteriza como uma vertente da teologia pastoral:

[...] a teologia pastoral pode ser considerada um ramo da teologia prática, [...] Objetiva a formação do ministério pastoral ordenado, de agentes pastorais e da comunidade de fé para o ministério do cuidado mútuo em suas diversas modalidades. É, portanto, área de estudos eminentemente transdisciplinar. Alimenta-se do estudo das Escrituras, serve-se das investigações históricas, organiza seu pensar com auxílio dos estudos teológicos sistematizados e recorre às ciências humanas e sociais para compreender e melhor servir a família humana (SATHLER-ROSA, 2010. p. 62).

Partindo dessa ótica, entendemos como a capelania hospitalar se constitui pelas ações práticas de serviço e amor ao próximo. Por esta razão, convém a título inicial, pontuarmos os antecedentes teológicos que delinearam a concepção da capelania, os quais perpassam o tema da dignidade humana e do amor ao próximo que foram expressos de maneira singular no Cristianismo.

Uma reflexão teológica no Antigo Testamento, por exemplo, remete para os conceitos de imagem e semelhança como uma representação do divino que existe no homem, para além das apropriações religiosas, uma vez ser necessário compreender a existência de mistérios que envolvem a natureza humana, nos quais importa perceber o sagrado, a divindade (BRAKEMEIER, 2002).

Num ponto de contato que há entre Antigo e o Novo Testamento bíblico, o texto transmitido a Moisés por Yahweh (como Deus é apresentado ao povo israelita) para ser enunciado e observado pelos israelitas diz “amarás o teu próximo como a ti mesmo” (Levítico 19.18). Este texto é enunciado por Jesus, quando ele afirma que há dois maiores mandamentos sintetizadores da Lei mosaica, e o cita como sendo o segundo grande mandamento a ser observado, quando interrogado por intérpretes das Escrituras (Lucas 10.25-28). Neste mesmo episódio Jesus conta a parábola do Bom Samaritano, que ilustra a necessidade de cuidar do homem caído e enfermo pelas feridas da violência sofrida, oferecendo a ele o tratamento médico para a cura. Com isso é apresentada a lição que homem próximo a nós é toda pessoa que, embora caída, fragilizada e vulnerável porta em si mesma a imagem do divino. Portanto o amor ao ser humano deve ser-lhe oferecido independentemente de sua classe social, etnia, conduta ou religião.

Discorrendo sobre a saúde e ética na pastoral de Jesus, Santos (2008, p. 28) afirma que nos evangelhos, se percebe nitidamente um “Jesus comprometido com a saúde das pessoas e sarando-as de suas enfermidades. Ele afirma: *‘Eu vim para que tenham vida e a tenham em abundância.’* Jesus veio para ensinar a viver, para mostrar caminhos de restauração e ver a saúde no mais pleno e integral sentido da palavra.”

Ao expor a parábola do Bom Samaritano, este mesmo autor afirma que a ética exposta no discurso de Jesus garante à pessoa que precisa ser cuidada, prioridade sobre as normas estabelecidas pelos estatutos institucionais da religião, de tal forma que as necessidades do outro determinam o que se deve fazer em cada situação concreta. A capacidade de amar faz o ser humano atento e perspicaz para com as reais necessidades de alguém. Entendemos assim, o ato de amar, como um parâmetro ético suficientemente útil para exercer o cuidado pastoral nos mais diversos campos da vida entre os quais se dá o acometimento pela enfermidade.

No decurso do tempo, para além da compreensão da doença como consequência retributiva, os textos sagrados das tradições monoteístas apontam para um discernimento ético como valor para a preservação da vida, da saúde, da dignidade humana. Afirmando assim, que os processos dolorosos inerentes à condição humana não resultam de castigos divinos, mas do “ser no mundo”, e como tais, devem ser mitigados ou desfeitos pelos saberes e tecnologias voltados para as curas das doenças, prolongamento da vida e demonstrando assim, visivelmente a ação cuidadora e salvadora do Deus que está sempre próximo de suas criaturas.

1.2. A formação de uma Teologia para a saúde

Um novo olhar sobre o homem e saúde, promoveu a construção do pensamento e práxis evangélicas, fazendo brotar, no seio da Igreja, maior envolvimento com a saúde e suas perspectivas. Na década de 1960, teólogos despertam para a interpretação terapêutica do ministério da salvação e, portanto, para a compreensão da saúde enquanto lugar no cristianismo. O desejo maior de envolver-se com a saúde do indivíduo e da sociedade, fez com que as igrejas reunidas construíssem uma convicção de que a Igreja deve ter responsabilidade na promoção da saúde pessoal e comunitária (ÁLVARES, 2013).

A teologia, segundo este autor, passa a se mostrar sensível ao contexto da enfermidade, pois viu nesta um sinal inquestionável para o cumprimento da ordem do Evangelho para curar e pregar. Tal reflexão teológica fomentou postura e ações caridosas

que aproximaram a Igreja, de maneira preferencial, das pessoas que sofrem, dos enfermos, da morte e dos moribundos. Ocorre então uma confluência inevitável entre teologia e saúde, uma vez que essas “duas realidades estão inseridas, de tal forma que fazem parte da experiência humana de existir no mundo, de se organizar em sociedade e de participar da mesma condição de fragilidade, contingência e finitude” (MARTINS; MARTINI, 2012, p. 202).

No percurso para uma atual reflexão teológica, a saúde é repensada como “lugar teológico”, recebendo tanta importância quanto a doença e a morte. Nos textos sagrados do cristianismo, as intervenções divinas em favor dos enfermos, além de revelar uma ação na mudança de estado do indivíduo da doença para a saúde, também proporcionam a este libertação e cura espiritual. Álvarez (2013, p. 31) interpreta que as curas “têm um valor salutar e salvífico, na medida em que, justamente por ser dom de Deus, oferecem um novo modelo de saúde e promovem uma nova qualidade de existência, uma verdadeira transformação do ser humano, sinal e antecipação da transformação final”.

No plano antropológico, a intenção principal da teologia da saúde é a descoberta da visão da integralidade da pessoa, pela qual se entende o ser humano como resultado das relações recíprocas entre os aspectos de sua composição física, emotiva, mental, social, espiritual, entre outras que o constituem. Desta maneira, a teologia da saúde tem seu ponto de partida onde se descobre a implantação antropológica da saúde.

Essa descoberta reivindica um diálogo com as ciências do comportamento (a psicologia da saúde e a sociologia da saúde) e da antropologia médica. Acolhendo algumas de suas conclusões, a Teologia da Saúde procura ler em termos teológicos o que é o ser humano são (e curado) em suas diversas dimensões pessoais (ibidem, p. 45).

Vivemos em uma sociedade multicultural, plural, aberta, em meio a um cenário social transformável rapidamente pela velocidade da informação. Diante disso, é requerido da teologia um novo desafio: ser compreensível, plausível e acessível aos recursos de seus interlocutores (PERETTI; SOUZA, 2012), mostrando sua contribuição específica na formulação de reflexões éticas presentes nos fatos e dramas entre os quais, situam-se a doença e saúde. Essa nova postura, exige a concepção de um discurso teológico que não esteja enclausurado, mas interaja especificamente transitando nas relações entre bioética, psicologia, medicina, sociologia, entre outros saberes científicos.

Estes autores enunciam que a teologia em diálogo com a bioética precisa caracterizar-se por uma visão supradisciplinar, “colocando questões e levantando perguntas que transcendem a cultura e a ciência. Dessa forma, não apenas a teologia, mas também

o(a) teólogo(a) assume um lugar no espaço público da academia e da sociedade” (ibidem, p. 107). Assim os autores enunciam sobre a teologia como uma ciência:

que explicitasse uma melhor compreensão da realidade histórica, antropológica e até mesmo cósmica. Nesse contexto, a teologia assumiu um papel relevante, pertinente e imprescindível para o surgimento das teologias contextuais, teologia da libertação latino-americana, teologias africanas e teologias asiáticas, das teologias das culturas – negra e indígena –, das teologias produzidas em gênero – teologia na ótica da mulher e teologia feminista – e da teologia das religiões, que explicaram ainda melhor a necessidade das mediações científicas na produção teológica (ibidem, p. 100).

O pluralismo de posições e argumentações nas questões humanas e éticas passou a requerer da teologia a superação da confessionalidade (frise-se que a superação não implica na extinção), com vistas a compreender questões fundamentais da vida humana. A teologia abre-se para a composição de uma reflexão contributiva eticamente nas intervenções no campo da saúde, da biotecnologia, da ecologia, numa postura de aproximação com a antropologia (ibidem).

Para além de “medir” a saúde do ponto de vista dos dados fornecidos pela medicina e sociologia, a teologia da saúde, enquanto perspectiva própria da religião cristã, tem como tarefa interpretar e favorecer uma experiência salutar e salvífica. Precisamos pontuar que a teologia da saúde embora considere as implicações biológicas, mentais e sociais, seu discurso é fundamentalmente teológico e orientado para a práxis cristã e pastoral. Por conseguinte, a teologia da saúde se faz sensível às atuais culturas da saúde, uma vez que, em um mundo plural e contraditório, essa perspectiva procura descobrir os critérios de juízo, os valores determinantes, os pontos de interesse, as linhas de pensamento, as fontes de inspiração e os modelos de vida da humanidade com relação à saúde (ÁLVAREZ, 2013).

1.3. A abordagem multidimensional do ser humano

Como consequência dos embates históricos entre religião e ciência, no Ocidente, as doenças receberam o enfoque explicativo que supervalorizava aspectos físico-biológicos, e buscou excluir aspectos psíquicos, sociais e espirituais, contribuindo para a supremacia do paradigma biomédico (GOBATTO; ARAÚJO, 2013). Entretanto, no decurso do século XX, as múltiplas transformações foram suscitadas pelo acompanhamento prolongado de enfermos crônicos e a constatação da influência de fatores psicológicos para a saúde. Desta

maneira, o paradigma biopsicossocial, que preconiza atenção integral através da inclusão de fatores políticos, econômicos e culturais, foi sendo reafirmado progressivamente.

Esta alteração de paradigma, na qual outros parâmetros são incluídos para a atenção e explicação das enfermidades, é apresentada por Lima:

“O homem possui três dimensões de forma concêntrica e integradas”: a biológica, que envolve o organismo e seus processos fisiológicos; a psicológica com seus impulsos, emoções, instintos, sensações, manifestando os padrões comportamentais e costumes sociais; e a espiritual que é núcleo central de organização da existência, considerado por ele como “a dimensão especificamente humana, na qual se revela a instância livre e criadora do ser humano” (LIMA *et al.*, 2015, p. 220).

O ser humano por meio de sua dimensão espiritual reorganiza-se para enfrentar a vida, o sofrimento e a morte com a cabeça erguida. No campo espiritual do ser, se insere em potencial a liberdade de escolha, a vontade primária de busca de sentidos de vida e a resiliência. Na espiritualidade se inserem potencialmente a liberdade de escolha, a vontade primária de almejar sentidos de vida e resiliência. “Os sentidos descobertos ou identificados por cada pessoa servem para organizar a existência individual e funciona também como fator de proteção para saúde mental e a sobrevivência do ser humano no planeta” (ibidem, p. 220).

As doenças manifestas pela profunda integração mente-corpo, denominadas psicossomáticas, aumentam cada vez mais, sendo necessária uma reflexão mais aprofundada sobre “a interdependência e unidade desses três níveis na pessoa humana, para que possa acontecer a saúde não só do corpo (organicismo), não só da *psiqué* (psicologismo) e não só do espírito (ascetismo), mas uma saúde do indivíduo inteiro” (LIBÓRIO, 2010, p. 11). A relação do homem das antigas religiões com o sagrado institucional ou instituído parece sempre contar com a presença e atuação de taumaturgos, xamãs, curandeiros, exorcistas, terapeutas e médicos, cujas funções são a mais diversas, às vezes, opostas e até sobrepostas (ELIADE, 2013).

Podemos admitir que mesmo antes das concretizações ritualísticas nas manifestações religiosas, estas traziam para o mundo visível algo que existia no mundo interior do ser. É nesse pensar que se torna possível compreender que a espiritualidade precede a religiosidade, pois é inerente ao espírito humano. Espírito é um termo de origem latina – *spiritus* – que significa basicamente sopro, ou respiro. Corresponde aos termos empregados nas Escrituras Bíblicas *pneuma* (vento, respirar, soprar), e hebraico *ruach* (brisa, sopro, respiração). Em latim os termos espírito e alma têm uma aproximação

conceitual, motivado pela aproximação que o termo alma possui por derivação do termo sânscrito *atman*, para significar respiro (ANJOS, 2008).

Segundo este autor o movimento autônomo que cada ser tem em contraposição à matéria inerte revelaria o fator de distinção entre os seres animados (com alma, espírito) daqueles que são inanimados (sem alma, espírito). Assim, “o conceito de espírito, como que por um recurso de metáfora, se serve do respiro para referir-se ao princípio vital, que se mostra nos animais pela respiração” (ibidem, p. 19). Em muitos contextos o termo espírito contém as características da personalidade humana – o pensamento que dá movimento à vida – enquanto racional, como também aos seres não-corpóreos dotados de pensar – como Deus, anjos, divindades, por exemplo. Isso faz com que o espírito no ser humano, corresponda à alma humana com suas propriedades superiores.

As dimensões física, química, biológica, psicológica, mental e histórica se entrelaçam, constituindo o mosaico da unidade da vida humana. Conforme Higuete (2014) enuncia, todas as dimensões estão presentes em cada uma dessas unidades, fato que se confirma pelas evidências da medicina psicossomática. Essa confluência de dimensões traz relevantes implicações para a compreensão de saúde, doença e função da cura.

Cavalcanti e Cavalcanti (2010) ao analisarem a relação entre religiosidade/espiritualidade e psicossomática, relatam que pesquisas científicas corroboram que processos mentais (nervosos), crenças e afetos prejudicam o corpo, a saúde. Isso torna cada vez mais difícil refutar que tais processos sejam também manifestações do espírito. Esse cenário abrangente faz com que a validade, utilidade e demanda social por conceitos integrativos entre Ciências Humanas e da Saúde esteja em plena expansão.

Conforme Zoboli e Pegoraro (2008) “ter sentido” e “dar sentido” são expressões distintas. Para as autoras, afirmar que a vida humana “tem sentido” quer dizer que esta leva, em si mesma, estruturas ontológicas que a fazem inteligível na medida em que antecipam um propósito nela inscrito. “Dar sentido” à vida significa empenhar-se, livre e conscientemente, no cumprimento dessa finalidade e propósito antevistos. Dessa forma, do ponto de vista ontológico, ter sentido precede dar sentido. Esses termos existenciais, conferidores de sentido, perpassam a história de cada pessoa, em especial, daquelas que precisam ressignificar a própria vida em função de uma doença ou trauma inesperado e transformador de sua condição de saúde.

Cada pessoa está sujeita às contingências da vida e da existência humana, e por assim ser, precisa zelar pela preservação de sua autonomia e participação ativa de sua

trajetória singular de transformação. É comum que a pessoa enferma em uma instituição hospitalar seja exercitada no atributo da paciência. Paciência para esperar ser atendido. Paciência para aguardar os materiais ou medicações necessárias aos procedimentos terapêuticos ou cirúrgicos a serem disponibilizados. Paciência na expectativa de que o organismo responda positivamente na recuperação fisiológica. Esta paciência quando não exercitada dá espaço à ansiedade em graus tão intensos, que por vezes chegam a alterar estados de pressão arterial, resultando em complicações marginais que terminam por ter de ser atendidas, retardando as medidas de controle e atenção ao problema de saúde principal.

A paciência requerida no tempo para o enfrentamento da jornada de sofrimento é imprescindível para a formação do sentido:

Por paciência, se entende não permitir que nada nem ninguém destrua a confiança básica interior, a esperança e a aposta de dar sentido ao viver, não se deixando roubar a transparência da alma pelas feridas sofridas ao fazer o bem. A paciência preserva o ser humano do risco de quebrantamento do seu espírito pelo abatimento (ibidem, 2008, p. 177).

Desta forma, a pessoa que enfrenta uma doença, precisa ser educada para a paciência a fim de tornar robusta a consciência da própria criatividade, elevar a esperança e a disposição. Esse conjunto de atitudes anímicas permite ao ser humano confiar, mesmo que ainda não tenha plena segurança no bom êxito.

1.4. Espiritualidade e Religiosidade: distinções e interações necessárias

Podemos encontrar em quase todas as religiões existentes mensagens de salvação, as quais apontam para questões fundamentais que permeiam a vida do ser humano. Questões existenciais, problemas eternos e, em alguns casos, aporias (termo grego para paradoxos e dilemas insolucionáveis) que tratam do amor, da origem, do sofrimento, da culpa, do perdão, da vida e da morte, das leis no mundo. Por que nascemos e por que morremos? O destino de cada pessoa é governado por quê ou quem? A consciência moral e as normas éticas são fundamentadas de que maneira para a afirmação da vida depois da morte? Diante de algumas destas perguntas, praticamente todas as religiões apresentam caminhos de salvação, os quais caracterizam-se pelo sofrimento e penúria, por um comportamento correto e responsável nesta vida, condutas de abnegação e amor ao próximo, tudo com o alvo final de alcançar uma felicidade duradoura, eterna, liberta de todo sofrimento e culpa e da morte.

Neste ponto precisaremos fazer menção à distinção entre espiritualidade e religião, pois existe um ponto em que os conceitos se tangenciam e disso deriva no senso comum uma relação de sinonímia entre os termos. No sentido estrito compreendemos que embora haja uma zona de intersecção entre os termos, faz-se importante entender suas distinções a fim de que o exercício da assistência espiritual à pessoa enferma seja protegido dos equívocos e distorções característicos da prática proselitista.

Koenig (2012b) enuncia que a religião pode ser definida como um sistema de crenças e práticas observado por uma comunidade, apoiado por rituais que reconhecem, prestam culto, comunicam-se ou aproximam-se do Sagrado, do Divino, de Deus ou da Verdade Absoluta, da Realidade ou do nirvana. Vamos entender nessa perspectiva que haverá no bojo da religião um código moral de conduta que todos os seus membros concordarão em observar a fim de ter a aceitação da comunidade religiosa. A religião tem aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais, assim, a religião pode ser entendida como “a qualidade daquilo que é comunitário e institucional da espiritualidade” (ibidem, p. 16), ou seja, a sistematização de normas e práticas na busca pelo sagrado ou transcendental.

A religião se refere à organização institucional e doutrinária e determinada forma de vivência religiosa. Possui relação com uma crença em caminhos de salvação, bem explicitados por esta organização institucional. Desta forma um dos principais aspectos inerentes a essa crença é a aceitação de alguma forma de realidade metafísica ou sobrenatural. São manifestações visíveis da religião os ensinamentos, as doutrinas, rituais, orações, éticas (comportamentos adequados), edificações e suas arquiteturas, tais como templos e monumentos, os quais têm como objetivo conduzir os fiéis a uma vivência espiritual característica daquela tradição religiosa (VASCONCELOS, 2005).

Segundo este autor, cada religião identifica e organiza uma comunidade dos que aceitam esta forma de vivência religiosa, criando um sentimento de pertencimento a uma tradição que une fiéis passados, presentes e aqueles que se tornarão integrantes posteriormente. De igual forma, aqueles que não aceitam esta forma de vivência religiosa, também têm sua identidade diferenciada.

Koenig (2012a, p.16) afirma que a melhor razão para abordar os aspectos espirituais das doenças é que muitos de nossos pacientes são religiosos e têm necessidades espirituais. Então “ser espiritual é uma parte inerente de muitas pessoas – isso forma a raiz de suas identidades como seres humanos e dá à vida sentido e propósito”.

A espiritualidade, por sua vez, refere-se à experiência de contato com a dimensão transcendente, a qual ultrapassa as realidades concretas e consideradas normais na vida humana. De acordo com Boff (2001), o que caracteriza a espiritualidade, é a arte e o saber de tornar o viver orientado e impregnado pela vivência da transcendência. Segundo Vasconcelos (2005, p. 31), a transcendência pode ser entendida como a “abertura e atração pelo infinito em seres tão marcados pela limitação”, refere-se a uma dimensão, não imediatamente percebida, da realidade concreta, e cotidiana da existência, algo presente, mas nem sempre revelado.

Uma compreensão nesses termos nos permite ver que a espiritualidade se orienta pela experiência profunda e sempre inovadora e surpreendente do encontro vivo com Deus ou com o Sagrado, para a forma como cada religião pode concebê-lo, e que na concepção de Otto (2011) apresenta aquilo que para o homem é totalmente outro, transcendente, ou na sua expressão exata “numinoso”. O numinoso como expressão do sagrado, exprime um poder referido cuja qualidade “não é formulável em conceitos racionais: ela é ‘inefável’, somente pode ser indicada pela evocação íntima e apontando para o peculiar tipo e conteúdo da reação-sentimento, desencadeada na psique por uma experiência pela qual a própria pessoa precisa passar” (ibidem, p. 42).

O sentimento forte da espiritualidade possui um aspecto básico e profundo que a caracteriza como sendo mais que a fé na salvação, confiança ou amor. Algo que, independentemente destes fenômenos pode temporariamente “excitar e invadir também a nós com um poder que quase confunde os sentidos, ou se o acompanharmos com empatia e sintonia em outros ao nosso redor, nos fortes surtos de espiritualidade e suas manifestações no estado de espírito” (ibidem, p. 44).

Enquanto as filosofias apresentam modelos de vida abstratos, as religiões apresentam “pessoas modelares”, e tal distinção reforça, para alguns, o empenho com o seguimento de uma pessoa de vida exemplar, como por exemplo: Buda, Jesus, Confúcio ou Maomé. Ocorre, entretanto, que alguns desses agrupamentos de pessoas com a disposição para seguir esses modelos foram no decurso da história sendo emoldurados por estruturas de poder e influência que os afastaram dos modelos primeiros de religiosidade. Então, na contemporaneidade, percebe-se, um desgaste e fadiga da religião institucionalizada, aquela que se apresenta como doutrina, instituição, norma, dogma. Por outro lado, existe uma grande busca de espiritualidade, que vai ao encontro dos anseios mais profundos do coração humano, em termos busca do sentido último da existência humana (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2011).

1.5. O enfrentamento religioso/espiritual pela pessoa enferma

O filósofo romano Sêneca (4 a.C. – 65 d.C.) entendia haver valor na função da esperança ao afirmar que “é parte da cura o desejo de ser curado”, pois em grande parte da história registrada, os indivíduos assumem responsabilidade por sua saúde. Benson e Stark (1998) afirmam que as pessoas tentam viver uma vida boa a fim de manter um equilíbrio, uma harmonia de humores que determinam a saúde do corpo e da mente, todavia quando ocorria o desequilíbrio, instaurava-se a doença no corpo. Em dado momento na história, com o movimento sanitário no século XIX, as pessoas deixaram de atribuir esse desequilíbrio – doença – a fatores ambientais, climáticos e mesmo desígnios divinos para compreender que as doenças tinham causas específicas.

A religião é usada por muitas pessoas para o enfrentamento de situações difíceis, além de também ser fundamental para a constituição de suas identidades. Isto nos revela porque em tempos quando a vida ou modo de viver se encontram ameaçados ou seriamente diminuídos, as pessoas voltam-se de maneira especialmente forte para suas necessidades espirituais. Segundo Koenig:

negligenciar a dimensão espiritual é como ignorar o ambiente social de um paciente ou seu estado psicológico, e resulta em falha ao tratar a pessoa ‘integralmente’ [...] fatores sociais e psicológicos influenciam a saúde física e a suscetibilidade às doenças, e influências similares podem ser logo identificadas também por fatores espirituais (KOENIG, 2012a, p. 16).

Havemos de considerar sobretudo no tratamento de pacientes, que a definição de espiritualidade de forma tão rigorosa não se torna necessária como se dá na pesquisa científica. Em contextos clínicos, é de maior utilidade que o entendimento de espiritualidade seja o mais amplo possível, a fim de que todos os pacientes tenham oportunidade de serem assistidos nessas suas necessidades. Pois poderemos nos deparar com pessoas enfermas que possam não se considerar religiosas, mas mesmo assim, estejam procurando um significado para além de si mesmas ou ainda lutando pela compreensão acerca de sua existência (ibidem).

Embora ainda hoje sejam usados como sinônimos, a utilização distinta dos termos religião e espiritualidade cresceu nos últimos anos com o desenvolvimento do campo de estudo. Assim, textos mais antigos, e ainda alguns atuais, referem-se somente a *coping* religioso, embora muitas vezes estejam se referindo também a *coping espiritual* (PANZINI; BANDEIRA, 2007), de forma que esses atores consideram ambos como complementares, sendo, portanto, mencionados em conjunto como *coping* religioso-espiritual (CRE).

Em sua pesquisa, Esperandio (2014) apresenta que a maior parte das pessoas usa métodos de *coping** religioso em tempos de enfermidade, como forma de resistir e superar o estresse que tal situação acarreta. Pode-se orar pela cura, por ânimo, e até sua própria comunidade de fé se constitui como fonte de conforto e apoio. Por essa razão, no paciente, se faz relevante que a questão sobre o sentido e propósito do sofrimento venha à luz, a fim de arrefecer, aliviar e se possível extinguir a dimensão da dor que, embora possa ter origem na fisiologia do corpo, repercute na dimensão espiritual do ser, adoecendo sua alma.

Nesse contexto, o *coping* tem sido amplamente estudado, de sorte que apenas nos Estados Unidos, 1.200 estudos quantitativos examinados no período de 1872 a 2000, foram postos em compêndio pelos pesquisadores Koenig, McCullough & Larson, na obra “Handbook of Religion and Health” (Manual de Religião e Saúde). Tais estudos abrangem a relação entre espiritualidade e saúde física e mental sob os mais diversos enfoques, sobretudo na área da Psicologia. Alguns temas têm sido tão amplamente pesquisados que já se constituem como um campo de pesquisa específico, tais como o *coping* (enfrentamento) religioso espiritual (ESPERANDIO, 2014).

Indistintamente do segmento religioso a prática religiosa traz consigo muitos benefícios por toda a vida, isto porque é comum que o exercício da religiosidade promova “estilos de vida e comportamentos saudáveis. [...] desaconselham seus membros de fumar, beber bebidas alcoólicas, ou ter relações sexuais extramaritais (associadas com maior risco de doenças sexualmente transmitidas) e incentivam dietas saudáveis e exercícios” (BENSON; STARK, 1998, p. 159).

Os elementos que compõe a religiosidade da pessoa se entrelaçam para a reelaboração de sua integridade física, emocional, social e psicológica, uma vez que a “religião não é algo acrescentado ao ser humano, mas corresponde à sua própria essência [...]”, assim sendo, ela “pode e deve ser fator de unificação, integração do ser humano e de centralização para a personalidade de suas relações” (SATHLER-ROSA, 2010, p. 91). Essa atitude religiosa, conforme estes autores, pode ser salutogênica ou patogênica, afinal a religião, do ponto de vista psicológico, deve ser considerada como um meio de relaciona-

* O conceito de *Coping* Religioso Espiritual (CRE) é empregado, para referir-se ao processo pelo qual as pessoas, por meio da sua espiritualidade, crença ou comportamentos religiosos tentam entender e/ou lidar com importantes exigências pessoais ou situacionais em suas vidas. A noção de CRE tem como pressupostos: a) a existência de uma experiência estressante; b) a avaliação que a pessoa faz da situação (ameaça, dano ou desafio); c) os recursos disponíveis para lidar com ela; d) a responsabilidade de lidar com determinada experiência (PEREIRA, 2012).

mento entre a pessoa e a própria existência no mundo. Sendo salutogênica sua postura de enfrentamento estará aliada à espiritualidade/religiosidade; do contrário, sendo patogênica, a religião poderá acentuar o sentimento de culpa ou a opressão que lhe afastará do estado de bem-estar.

Gobatto e Araújo (2013) concluem, em sua perspectiva para atuação psicológica no contexto oncológico, que é fundamental que o psicólogo atuante em Oncologia considere os diversos benefícios originados a partir das estratégias positivas de *coping* religioso-espiritual, tais como maior adesão ao tratamento, formação e acesso a redes de suporte e integração social, produção de sentido/propósito de vida, esperança e redução de sintomas depressivos. Há também de se considerar que o *coping* religioso também pode, na direção oposta, ser um caminho negativo trilhado pelo paciente e, portanto deve ser identificado e limitado desde as primeiras etapas do atendimento. Todavia para que o acompanhamento profissional possa incluir essas metas, os profissionais da saúde da equipe oncológica precisam ter uma formação que os familiarize com o domínio religioso ou espiritual. O que se constitui ainda um desafio para a intervenção em saúde, adotar um modelo integrativo das dimensões biopsicossociais e espirituais, embora haja avanços notáveis nessa direção.

1.6. Fases vivenciadas pelos pacientes com doenças graves

Pacientes com câncer, mesmo que não estejam em contexto de gravidade, têm conhecimento do potencial que a doença tem de fazê-los aproximar-se da morte. Isso os leva a enfrentar situações psicológicas descritas nas fases apresentadas por Kübler-Ross (2008), quais sejam:

Negação e isolamento: o paciente que recebe o diagnóstico da sua doença reage, na maioria das vezes, com o pensamento de que “Não, eu não, não pode ser verdade”. Muitos pacientes, ao receberem a notícia do seu grave estado de saúde, procuram encontrar outra explicação para o caso. Chegam a exigir novos exames médicos ou então procuram outro médico que, esperançosamente, lhes dê um diagnóstico diferente. Segundo Kübler-Ross, a parcial negação acontece, geralmente, quando a pessoa que informa é uma desconhecida e não leva em consideração o preparo do paciente, apenas pensa em “terminar logo com isso”. O paciente precisa de tempo para adaptar-se à ideia de que está morrendo. A negação é um mecanismo temporário de defesa.

Raiva: não conseguindo mais sustentar a negação da sua doença, então os pacientes passam ao estágio da raiva, do ressentimento, da inveja. É comum nessa etapa que se faça

o questionamento: “Por que comigo? Por que não poderia ter sido ele?”. É muito difícil de lidar com uma pessoa que está no estágio da raiva. Pois comumente o sentimento se espalha direcionado a vários ambientes e pessoas, indistintamente, sem nenhuma razão plausível. Os médicos, as enfermeiras e os familiares se tornam alvo direto da raiva do paciente terminal.

Barganha: menos conhecida, esta fase também é importante por um tempo para o paciente terminal. Nesse momento, a pessoa enferma inicia a fazer promessa a si mesma, ou a outras e/ou a Deus. Parte relevante das negociações é feita com Deus. Então será comum frases do tipo: “se eu ficar viva para ir ao casamento de meu filho, então terei uma vida dedicada a Deus”, ou “se me curar, vou encontrar mais tempo para minha família”. Kübler-Ross chama a atenção que, do ponto de vista psicológico, um sentimento de culpa pode provocar a elaboração das promessas. O exemplo acima pode estar associado, por exemplo, a uma culpa da pessoa por não ter frequentado tão assiduamente a igreja, ou ter passado dias em demasia dedicados ao trabalho, não separando tempo para estar com a família.

Depressão: Nesse estágio, as circunstâncias não permitem mais que o paciente negue a gravidade de seu estado, não sendo mais possível fugir da realidade. Agora a revolta e a raiva dão lugar a um sentimento de perda. Não se consegue mais negar a doença e o fim iminente, pois os sintomas se intensificam e a pessoa começa a ficar mais debilitada. Este é o momento em que o paciente precisa comunicar as suas angústias e, muitas vezes, requer uma palavra de ânimo e confiança.

Aceitação: Um paciente que teve oportunidade de receber alguma ajuda para superar as fases anteriores, chegará a esta fase em que não mais sentirá raiva nem depressão quanto ao seu estado. Esta fase é chamada por Kübler-Ross de fase da aceitação. Neste estágio, “tudo se passa como se a pessoa já tivesse ressuscitado antes de morrer.” À medida que a pessoa, encontra uma certa paz e aceitação, ela deseja ficar mais só. Os problemas e acontecimentos do mundo já não lhe despertam tanto interesse. E esses pacientes normalmente preferem visitas mais curtas e a linguagem não-verbal passa a predominar nas conversas. Torna-se mais significativo “estar junto” do que “falar com”. Segundo a autora, os pacientes terminais passam por cinco estágios quando percebem a morte como sendo uma realidade próxima: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. A pessoa pode passar por todos estes estágios, como pode passar por apenas alguns, ou mesmo estagnar em um deles, pois os estágios não são necessariamente

consecutivos ou se sucedem em sequência, de maneira que o paciente pode alternar fases durante o processo ou voltar a estágios anteriores.

Esse contexto mobiliza tanto o paciente como também sua família. Os sentimentos vivenciados pelos pacientes são de enorme reação e intensidade, e isto se dá pelo fato de “o câncer ser considerado uma doença crônica grave, que, mesmo sendo passível de tratamento, em virtude das inúmeras representações a ele ligadas, ainda continua sendo vivida como uma sentença de morte” (SILVA, 2010, p. 18). Assim a enfermidade acaba por implicar um conceito de sofrimento que extingue a esperança em relação ao futuro, gerando um conjunto de perspectivas e respostas que ultrapassam o local e estágio em que o tumor se encontra.

2. CUIDADO E ESPIRITUALIDADE

2.1. Concepções e multiplicidade de significados do cuidado

Uma abordagem preliminar do sentido central do termo pode ser buscada em sua etimologia, a fim de que os significados nele existentes façam emergir um nicho de sentido originário, nos permitindo então perceber outras significações semelhantes. Há um senso entre os estudiosos de que o vocábulo cuidado deriva do latim *cura* – *coera*, escrito na forma arcaica da língua (BOFF, 2014), sendo este termo empregado para significar uma atitude de amor, de amizade, de preocupação e estima para com alguém ou algo.

Tal sentimento denota um sentido para o cuidar que aponta para a existência de alguém com tamanha importância enquanto pessoa que faz surgir naquele que cuida uma dedicação e uma preocupação direcionada à vida da outra pessoa. “O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida” (ibidem, p. 103). O cuidado também é compreendido como atenção biológica avaliada por resultados fisiológicos a serem alcançados. Como proposta ética, o cuidado não é apenas um dos elementos da atenção em saúde, mas seu mote, sua razão de ser.

O cuidado é mais que um *ato*, é uma *atitude*. Portanto traz em si uma profundidade que ultrapassa o momento de atenção, zelo e desvelo; o cuidar materializa-se em gestos ou providências que revelam ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Compreendemos então que tal atitude perfaz uma fonte de onde jorram muitos atos. Esta assertiva pode ser ilustrada pelo exemplo de uma mãe que, ao dizer que está cuidando do filho adoentado, deixa subentendidos nessa expressão múltiplos atos como: estar preocupada com o filho, levá-lo ao médico, dar a ele além de remédios, carinho, orar com e pelo filho, ficando próxima dele por meio de ações diversas que compreendem uma atitude de cuidado (BOFF, 2014).

Zoboli (2011) enuncia que, em um sentido geral, o cuidado é qualquer ação que contribui para que as pessoas e os grupos possam viver bem, ou seja, é o que promove e fomenta a “boa vida” e “boa saúde”. Cuidar constitui ato de vida, pois:

“A vida que não é cuidada morre: plantas, animais, pessoas. Também as relações humanas, que constituem a própria vida humana, se não cuidadas fenecem: amizade, amor conjugal, relações familiares, relação

entre profissional da saúde e paciente, relação da equipe multiprofissional” (ibidem, p. 58).

Nesse entendimento, Waldow (2006) afirma que o cuidado pode ser compreendido no somatório de esforços interpessoais (e transpessoais) de um ser humano para com outro, com o sentido de garantir proteção, assegurar a preservação e promoção da humanidade, bem como o auxílio e conforto para que pessoas venham a encontrar sentido na enfermidade, dor ou sofrimento, nos planos físico e existencial.

Quando suprimos necessidades do outro, de ordem objetiva e subjetiva e ou espiritual, nos implicamos, nos comprometemos a perceber suas demandas e adotar a construção solidária do cuidado a ser realizado sem abrir mão, quando necessário, dos recursos técnico-científicos para diagnosticar ou tratar. Nessa interação, os sujeitos se colocam em relações interpessoais, as quais interligam-se para a constituição de uma conexão que “confere sentidos aos aspectos das dimensões éticas, competências/habilidades de comunicação ou diálogo, qualidade de interpretação da essência do problema/fenômeno, tomada de decisão, respeito aos direitos [...]” (LIMA *et al.*, 2015, p. 212).

Podemos enunciar, partindo dessa compreensão, que uma atitude de cuidado circunscreve em si, o ser humano num sentido pleno de vida. No momento em que uma pessoa desenvolve a atitude de cuidar de outra, observaremos, no campo do relacionamento humano, que para ambas haverá muito mais do que um contato físico, haverá também uma interação afetivo-emocional que se traduz numa relação não de sujeito-objeto (quem exerce *versus* quem recebe a ação), mas sim, uma relação sujeito-sujeito. Tal como dito pelo poeta latino Horácio (65-8 a. C.), o cuidado é o permanente companheiro do ser humano, razão pela qual é possível afirmar que “o cuidado sempre acompanha o ser humano porque este nunca deixará de amar e de se desvelar por alguém, nem deixará de se preocupar e de se inquietar pela pessoa amada” (BOFF, 2014, p. 104).

2.2. A interseção das dimensões humana e espiritual do cuidado

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, de 10 de dezembro de 1948, afirma em seu artigo 1º: “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Estão dotados de razão e consciência e devem agir, uns para com os outros, num *espírito de fraternidade*”

(UNESCO, 2015, grifo nosso). Tal declaração aponta para um sentido de cuidado como o espírito presente na existência do homem e em suas relações com os outros seres humanos.

Sathler-Rosa (2010, p. 35) assevera que “o cuidar é universalmente humano e que só podemos receber cuidado se cuidarmos de outros”. Ocorre nessa dimensão uma relação de convivência, não ficando caracterizada intervenção daquele que toma a atitude, mas sim uma interação entre os sujeitos cuidador e cuidado. Reiterando a ideia exposta, entende-se que, fruto do desenvolvimento da interação entre os sujeitos por meio do cuidado, nos tornamos pessoa, a partir do encontro com o outro. E nessa dinâmica, entendemos que a expressão do cuidado passa a adquirir conotações que irão para além daquelas que o senso comum aplica ao termo.

Há um ambiente de desumanização que caracteriza as relações existentes na atualidade, que ganha contornos através de idiosincrasias como no ambiente artificial e impessoal das metrópoles, no projeto de controle genético, na segregação político-social paradoxal ao mundo dito globalizado desfazedor de fronteiras, na violência endêmica e fundamentalista. Nesse sentido Hoepfner (2008, p. 22) afirma que “o *ethos* que cuida, encontra no tema da dignidade humana sua mais alta constatação, sua fundamentação.” Por isso, faz-se indispensável um resgate do *ethos* cuidador. Um *ethos* que reconheça o cuidar como modo essencial do ser humano, materializado num comportamento que reflita a essência do cuidar como prática característica da essência existencial do ser.

Em sua pesquisa sobre a função do cuidado na clínica psicanalítica de crianças, França e Rocha (2015) asseveram que as dimensões do cuidado atravessam os indivíduos desde muito cedo, participando e contribuindo para a constituição da subjetividade. Em uma perspectiva psicológica, o cuidado como marca da presença do outro, se constitui em um elemento fundamental ao processo de subjetivação, sendo por isso o construtor de uma “uma função estruturante na vida, posto que a maneira como somos recebidos e reposicionados no mundo guarda relação direta com as formas de ser e existir” (ibidem, p. 415). Tal perspectiva permite-nos compreender como o cuidado sobre o outro perpassa a dimensão corporal e estende-se a um outro constituinte humano, sua psique como campo próprio das emoções e subjetividades.

2.3. O cuidado como essência do ser e modo-de-ser

O cuidado torna-se também uma proposta ética, e como tal, corresponde a uma atitude, a um modo-de-ser-no-mundo. Tal postura conduz a pessoa a estruturar e fundar

suas relações com as coisas, os outros, o mundo e com ela mesma. Trata-se, portanto de “uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização radical e aproximação vincular com o outro, que ao mesmo tempo possibilita a sensibilidade para com a experiência humana e o reconhecimento do outro como pessoa e como sujeito digno” (ZOBOLI, 2011, p. 59).

O homem contemporâneo tem encontrado dificuldades para harmonizar suas relações com a natureza, a tal ponto que o cuidado vem ao encontro de um cenário de vida acelerada, efêmera e complexa. Este cenário de relações nos faz caracterizá-las como uma espécie de modernidade efêmera, a qual delinea o mundo a nós disponível. Para Oliveira e Carraro (2011), as coisas são organizadas de maneira apressada de modo que só existam de forma indiferente. E mais tarde isso vai ocasionar o que se chama de esquecimento do ser. É em meio a essa corrida contra o tempo que a saúde, o cuidado, as pessoas que são cuidadas e aquelas que exercem o cuidar se tornam afetadas pela indiferença. O conhecimento entra no mundo das especializações e o pensamento se torna fracionado, o que nos leva a compreender e experienciar os acontecimentos da vida limitadamente.

Nesse estado de ser, o que nos parece é que estamos no meio de múltiplas visões de mundo tentando explicar como fazer, e assim há uma tendência de afirmar que nossa realidade carece de unidade de sentido que possa ser abarcada por alguma reflexão. Insiste-se na fragmentação que torna ininteligíveis as pretensões universais. Além da falta de sentido, está o não-sentido. A sociedade contemporânea, em acelerado processo de mudança, está dispersa e desprovida de referenciais. Há um vácuo racional e ontológico fundamental (OLIVEIRA; CARRARO, 2011).

A atmosfera que o próprio homem desenvolveu nas suas relações com o outro, com o mundo e consigo mesmo, possibilita sustentar que:

vivemos numa atmosfera de desconforto com os imediatismos da vida moderna que nos remete para a falta de compromisso moral com o outro, o determinismo pela tecnologia e pela técnica e ainda a fluidez nas relações de cuidado. Enfim, o mundo está aí, posto entre os vários fenômenos que se apresentam para nós enquanto seres humanos (ibidem, 2011, p. 377).

Toda essa configuração de relações complexas, efêmeras, transformáveis e transformadoras, nos conduz à interpretação de que suas consequências também se estendem ao fenômeno do cuidado. Estes autores, ao pensar sobre o cuidado como a essência das ciências da saúde, levantam as consequentes indagações: Qual o sentido desse cuidado no mundo de hoje? Qual a dimensão que o cuidado de enfermagem, medicina,

psicologia e demais saberes terapêuticos ocupam? Antes de serem perguntas ao interlocutor, são perguntas a serem feitas a si mesmo.

O cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado de outras, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É um modo-de-ser no mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas (BOFF, 2014). Dois modos-de-ser-no-mundo coexistem: trabalho e cuidado. O primeiro é intervencionista, promovendo interações tecnicistas, as quais geram a dominação das coisas e das pessoas, colocando-as a serviço dos interesses de terceiros (ZOBOLI, 2011).

Essa mesma autora discorre que no modo-de-ser-cuidado a relação não é “sujeito-objeto”, mas “sujeito-sujeito”. A ênfase da relação não recai sobre um “domínio sobre”, mas enfoca uma “convivência com”, em proximidade, na acolhida do outro, sentindo-o, respeitando-o, provendo-lhe sossego e repouso. A experiência que traz valor à vida é a de perceber o valor do outro, intrínseco em sua pessoa. É preciso salientar, cautelosamente, que os dois modos-de-ser não se opõem, mas se complementam. O “cuidado não se opõe ao trabalho, mas lhe confere uma tonalidade diferente. Não vemos a natureza e tudo que nela existe como objetos [...] nos sentimos ligados e religados uns com os outros, formando um todo orgânico único, diverso e sempre includente” (BOFF, 2014, p. 109-110).

Oliveria e Carraro (2011) advertem que não é possível pensar o cuidado como apenas teorização sobre a ação, como também não se pode defini-lo como uma simples e única estrutura em si mesma, pois sua condição mostra uma articulação estrutural que se exprime de forma imanente. Neste sentido “nos chamam atenção para um mundo de constantes mudanças onde o exercício do cuidar deve considerar o estado permanente de desenvolvimento pessoal, de transformações e de vir-a-ser, uma auto-compreensão ontológica pré-reflexiva para facilitar a compreensão/reflexão epistemológica. Essa compreensão do ser que cuida e que, porque cuida, é cuidado, delineia nosso entendimento de como o ser humano pode redescobrir sua essência, experimentando a coexistência dos modos-de-ser-no-mundo, harmonizando trabalho e cuidado.

3. ASPECTOS HISTÓRICOS DA CAPELANIA

3.1. A capelania como resultante da aproximação histórica entre medicina e religião

Há um pano de fundo histórico que se faz importante para compreender como medicina, religião e assistência médica foram percorrendo trajetórias justapostas ao longo do tempo. Atualmente, tem sido percebida como algo novo, a abordagem das necessidades espirituais de um paciente, entretanto essa percepção tem origens bastante antigas. Há algumas centenas de anos apenas, o pensamento iluminista, marcado predominantemente pelo pensamento antropocêntrico e materialista, com ênfase na razão, promoveu o afastamento entre a medicina e a religião. Antes dessa época e por quase toda a história da humanidade, medicina e religião caminharam juntas.

A história dos hospitais remonta a épocas anteriores à era cristã, havendo relatos de práticas médicas e de enfermagem em civilizações antigas. O homem preocupado, a princípio, apenas com o bem-estar de sua família, foi obrigado, com o correr dos tempos e para sua própria defesa, a se interessar pela saúde dos seus semelhantes, quando o aumento da população e a intensificação do tráfego demonstraram a necessidade de proteção coletiva. Com o progresso da civilização e o desenvolvimento das religiões, principalmente a cristã, este movimento foi tomando corpo até atingir, em curva de ascensão rápida, a culminância dos tempos atuais em que se multiplicam, sob as mais variadas formas, os serviços de assistência social, pública e privada (CAMPOS, 1965).

Os hospitais confundiam-se com os santuários que se erigiam na vizinhança dos mosteiros sob inspiração e direção religiosa. As seitas religiosas determinavam que, ao lado da igreja, das habitações de comunidades religiosas, se construíssem enfermarias ou organizações de assistência aos enfermos (CAMPOS, 1965, p. 29).

Há de se considerar, porém, que o cristianismo deu significativo impulso e desvendou novos horizontes aos serviços de assistência, sob as mais variadas formas. Diante do objeto de nossa pesquisa nos deteremos ao contexto histórico da assistência cristã ao longo do tempo, que no advento da era cristã trouxe grande incremento e multiplicidade das instituições hospitalares. O decreto de Constantino, no ano 335, fechou as *Asclepiéias* (primitivas organizações de saúde para assistências aos exércitos romanos) e estimulou a criação dos hospitais cristãos. Nos séculos IV e V surgiram duas organizações cristãs no Oriente, de onde se transportaram para Roma, que foram: o *ptochotrophium*, e o *xenodochium*. O *ptochotrophium* do arcebispo São Basílio, fundado cerca do ano 372, 370

ou 368, fora do perímetro da sede do seu arcebispado, em Cesaréia, na atual Turquia, tomou tais proporções que foi considerado como nova cidade (CAMPOS, 1965).

No decorrer dos primeiros séculos da era cristã, a igreja controlou as principais universidades nas quais era feito o treinamento médico, além de que orientava o credenciamento para que os médicos exercessem a medicina. A partir do século XVI, a influência da igreja cristã sobre a medicina começou a diminuir, devido ao governo das nações despontar para uma função mais efetiva no ensino da medicina e na autorização para sua prática. Como a revolução científica ganhou espaço nos séculos XVII e XVIII, na esteira da filosofia do Iluminismo, a influência da igreja foi mais reduzida, chegando a praticamente desaparecer na virada do século XIX com a Revolução Francesa (KOENIG, 2012a). Todavia, apesar desse afastamento, a Igreja conservava atividades de assistência religiosa, mantendo várias instituições hospitalares em funcionamento.

Apenas nos Estados Unidos, em 1950, quase mil hospitais católicos atendiam cerca de 16 milhões de pacientes por ano. No presente, hospitais relacionados a igrejas, muitos deles fundados no século XX, oferecem cuidado a cerca de 25% dos pacientes hospitalizados na América do Norte. A relação entre a religião e a enfermagem é ainda mais intensa do que a estabelecida pela medicina. O ofício da enfermagem surge diretamente da igreja, com as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula, irmandade que iniciou a organização de freiras católicas para servir tanto a hospitais religiosos quanto não-religiosos, no ano de 1617. Já no ano de 1789, mais de quatrocentos hospitais na França eram dirigidos por essas irmãs na França (KOENIG, 2012a).

No ano de 1830, um pastor luterano, em Kaiserwerth, na Alemanha, fundou a escola de enfermagem que capacitava mulheres para cuidar de doentes. Ficaram conhecidas como “diáconas”, sendo um equivalente luterano das irmãs católicas. Já no ano de 1803, as Irmãs de Caridade começaram em Maryland, o primeiro grupo de enfermagem do Estados Unidos, baseando-se nas práticas francesas, tanto em cuidados de enfermagem institucionais quanto familiares. No ano de 1837, a inglesa Florence Nightingale, considerada a pioneira da enfermagem moderna, buscou treinamento entre as irmãs de caridade e as diáconas protestantes, voltando-se para o aprendizado de práticas modernas de enfermagem, deixando significativa contribuição no cuidado dos feridos da guerra da Criméia (PAIXÃO, 1979).

Florence fundou a primeira escola de enfermagem, proporcionando de forma pioneira e renovadora, formação técnica às moças educada e cultas. Nessa época, a religiosidade está presente no serviço aos doentes. Florence afirma sobre as religiosas que

auxiliaram na Guerra da Criméia, em 1854: “são verdadeiras cristãs que jamais vi; de grande valor em seu trabalho, dedicadas, de toda inteligência e de do todo o coração ao serviço de Deus e da humanidade” (ibidem, p. 71).

3.2. As origens históricas da capelania

A igreja criou instituições especializadas em assistência religiosa. Silva relata que:

Com os mosteiros urbanos surgem as primeiras Casas da Caridade para assistência aos doentes e pobres: nosocômios para doentes; xenodóquios para os peregrinos; orfanato para os órfãos. Foi a mãe do imperador Constantino, Santa Helena, que edificou os primeiros hospitais com uma proposta cristã de atendimento aos enfermos. Éfrem (337 d. C.) construiu um hospital em Edessa para infectados pela peste. João Crisóstomo (407 d. C.) informa de outro hospital para leprosos nos arredores de Constantinopla (SILVA, 2010, p. 17).

Em Roma, no começo do século V, foram criados vários hospitais administrados por indivíduos que estavam subordinados por dirigentes espirituais de Jerônimo: o de Patrício Pamáquio, o de Paula e sua filha Eustáquia; de Fabíola (400 d. C.), este hospital era dividido em setores de acordo com as enfermidades dos internados. Orientavam-se pela medicina de sua época, a medicina grega, considerando com apreço o pensamento de Hipócrates (460-437a.C), por valorizar a responsabilidade ética e humana da assistência. Em 325, o Concílio de Nicéia recomenda aos bispos a criação de um hospital em cada cidade. Os imperadores bizantinos desde Justino (530d.C.) favoreceram essa iniciativa.

Silva, (2010) enuncia que o primeiro hospital para peregrinos foi construído no ano 365 pelo bispo Eustácio de Sebaste. Neste hospital acolhiam-se os leprosos. São Basílio, o Grande, legislador do monacato oriental, foi quem confiou pela primeira vez aos monges uma incumbência sanitária. Fundou no ano 360, no seu mosteiro da Capadócia, um hospital sob a administração de são Lázaro, para atender especialmente os leprosos. Sua própria irmã Macrina criou outro. No ocidente, a regra de são Bento despertou especial solicitude para com os enfermos. Planejava com esmero a hospedaria e a enfermaria. Nos mosteiros foram criados jardins botânicos e deu-se uma atenção especial à farmacopeia (SILVA, 2010).

Segundo Lima (2014), o termo capelania provém do latim *cappella*, vocábulo que surgiu na língua latina por volta do sétimo século da era cristã para nomear um oratório onde era guardada e venerada a capa de São Martinho de Tours (316-397). Relatos lendários apresentavam que, no inverno de 338, São Martinho teria partido seu manto –

cappa – e oferecido a um pobre. Essa parte do manto foi conservada e no sétimo século guardado num oratório, que pouco depois passou a ser chamado de *cappella* (LIMA, 2014). Com o passar do tempo, *capella* passou a ser o nome pelo qual se chamava qualquer oratório. Deste modo, os sacerdotes encarregados dos oratórios foram chamados de *cappellanus* – capelão. Tornou-se costume levar uma relíquia religiosa para os acampamentos militares, juntamente com um sacerdote para os ofícios religiosos e o aconselhamento, na França do século XVIII. Quando o oratório (*cappella*) que continha a capa de São Martinho passou a ser levado, a tenda que abrigava o oratório também foi designada de *cappella* (LIMA, 2014).

Cappella passou a designar, em termos gerais, pequenos templos, já no século XIV. A semântica do vocábulo deu origem à associação do termo *capella* aos sacerdotes incumbidos de serviços religiosos em unidades militares, hospitais e escolas, sendo designados, a partir de então como “capelão” e seus serviços oferecidos denominados “capelania”. Nesse contexto surgiram figuras de destaque como São João de Deus (1495-1550) e São Camilo de Lellis (1550-1614), declarados por Leão XIII (1886) padroeiros dos doentes, dos hospitais e dos profissionais da saúde. São Camilo, que escolheu como distintivo a cruz vermelha (1586) e, através de sua ordem religiosa, humanizou o sistema da saúde pública seriamente fragilizado e decaído (SILVA, 2010).

Com o advento do pensamento iluminista, no século XVII, a Declaração dos Direitos do Homem (1789), foi redigida pela Assembleia Constituinte Francesa, onde pela primeira vez, foi reconhecido o direito que todo ser humano tem de ser assistido em caso de enfermidade. Os governos iluministas consideravam humilhantes para o ser humano as “obras de misericórdia” praticada nas instituições mantidas pela Igreja. Por isso, tiraram da Igreja e das ordens religiosas os bens que eram utilizados para atender os pobres e enfermos. Começaram a projetar e executar a política da saúde, mas não foram capazes de resolver nem o problema da pobreza nem o da enfermidade. Os pobres ficaram mais numerosos e mais pobres e os doentes ficaram mais desassistidos (ibidem, 2010).

No trajeto histórico da capelania, em 1789, esse ofício foi abolido na França, mas restabelecido em 1857, pelo Papa Pio IX. “A esta altura, o sacerdote que tomava conta da capela, que era chamado capelão, passava a ser o líder espiritual do Soberano Rei e de seus representantes. O serviço costumava estender-se também a outras instituições: Parlamentos, Colégios, Cemitérios e Prisões” (ZITTI; FERREIRA, 2010, p. 37). Nesse contexto, a saúde que durante séculos, esteve bastante unida à ação da Igreja, passa a ser gerida pelo Estado que começou a fundar instituições hospitalares, e a Igreja sente o fato

como uma intromissão impertinente em suas funções. A Igreja, através de novas ordens hospitalares, orientou-se para aqueles setores desatendidos pelos poderes públicos, como os doentes mentais e os incuráveis (SILVA, 2010).

3.3. O ofício da capelania no Brasil

O ofício do capelão no Brasil teve seu início na área militar, no ano de 1850, quando no dia 24 de dezembro, o Governo Imperial aprovou o Regulamento da Repartição Eclesiástica do Exército. Por esse instrumento, foram efetivadas quatro classes de capelães: os da Ativa, os Agregados, os Avulsos e os Reformados. Esses capelães tiveram uma importante missão e atuação destacada na Guerra da Tríplice Aliança, maior conflito bélico da América Latina, dentre os quais se destacaram Frei Fidelis D'Avola, Frei Salvador de Nápoles e outros, evidenciando que o ofício da capelania era exercido exclusivamente por sacerdotes católicos. Com o fim da Guerra contra o Paraguai, o Serviço Religioso do Exército, conhecido como Repartição Eclesiástica do Exército, passa a ser chamado pelo Decreto nº 5.679, de 27 de junho de 1874, de Corpo Eclesiástico do Exército. Esse Corpo era composto por: um Capelão-mor, com a graduação de coronel, um Capelão tenente-coronel, um capelão major, dezesseis capelães capitães e sessenta capitães tenentes. O rol de atividades desempenhadas pelos capelães militares envolvia além dos trabalhos propriamente militares, catequização de indígenas, presidiários e de militares que trabalhavam nas fronteiras (CRIVELARI, 2008).

Catorze meses após a proclamação da República, em 1891, o movimento dos positivistas promoveu a separação da Igreja e Estado, decorrendo disto a extinção do Corpo Eclesiástico do Exército. Como preparação do contingente militar brasileiro, Força Expedicionária Brasileira (FEB), que participou da Segunda Guerra Mundial, o serviço de Capelania foi restabelecido como o nome de Serviço de Assistência Religiosa, por meio do Decreto 5.573, de 26 de maio de 1944 (ZITTI; FERREIRA, 2010).

Na mesma época foi criada também a Capelania evangélica para assegurar a presença de Capelães evangélicos na FEB, de sorte que nessa ocasião dois capelães se notabilizaram: Antônio Álvares da Silva (1913-1945), o Frei Orlando, foi o capelão católico que ministrava o sacramento da Eucaristia e encorajava os soldados. A participação do Brasil na guerra, e a condição de seus combatentes, fez com que Frei Orlando deixasse de lado, por certo ponto, a distribuição de sopas aos pobres em São João Del Rei, Minas Gerais e aceitasse o convite do comandante do 11º Regimento de Infantaria

para integrar a FEB, como capelão. Diante do *front*, em meio aos fogos inimigos, Frei Orlando fazia questão absoluta de posicionar-se nas primeiras linhas para prestar auxílio espiritual aos amigos e companheiros de combate. Durante uma visita às linhas de frente, Frei Orlando foi alvejado por um tiro acidental de um membro da resistência italiana ao nazifacismo e morreu, sendo sepultado em Pistóia, na Itália, em 21 de fevereiro de 1945. Em homenagem à sua abnegação e coragem, Frei Orlando recebeu o título de Patrono do Serviço de Assistência Religiosa do Exército Brasileiro (SAREx) em 28 de janeiro de 1946 (CRIVELARI, 2010).

Outro capelão que teve atuação destacada foi o Pastor João Filson Soren, que à época era pastor da Primeira Igreja Batista (PIB) do Rio de Janeiro e ofereceu-se como voluntário para servir no front como Capelão. O Capelão Soren partiu para a Itália, com a FEB em setembro de 1944, retornando ao Brasil somente depois de terminada a guerra, em agosto de 1945. Atendeu, pastoreou e fortaleceu as almas de cerca de 600 soldados evangélicos que integravam o contingente militar em solo europeu. O Capelão Soren considerava a importância da música para estímulo ao combatente para exercício da confiança em Deus e em seus irmãos de armas, e por isso organizou à semelhança do Hinário Batista chamado “Cantor Cristão”, um Hinário chamado “Cantor Cristão do Soldado” com hinos que foram cantados pelos militares no Regimento Sampaio (1º Batalhão de Infantaria, no Rio de Janeiro), em agosto de 1944, desde a fase preparatória para o embarque da FEB. O Pastor Soren faleceu em janeiro de 2002, aos 93 anos, depois de exercer o pastoreio por mais de 50 anos na PIB do Rio de Janeiro (ibidem, 2010).

3.4. Os aspectos legais do direito à assistência religiosa

O termo “paciente” surgiu do fato de que o indivíduo doente esperava, aguardava pacientemente pela sua recuperação. O enfermo era paciente com o seu mal ou sua doença, enquanto o curandeiro, o pajé ou xamã da tribo, sacerdote ou religioso e, posteriormente, profissional de saúde lhe recomendavam paciência (GAUDERER, 1998). Muitos direitos dos pacientes foram definidos mais precisamente após a Segunda Grande Guerra, especialmente com a Declaração dos Direitos Humanos, aprovados pela Assembleia das Nações Unidas, em 1948. Decorreu daí, segundo Gauderer (1998) a Declaração dos Direitos da Criança, Direitos do Deficiente Físico, Direitos do Deficiente Mental, Direitos do Paciente Psiquiátrico, Direitos da Pessoa portadora do Vírus da AIDS, entre outros.

Dentre os direitos do paciente, a assistência religiosa é tratada pela Constituição Federal de 1988, sendo regulado no texto de seu Artigo 5º:

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

VII – É assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva.

VIII – Ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei.

XIII – É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer (BRASIL, 1988).

O entendimento do caput do artigo 5º apresenta a generalização do direito de igualdade a todos os cidadãos. Na leitura do inciso VII, fica especificado que as pessoas internadas em qualquer entidade civil ou militar, têm direito à prestação de assistência religiosa. A expressão “entidade” nos permite enquadrar hospitais, internatos educacionais, estabelecimentos prisionais e congêneres, também se aplicando o termo às entidades militares, quartéis e bases de todas as Forças Armadas (Marinha, Exército e Aeronáutica) e Forças Singulares (Polícias e Bombeiros militares).

Zitti e Ferreira (2010) comentam sobre o inciso VIII que ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa, o que gera o entendimento de que um paciente internado em um hospital de direção católica, não poderá ser impedido de receber assistência religiosa da sua igreja, caso não seja católico, ou, no caso contrário, esteja em um hospital de direção evangélica e seja católico; o mesmo se aplicando para as demais instituições civis e militares. Nesse mesmo pensar, o inciso XIII reforça a compreensão de que é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, que atendam as qualificações profissionais que a lei estabelecer. Desta sorte, qualquer ministro religioso, “devidamente qualificado (oficializado por sua organização, igreja ou entidade), poderá realizar seu trabalho de assistência religiosa a pessoas de sua igreja, internas em entidades civis ou militares, independentemente de ser capelão oficial da entidade” (ZITTI; FERREIRA, 2010, p. 145).

Visando um amparo legal mais específico para o ofício do Capelão, a Lei Federal nº 9.982, de 14 de julho de 2000, foi promulgada para dispor sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, além dos estabelecimentos prisionais civis e militares:

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).

Além dos dispositivos legais supramencionados, o capelão deve estar a par das legislações específicas de cada Estado ou Município. Observa-se ainda que o capelão deve estar atento às regras de cada entidade a ser assistida, quer se trate de um hospital, prisão ou entidade de internação, regras estas que não podem, por evidente, contrariar o objetivo da Lei Maior, que é o cuidado complementar e a dignidade à pessoa, por meio da assistência religiosa.

Ao debruçar-se sobre a interpretação de uma legislação, o leitor precisa estar atento à intenção do legislador, que Zitti e Ferreira chamam de “espírito da lei”. Qual o propósito do legislador ao postular que a assistência religiosa fosse assegurada aos internos dos variados tipos de entidades civis e militares? Parece evidente que o legislador e todo o conjunto de Comissões pelas quais tramita uma lei, a fim de garantir sua legitimidade jurídica e alcance social, não tinham por propósito uma campanha evangelizadora e proselitista. Mas, o que se pretende é que pessoas pertencentes a determinado credo, tenham no seu momento de dor e dificuldade, assistência de um líder religioso ou de seus irmãos de fé, ou de um capelão da própria entidade, com o fim maior de elevar o nível de cuidado e qualidade de vida (ZITTI; FERREIRA, 2010).

Muitas dificuldades surgiram na atuação de pessoas sem o preparo técnico, científico e religioso quando na visitação de hospitais, em geral leigos de determinada confissão de fé. Os pastores, padres, rabinos e capelães, de modo geral são melhor capacitados para saber como tratar o doente, no exercício de sua assistência espiritual. “O estado emocional e psicológico do paciente deve ser levado em conta quando de uma visitação” (ZITTI; FERREIRA, 2010, p. 153). Tal leitura do estado do paciente requer algum grau de profissionalização, no sentido de formação e oficialização pela organização.

Um aspecto a ser considerado para maior amplitude da assistência religiosa/espiritual ao paciente é a uma conscientização das religiosidades de minorias. Atualmente prevalecem no contexto hospitalar o serviço prestado por ministros católicos, evangélicos e espíritas kardecistas. Todavia não se pode olvidar de outras religiões cujos

pacientes necessitem ou desejem ser assistidos por seus representantes ou líderes, como por exemplo, religiões de matrizes africanas, indígenas ou orientais. Tal condição requer o estabelecimento do diálogo da teologia com as práticas e/ou tradições relacionadas ao binômio saúde-doença vivenciadas nessas outras religiões.

3.5. O movimento de clínica pastoral: integração entre capelania e ciências da saúde

Na esteira do pensamento de “cura para todos” e “o homem inteiro”, vários debates e parcerias eram promovidos entre teólogos(as) e médicos(as)/psicólogos(as). Tanto na Europa, quanto na América do Norte, tendências conciliatórias entre as ciências da saúde e teológico-pastorais; entretanto foi nos Estados Unidos que o movimento se sistematizou e documentou, caracterizando o “movimento de clínica pastoral”, cujo principal representante foi o pastor Anton T. Boisen (HOEPFNER, 2010).

Hoepfner apresenta esse movimento integrador entre as ciências da saúde e a poimênica, como dimensão pastoral:

A expressão “clínica pastoral” surgiu nos Estados Unidos para designar um círculo especial de formação de pastores/as e estudantes ou diáconos e diaconisas para a visitação e o acompanhamento de pessoas doentes em hospitais ou clínicas psiquiátricas. Assim, atentar-se-á para o surgimento da clínica pastoral e o seu contato com a psicologia, tendo como objetivo, apontar para as virtudes desse movimento e sua contribuição para a capelania hospitalar (HOEPFNER, 2010, p. 86).

Antoine T. Boisen (1876-1965), de família alemã, mas radicado nos Estados Unidos, formou-se em teologia e dedicou-se a estudos sobre psicologia na Universidade de Harvard, nos quais se fixou principalmente com as obras de Freud e de Jung. Boisen, em 1924, com o apoio financeiro e moral do neurologista e cardiologista Richard Cabot, - que lecionava ética social na universidade e foi pioneiro em trabalhos sociais em hospitais -, iniciou um trabalho junto a doentes mentais no Hospital Estadual de Worcester. Segundo Hoepfner (2010), Boisen foi pioneiro ao levar quatro estudantes de teologia para o Hospital Psiquiátrico de Worcester, de maneira a possibilitar por meio do contato com o sofrimento humano, que seus alunos se defrontassem com suas próprias existências. Naquele momento introduziu-se a especialização que veio a ficar mundialmente denominada como Treinamento em Clínica Pastoral (*Clinical Pastoral Training* – CPT).

O estudo do ser humano como se este fosse um documento vivo foi enfatizado por Boisen para que se aprendesse o significado do ser humano. Para ele, interpretar um “documento vivo” vai além de aclarar o sentido de um texto, significando que este ser

merece respeito tal qual se dispensa ao texto sagrado das escrituras judaico-cristãs. Desta forma, sobre os parâmetros teológicos já existentes à época, Boisen contribui para novos métodos sobre a perspectiva teológica. Ele defendia uma teologia sensitiva, contextual e próxima das pessoas que sofrem. “Através de sua própria experiência anímica e no seu trabalho com pessoas psiquicamente doentes, ele considerava ter encontrado um sentido profundo na vida humana. Também em meio ao “submundo” existencial, a Igreja e a teologia devem se fazer presentes e atuantes” (HOEPFNER, 2010, p. 90). Por esse viés, a igreja e a teologia deveriam se por ao lado da medicina/psiquiatria e da psicologia, com o fim de auxiliar as pessoas em crise a emergirem das profundezas.

3.6. A abordagem da Capelania hospitalar

A capelania hospitalar constitui-se uma expressão de serviço voltada para oferecer assistência às pessoas enfermas que se encontram internadas em instituições hospitalares. Embora há algum tempo exista uma regulamentação, podemos observar que o serviço de capelania hospitalar, no país não é uma atividade largamente exercida. Tal não ocorre quando atentamos para exemplos de países como Estados Unidos e Alemanha, onde a capelania hospitalar é um serviço bem estabelecido. Presumimos que no Brasil seja assim, por falta de importância, pelas igrejas, na capacitação de ministros ordenados para capelania, bem como pelo motivo de que, indevidamente, a capelania hospitalar pode ser utilizada de maneira proselitista, se fazendo assim um desrespeito para com o enfermo no contexto de sua dor.

Cada capelão, evidentemente pela qualidade de sua ordenação religiosa – católico ou evangélico – terá suas convicções doutrinárias formadas e será possuidor de uma fé, não devendo por isso negá-la, mas tendo toda a sensibilidade, tato e ética para não impô-la quando no trato com o paciente. Conforme Silva:

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 (SILVA, 2010, p. 11).

Medos e desesperanças sobrevêm à pessoa acometida pela doença, o que a fragiliza e trazem prejuízos ao curso do tratamento para a recuperação da saúde e da qualidade de vida. Quando o paciente tem conhecimento de que há um capelão hospitalar para oferecer-

lhe auxílio espiritual, no decurso do tratamento e no enfrentamento da doença, aliando-se aos integrantes da equipe médica, ele reanima suas esperanças no combate à doença, em favor da vida.

Pesquisas revelam que crenças e práticas religiosas estão associadas com melhor saúde física e mental. Os estudos levantados por Panzini e Bandeira (2007), verificaram majoritariamente que há resultados benéficos no envolvimento religioso em relação à dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, funções imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade. Ficou constatada a associação do envolvimento religioso com maiores níveis de satisfação de vida, bem-estar, sentido e significado de vida, esperança e otimismo.

Nesse cenário, Esperandio apresenta que sua pesquisa:

[...] evidenciou o importante papel que pode ter um pastoralista (capelão hospitalar) na equipe multidisciplinar de um hospital, desde que o mesmo apresente preparo adequado para prover efetivo cuidado e aconselhamento espiritual. Também se espera que a teologia contribua numa melhor formação de capelães hospitalares para atuarem especificamente em tais contextos. Pesquisas que levantem dados sobre espiritualidade e saúde do ponto de vista dos pacientes também se fazem necessárias como complemento do presente estudo (ESPERANDIO, 2014, p. 828).

A ação de oferecer capelania hospitalar ao enfermo cresce de importância por elevar a abrangência do cuidado. De acordo com Koenig (2012a) as crenças possuem efeitos que não devem ser subestimados. Mesmo que seja uma crença religiosa, crença no médico, crença no tratamento médico, ou alguma convicção forte, a crença influencia a motivação e a emoção de forma poderosa.

Os pacientes sempre exercerão fé em algum nível e o capelão identifica esse valor da pessoa, interpretando-o e auxiliando-a na busca do sentido. A fé vivenciada pelo paciente pode ter três formas distintas de expressão. Primeiramente, a fé se exprime através de símbolos determinados pela cultura, crenças, rituais e preces coletivas que dão a sustentação à tradição específica daquela fé. Desta forma a fé se apresenta como uma linguagem entre as já existentes em uma cultura. Em segunda forma, a fé pode ser expressa através do empenho para a ocorrência de um comportamento compassivo e formador do senso de comunidade. E finalmente, “a fé pode ser experimentada por meio da emoção positiva, da percepção pessoal de iluminação interior, de reverência e de anseio pelo sagrado” (VAILLANT, 2010, p. 70).

Koenig afirma que o exercício religioso ajuda as pessoas a se integrarem e se adaptarem às circunstâncias negativas da vida com mais facilidade. Este autor afirma ainda

que, por essa razão, “tais crenças dão esperança aos pacientes doentes e os ajudam a perseverar em momentos difíceis quando estão melhorando” (KOENIG, 2012a, p.56).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Nosso percurso metodológico é orientado pela abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva sobre a relação entre a vivência do processo de tratamento oncológico pelos pacientes do Hospital Napoleão Laureano que encontram-se em tratamento por quimioterapia, e a relação com sua espiritualidade. Segundo Minayo (2010 p. 57), o método qualitativo é o que “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. Por isso, as abordagens qualitativas se conformam melhor à investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.

A relação dinâmica existente entre o mundo e a pessoa enferma, enquanto sujeito com seus constituintes subjetivos, no campo da saúde e da espiritualidade, repercutem na existência de um fenômeno que emana da crença religiosa, da fé e da esperança. Turato, discorrendo sobre o método qualitativo, apresenta que:

o interesse do pesquisador volta-se para a busca do *significado* das coisas, porque este tem um *papel organizador* nos seres humanos. O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. [...] o *ambiente natural* do sujeito é inequivocamente o campo onde ocorrerá a observação sem o controle de variáveis. [...] o pesquisador é o próprio *instrumento* de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo, espelhando-os então em sua consciência onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados (TURATO, 2005, p. 510).

Conforme Gil (2002), a pesquisa exploratória tem por objetivo gerar maior aproximação com o problema, com vistas a torná-lo explícito, utilizando-se de levantamento bibliográfico em associação a entrevistas com pessoas que vivenciaram experiências práticas com o problema objeto da pesquisa, bem como a análise de exemplos que “elucidem” a compreensão. Na ótica deste autor, a pesquisa descritiva visa delinear as características de determinada população, ou fenômeno, ou relação entre variáveis, utilizando-se para isso de técnicas padronizadas de coletas de dados: questionário e/ou observação sistemática.

4.1. O método da história oral

Uma das estratégias principais para pesquisar o sentido da experiência humana comum, em lugares sociais específicos, é obter o relato pessoal contado em suas histórias. Conforme Minayo (2010, p. 154), “as narrativas de vida nunca serão uma verdade sobre os fatos vividos e, sim, uma versão possível que lhes atribuem os que vivenciaram os fatos, a partir dos dados de sua biografia, de sua experiência, de seu conhecimento e de sua visão de futuro”.

A história oral, de acordo com esta autora, é considerada, no âmbito da pesquisa qualitativa, poderoso instrumento para a descoberta, a exploração e a avaliação de como as pessoas compreendem seu passado, vinculam sua experiência individual a seu contexto social, interpretam-na e dão-lhe significado a partir do momento presente.

Conforme Meihy (2010), a História oral é um caminho de pesquisa que visa ao estudo e registro de acontecimentos, experiências vividas, história de vida, de temas históricos e contemporâneos. O uso da história oral justifica-se pelo aspecto de que a suposta inexatidão, as interferências emocionais e os vieses variados a que os relatos estão sujeitos, são justamente o que interessa para o pesquisador.

Nesse contexto, este autor enuncia que para que o documento de pesquisa seja elaborado, o método da história oral preconiza um conjunto de procedimentos sequenciados, como elaboração do projeto, definição das pessoas que darão seus depoimentos, a coleta do material empírico com a técnica de entrevista. A entrevista a ser procedida será não estruturada ou não diretiva, que conforme Minayo:

A entrevista não estruturada ou também chamada ‘aberta’ pode ser definida como ‘conversa com finalidade’, em que um roteiro invisível serve de orientação e de baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados. Na sua realização, o pesquisador trabalha com uma espécie de esquema de pensamento, buscando sempre encontrar os fios relevantes para o dimensionamento da conversa. [...]. Nas entrevistas abertas, a ordem dos assuntos tratados não obedece a uma sequência rígida e, sim, é determinada frequentemente pelas próprias preocupações, relevâncias e ênfases que o entrevistado dá ao assunto em pauta (MINAYO, 2010, p. 265).

A aplicação de uma entrevista, com questões subjetivas, fornece subsídios à interpretação, exposição das vivências e aspectos de sentido, descrevendo-as dentro da população a ser analisada. Segundo Meihy (2010), teremos de ponderar a relevância social da pesquisa, a exequibilidade na abrangência das entrevistas, local e tempo com os colaboradores e a responsabilidade na finalização e devolução do trabalho. Nesse direcionamento, de forma a valorizar o universo qualitativo, o percurso metodológico

trilhado nesta pesquisa foi a História Oral Temática, uma das modalidades de História Oral, que tem por característica se amparar em narrativas fundadas na memória, nos ajeites, contornos, derivações, imprecisões e mesmo aquilo que eventual e naturalmente se apresente como contraditório nas falas.

Segundo Marconi e Lakatos (2003), este tipo de abordagem permite que as perguntas sejam respondidas pelo entrevistado em uma conversação informal, o qual inclusive poderá expressar suas emoções, sentimentos, cosmovisões, respeitando seu desejo de pronunciar-se ou não. Ainda temos como instrumento de registro o diário de campo que, conforme Minayo (2010) é um caderno de anotações, em que, dia por dia, sendo possível anotar observações e fazer registros que completem as informações das entrevistas. Dessa maneira, pudemos ter registro de fatos observados visualmente, como por exemplo, a participação das pessoas em momentos religiosos/espirituais, como a missa da Capelania católica, ou nos momentos musicais conduzidos pela Capelania evangélica. No caderno de campo são escritas “impressões pessoais que vão se modificando no tempo, resultados de conversas informais, observação de comportamentos [...], manifestações de interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos” (MINAYO, 2010, p. 295).

O tratamento do discurso obtido nas entrevistas é iniciado com a transcrição, etapa que, segundo Meihy (2011), é fundamental ser entendida como outro momento de interação das subjetividades dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Nos adverte, todavia Meihy, que a transcrição não corresponde necessariamente à realidade da narrativa, uma vez que as palavras não valem por si só, mas “elas só têm valor pelas ideias, conceitos, emoções que contenham. De toda forma, o que deve vir a público é um texto trabalhado em que a interferência do autor seja clara, dirigida para a melhoria do texto” (MEIHY, 2011, p. 108).

Em uma segunda etapa, é feita a textualização, onde as perguntas são retiradas, convertidas e fundidas à narrativa. Nessa fase se escolhe o tom vital de cada entrevista que, conforme Meihy (2010) se apresenta como uma frase guia, a qual caracteriza a entrevista segundo sua essência, pois cada fala tem um sentido geral mais importante, sendo tarefa de quem estabelece o texto, entender o significado dessa mensagem, captando o seu eixo.

Minayo enuncia que a pessoa simplesmente não conta sua vida, mas “reflete sobre ela enquanto narra, buscando um fio condutor que lhe dê sentido” (MINAYO, 2010, p. 161). Desta forma, fazer uma análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316). É mantida a estrutura em

primeira pessoa e o texto é reorganizado a partir de indicações cronológicas e/ou temáticas. O exercício será o de aproximar os temas abordados e retomados em diferentes momentos.

Meihy nos apresenta como etapa final a transcrição, como sendo:

O momento em que os elementos extratexto são incorporados. A intenção é recriar a atmosfera, o contexto em que foi feita cada entrevista. [...] Trata-se da transformação final do oral em escrito, recriando-se a performance da entrevista, procurando trazer ao leitor as sensações provocadas pelo contato (MEIHY, 2011. p.110).

Na etapa da transcrição é incorporado o gestual, as emoções, o silêncio, que em suas expressões reforçam a clareza do texto e sua força expressiva. De toda forma, no método da História Oral empregado é requerido o reconhecimento do texto, procedido pela conferência e pela autorização do colaborador que o identifica ou não como resultado de seu discurso, o que só então permite sua validação. Assim, ao final, o texto após trabalhado, volta ao entrevistado para que ele se reconheça nele durante o ato de conferência, fazendo assim a validação.

4.2. A aplicação do método na realização da pesquisa

Verificamos, junto à Chefia Clínica, se as informações oriundas das prescrições constantes das fichas clínicas e de diagnóstico social incluíam alguma restrição aos pacientes, para que pudéssemos aplicar a entrevista. Em não havendo, nos dirigimos a cada paciente para questioná-lo sobre a concordância em participar da pesquisa.

As entrevistas ocorreram no ambiente destinado à quimioterapia e nas enfermarias do Hospital Napoleão Laureano (HNL), após obtenção da anuência do Comitê de Ética do HNL, ratificada por autorização da Direção do Hospital, para a realização da pesquisa. A seleção dos entrevistados ocorreu por conveniência, dela participando dez pacientes, maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, de qualquer credo religioso ou ainda negando possuir algum credo.

O *locus* da pesquisa (ambiente da quimioterapia) consiste num espaço onde cerca de 10 a 12 pessoas recebem a medicação prescrita em seu tratamento, por meio de aplicação intra-venosa. Percorremos as três salas existentes no hospital e alternamos a escolha entre essas salas. Não houve recusa de nenhuma das pessoas abordadas em participar da pesquisa; apenas duas pessoas recusaram-se a gravar suas falas. Nesses casos conduzimos as perguntas e as pessoas responderam, entretanto, essas entrevistas não foram

consideradas na pesquisa, pelo fato de muitos aspectos das falas terem se perdido quando comparadas às que foram gravadas.

Após informação sobre a pesquisa e antecedendo a entrevista, os colaboradores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Conduzimos entrevistas no seu aspecto não-estruturado, objetivando explorar mais amplamente a questão por meio de perguntas abertas. Assim, nossos critérios de inclusão foram: a) estar fazendo quimioterapia, ser maior de 18 anos, e concordar em gravar a entrevista.

Passada a etapa das entrevistas, foi procedido o tratamento das narrativas, por meio da análise do material oral registrado. Foi realizada a transcrição literal dos diálogos dos entrevistados, de maneira a obter-se um texto escrito perfeitamente fiel ao discurso gravado, incluindo os erros de linguagem, figuras de linguagem, e referências aos ruídos ou barulhos independentes audíveis na gravação e foram seguidas todas as etapas metodológicas já descritas, com apoio do diário de campo.

Por fim, tendo por baliza o rigor metodológico e os fundamentos éticos da pesquisa científica, cabe ressaltar o tratamento reservado que foi dado a todos os materiais produzidos a partir das entrevistas tais como mídias digitais, textos e outros, sendo aplicados exclusivamente na pesquisa de pós-graduação em desenvolvimento, sendo vedada qualquer divulgação ostensiva por meio de divulgação midiática. O anonimato é assegurado aos entrevistados que receberam pseudônimos de pedras preciosas na publicação da dissertação de mestrado e/ou outras publicações derivadas.

Cada entrevistado teve sua conversa gravada em um gravador de voz, sendo o arquivo de áudio gerado no formato MP3. As entrevistas seguiram livremente, respeitando-se os diálogos de cada colaboradora ou colaborador. Elaboramos um roteiro com algumas perguntas básicas, a fim de evitar que a entrevista se desviasse do foco temático, entretanto todo(a) entrevistado(a) teve liberdade de falar livremente sobre suas histórias, em suas respostas.

Realizada a gravação, iniciou-se a transcrição e, posteriormente, a textualização e seguinte transcrição das entrevistas, constituindo o corpo documental da pesquisa. Esse processo foi acompanhado de um caderno de campo, onde foram registrados os detalhes observados durante as entrevistas. Com este instrumento, informações importantes puderam ser inseridas nas transcrições do texto, sob o formato de texto itálico entre colchetes. Além de terem sido feitos registros sobre receptividade da(o)s colaboradora(e)s, e também sobre os eventuais empecilhos ocorridos no trajeto para a elaboração do material obtido em campo.

Ao analisarmos a coletânea das histórias de vida recolhidas, observamos que além de propor discussão sobre as motivações individuais e coletivas que levaram ao projeto, também foi possível destacar em cada fala o seu núcleo de sentido.

Percorrendo este caminho metodológico, buscamos com colaboração das pessoas em tratamento resgatar seu processo histórico com a finalidade de que este demonstre os elementos característicos do conhecimento e comportamento no campo da espiritualidade desenvolvida ou ressaltada no contexto da enfermidade.

Ao conversarmos com cada colaborador(a), consideramos como aquela pessoa está a todo o tempo sob as provocações que recebe do mundo em sua corporeidade, as quais, portanto exigem dela uma postura para posicionar-se frente ao tratamento.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. As narrativas dos colaboradores

Safira

Idade: 58 anos

Sexo: feminino

Religião declarada: católica

Diagnóstico: câncer de mama

Tempo de tratamento: 12 meses

Cidade domicílio: Alagoa Grande (110 km de João Pessoa)



Figura 1 - Safira

“Entendo a importância ter a minha vida como exemplo de fé. Hoje valorizo mais a espiritualidade do que a religião.”

Safira foi alguém notável pela sua postura e fibra, sendo uma marca da sua fala a ressignificação dos valores encontrados nas pequenas coisas. Notável em seu relato a revisão que fez de sua vida, passando a valorizar o cuidado consigo mesma. Tendo relatado que fora uma pessoa muito dada ao cuidado de outras, reconheceu que esquecera de cuidar de si. Assim após receber o diagnóstico, Safira iniciou uma mudança de hábitos alimentares, de postura e disponibilidade para ações que lhe permitissem viver bem, olhando e cuidando mais de si mesma.

Ao fim da entrevista, ao agradecermos pela participação, a colaboradora sabendo do nosso ofício, por termos nos apresentado, no início como pesquisador da Universidade e também pastor, Safira nos pergunta: ***“Já que você é pastor, você pode fazer uma oração por mim?”***. Nesse momento, (admito que um tanto surpreso por ser a primeira colaboradora), me permiti licenciar da função de pesquisador, segurei sua mão livre do soro e, como pastor, orei por ela.

“Hoje eu percebo minha vida com muito mais qualidade, apesar da doença. Realmente sinto muito mais qualidade, porque eu tenho dado uma atenção maior à minha alimentação, eu tenho procurado fazer uma alimentação orgânica. Abandonei todos os alimentos enlatados. Isso eu já não uso mais! Na minha vida, consegui reencontrar alguns amigos e entender alguns valores, sobretudo perceber o valor das pequenas coisas. Tem coisas na vida que às vezes a gente deixa passar porque não tem tempo, ou tem outro

programa. Muitas coisas eu estava deixando para trás porque eu estava muito preocupada com outras pessoas, com outras coisas, até mesmo com a minha família, mas esquecia de me ocupar comigo mesma.

Na minha vida, eu percebo isso hoje: a necessidade do cuidado comigo. Foi um choque receber a notícia do diagnóstico. Também foi duro informá-lo à minha família. Mas a partir desse momento eu comecei a olhar para mim. Porque eu sempre fui uma pessoa de muita doação, dedicando-me sempre a cuidar das pessoas. Eu passei, por exemplo, 15 anos cuidando de uma pessoa que tinha problema renal, e esqueci de me olhar, de me perceber. Dei toda a atenção a esse homem, e penso em tudo o que ele viveu. Ele já faleceu. Num primeiro momento da doença os médicos disseram que tinha uma semana de vida, duas semanas no máximo. Mas eu fui lá e lhe disse: “se encha de fé”, porque a gente tem duas filhas e elas têm muitas coisas pra fazer na vida. O eu disse para ele naquela época, agora eu digo pra mim mesma: “eu estou proibida de morrer, porque eu tenho duas filhas, uma de 27 e uma de 21 [*que à época do diagnóstico do marido tinham 12 e 6 respectivamente, falecido no fim de 2015*] e eu tenho a mim mesma pra cuidar.

Então hoje, eu vejo que a minha vida, vai além do que estou vivendo. Quando eu percebo que eu tenho um pouco de saúde, eu valorizo mais a disponibilidade hoje, na questão do cuidado comigo mesma e com a minha alimentação. Claro que tem muita, muita coisa que eu não posso fazer, mas que eu gostaria de fazer. Como não posso fazer tudo o que quero, eu tenho que parar e cuidar mais de mim mesma. Hoje vivo minha vida assim.

Eu fui criada, desde a infância, dentro da religião católica, mas eu tenho um respeito muito grande por todas as religiões. Eu permito e oriento minhas filhas a procurar Deus, a procurar a fé, a procurar se conectarem consigo mesmas e com a natureza. Por isso também eu entendo a importância ter a minha vida como exemplo de fé, porque isso vale mais do que apenas recomendar a minhas filhas que tenham ou sigam alguma religião. Eu tenho uma fé em Deus muito grande, mas hoje valorizo mais a espiritualidade do que a religião. Não sou de toda semana estar numa missa, mas na minha casa, a gente reza todos os dias, a gente acende velas, a gente ilumina o ambiente, a gente pede forças a Deus todos os dias.

Eu tenho fé em Deus, isso é claro. Tenho também muita fé nos homens e nas religiões, porque no momento em que você sabe que é imagem e semelhança [*de Deus*], então você precisa ter fé em si mesmo, pois você é imagem e semelhança daquele que lhe criou. A minha fé é muito clara: é em Deus. Não é em algo qualquer, é em Deus.

Desde que descobri a doença minha fé não mudou. Porque sempre foi muito presente a vivência da espiritualidade, da fé, da força. Isso desde muito pequena. Eu tive uma família que veio do campo para a cidade. Por isso, eu sou da terra. E o meu avô era uma pessoa de muita fé, e ele sempre dizia: “a gente está saindo, mas a gente vai superar, a gente vai sempre passar por todos os problemas, mas a gente precisa ter fé em Deus que a gente vai superar”. E saímos do campo, viemos pra cidade, passamos necessidade trabalhando em chão de fábrica e vendo a fábrica fechar. Vivemos situações dramáticas, mas sempre estivemos muitos juntos, em família, dentro da nossa fé.

Se hoje puder avaliar que exista uma mudança em minha fé, entendo que ela aflora mais. A gente escuta mais música, a gente lê um pouco mais o evangelho. Digo que a fé pode aflorar, mas o tamanho não tem mais como subir, entendeu? [*gesticula com as mãos para cima apontando um nível na altura da fronte*].

Minha prática religiosa atualmente não fica restrita a frequentar uma igreja. Minha prática religiosa é na minha casa, é doméstica. Normalmente uma vez por semana, a gente se senta na casa e a gente partilha o que foi que aconteceu conosco naquela semana. Refletimos onde que a gente precisa se perdoar, onde a gente precisa buscar os caminhos. Isso semanalmente a gente faz. Não há um dia certo, porque todo mundo trabalha, e ainda depende de como eu estou me sentindo. Mas todos os dias, como eu lhe disse antes, a casa é iluminada, a vela está sempre acesa. Um texto bíblico está sempre aberto, ou uma oração é feita. Sempre tem alguma coisa que mostra que a minha fé está presente.

Com toda a certeza, minha fé tem me ajudado no tratamento da doença. Porque no momento que você acredita que vai ficar curado, você vai ficar bom! Quando você sabe que uma Força maior está por trás de tudo isso. Eu sei que essa experiência do câncer é superável. Eu não sei o porquê, mas eu não me pergunto: “porque eu?” “eu sempre fui tão boa, sempre fiz isso e isso pras pessoas, por que eu?” Uma vez que está no Seu plano [*aponta para o céu*], posso manter minha fé. Existe uma Força maior e é isso que eu sinto.

Eu acredito na cura, porque eu acredito muito nos médicos, na ciência, mas tem uma Força maior. Acho que foi Chico Anísio que disse uma vez “os médicos, eles estão pensando que me curaram, mas não é graças a eles, Deus usou a mão dos médicos para me curar”. Eu tenho muita fé de que eu vou ficar boa, de que vou ficar curada. Essa minha fé faz com que eu não viva em torno da doença, eu não vivo circulando em torno do câncer.

Eu venho pra cá na terça-feira, na segunda, faço os exames, faço tudo, mas durante a semana eu procuro agir minha vida normalmente. Lógico, normalmente entre aspas. Eu não tenho tanta força, mas eu procuro fazer as coisas da minha casa, eu vou pra praia, pra

não deixar a depressão chegar nem perto, eu vivo dando empurrão nela [*risos*]. Eu não quero saber disso [*da depressão*]. Quando eu estou muito triste, vou lá no meu cantinho, peço forças a Deus, peço, peço, e peço mais forças. Mas na realidade eu agradeço muito mais do que eu peço. Porque eu acho que de tudo que eu tenho na minha vida eu tenho muito mais pra agradecer do que pra pedir. Mas é isso, a minha fé me ajuda sempre mais no tratamento.

Não conheço o serviço de capelania neste hospital, nem fui atendida ainda por algum capelão. Quando eu posso, converso com um padre amigo que me aconselha. Eu tenho alguns amigos que são padres, porque eu trabalhei na arquidiocese da Paraíba, na Pastoral dos Jovens. Entre os meus amigos, um que mora em Carmelo, lá em Bananeiras, sempre está em contato comigo, me dando força e pedindo orações. E tem mais dois que foram da Pastoral da Juventude, que sempre me dão uma palavra. Eles souberam que eu estava passando por essa situação e eles têm me alimentado a fé, nesse sentido.

Mas essa parte espiritual pra mim é tudo. A fé, a religião, eu entendo que não podem ser esquecidas. Não é pra vive-las como quem diz “aceite que você está doente porque Deus quis. Pensar isso, de jeito nenhum. Mas viver a fé pra te dar um suporte emocional. Dessa forma é preciso viver a fé. Isso é muito bom. [*duas mãos no coração*]”.

Ametista

Idade: 39 anos

Sexo: feminino

Religião declarada: católica

Diagnóstico: câncer de mama

Tempo de tratamento: 8 meses

Cidade domicílio: João Pessoa-PB



Figura 2 - Ametista

“Deus cura e está me curando.”

“Hoje sinto minha vida muito difícil por causa dessa doença, realmente difícil. A pessoa perde tudo, perde toda a alegria. Eu mesma, sou feliz, mas não sou como era antes. A pessoa fica muito triste. A pessoa não consegue mais fazer o que fazia antes. Não é como antes, muda tudo na vida da pessoa, muda tudo. E eu gostava de festa, gostava de sair... hoje em dia... o que quero mais é me curar. Eu tenho fé sim, fé de que vou... [lágrimas, pausa longa] me curar. Vai dar tudo certo. Tenho fé na minha cura. Em relação ao que era antes para agora, vejo que minha fé aumentou mais.

Sou católica desde a infância. Na igreja, fui batizada, fiz primeira comunhão e fui crismada. Eu sempre ia pra igreja católica, mas hoje não estou indo mais, eu vou sempre pra [igreja] evangélica. Minhas colegas me chamam e eu vou. Não aceitei [Jesus] ainda não, mas eu sempre vou. E minha fé dobrou mais ainda depois que eu comecei a ir pra igreja evangélica. Eu estou com muita fé, porque Deus está me dando muita força. Minha fé cresceu e muito, Ave Maria! Toda sexta-feira eu não perco, vou pra igreja. Essa é a minha prática religiosa: eu vou pra igreja.

Quando eu descobri que estava com câncer, e vi o nódulo muito grande, eu me apeguei a Deus. Primeiramente a Deus, e secundamente aos homens da terra, que são os médicos. E aí... diminuiu, o tumor diminuiu, o nódulo diminuiu bastante. Em relação ao que era antes, a minha fé aumentou mais ainda e isso tem me ajudado. Deus cura e está me curando. Minha fé tem me ajudado muito, muito mesmo.

Ainda não conversei com nenhum capelão neste hospital. Mas acho muito importante ter um aconselhamento, por isso eu busquei fora [do hospital] conversar com a Pastora Silvinha. Ótima ela. Eu me senti emocionada, eu amei! Essa atenção e a oração dela pra mim foi importante.

Topázio

Idade: 21 anos

Sexo: masculino

Religião declarada: evangélica

Diagnóstico: leucemia

Tempo de tratamento: 11 meses

Cidade domicílio: João Pessoa-PB



Figura 3 - Topázio

“A gente tem que ter fé em alguma coisa, seja na medicação que vai dar certo, ou seja em Deus que pode mudar o quadro de qualquer coisa.”

Topázio foi o terceiro colaborador que nos cedeu seu tempo para participar da pesquisa. Sendo um jovem, logo expressou sua condição de universitário do Curso de Engenharia Civil, um aspirante a construtor, sua primeira percepção é a de adaptar-se à situação em que se encontra pelo enfrentamento à doença. Numa analogia a uma obra onde promove a adaptação em uma planta baixa de uma casa já existente, para a inserção de um novo cômodo, Topázio gesticulava com as mãos como quem mapeava e manipulava um desenho, imaginariamente posto sobre o lençol que lhe cobria as pernas. Demonstrava confiança e expectativa de concluir o curso superior de Engenharia e possivelmente esse é um dos fatores de motivação que lhe geram a energia para enfrentar o tratamento.

“Minha vida hoje, fora a quimioterapia, a vida segue normal. Só os primeiros dias depois da quimioterapia ocorreram os efeitos. Mas de resto, eu tenho tentado seguir o mais normal possível. A quimioterapia, de fato, atinge você em vários aspectos, deixando você mais cansado, mais debilitado, mas é tudo uma questão de como você percebe, como você lida com cada situação.

A vida mudou muito, porque eu saí completamente de como era minha rotina, mas estou tentando adaptar minha vida hoje à situação a qual eu estou vivendo. Eu trabalho, estudo, só não nos dias em que eu estou fazendo a quimioterapia, mas nos outros eu tento levar a vida normalmente. Eu faço engenharia civil na FPB.

Sou evangélico. Frequento a igreja Assembleia de Deus faz seis anos. Eu era católico há bastante tempo, mas meus pais nunca foram de sempre ir pra igreja. Na minha casa, somente eu que frequento mais a igreja. Já fazem seis anos que eu vou para a Assembleia de Deus.

Eu tenho fé, sim. A gente tem que, pelo menos em alguma coisa, ter fé. Principalmente na casa de Deus. A Bíblia deixa bem claro que a fé é o firme fundamento das coisas que não se veem e daquilo que se espera [*fazendo menção do texto bíblico, Hebreus 11.1*], principalmente na situação que a gente se encontra agora. A gente tem que ter fé em alguma coisa, seja na medicação que vai dar certo, ou seja em Deus que pode mudar o quadro de qualquer coisa.

De como era antes para agora, acredito que minha fé mudou, sim. Depois que você passa por um momento assim, a sua fé tende a aumentar. Você fica mais dependente da fé pra obter os resultados que você quer. Minha fé aumentou. Eu moro atualmente com minha tia e todos os dias lá tem culto doméstico. Sempre à noite a gente se reúne, canta hinos da Harpa, lê a Bíblia, ora e também nos domingos, como eu não posso ir na semana, nos domingos eu vou pra igreja.

Eu acredito que minha fé tem me ajudado no tratamento, sim. Porque na medida em que a gente tem fé, Deus nos promete estar do nosso lado, e a gente tem mais força pra enfrentar qualquer situação. Se a gente não tem fé, se a gente já fica desanimado, fica mais difícil. Acredito que quando a gente está passando por um problema assim como o câncer, é 50% a medicação, é 50% a nossa fé. O nosso psicológico, de acordo com o estado, vai nos ajudar a passar por esse momento, porque é só uma fase.

O serviço de capelania aqui no hospital não conheço. Mas, eu já recebi uma oração de um capelão uma outra vez que estava aqui na quimioterapia. Ele também falou umas palavras da Bíblia pra me confortar. Foi muito bom. Em relação ao meu tratamento eu não procurei nenhum capelão para buscar aconselhamento. Mas eu acredito que é de fundamental importância principalmente pra quem crê, porque ajuda. Uma palavra de ânimo, uma palavra carinhosa numa hora dessa é sempre bem-vinda, acredito que ajuda bastante. Quando você recebe uma palavra de ânimo durante o dia, já lhe dá um pouco de força para suportar mais um outro dia. Me senti muito fortalecido quando aquele capelão fez a oração pela minha vida.”

Hematita

Idade: 41 anos

Sexo: feminino

Religião declarada: católica

Diagnóstico: câncer de mama

Tempo de tratamento: 3 meses

Cidade domicílio: Santa Luzia-PB



Figura 4 - Hematita

“O diagnóstico é como se você recebesse uma sentença de morte. Mas aí eu me apeguei a Deus e vi que a gente pode vencer.”

Sendo uma das pessoas que iniciou o tratamento há menos tempo (3 meses), a quarta participante da pesquisa demonstrou expressiva religiosidade. Possuía uma Bíblia na mesinha ao seu lado e tocava frequentemente o escapulário que ornava seu pescoço. Objeto da tradição cristã católica, o escapulário é feito de dois quadradinhos de tecido marrom unidos por cordões, tendo de um lado a imagem de Nossa Senhora do Carmo, e de outro o Coração de Jesus, ou o brasão da Ordem do Carmo. É uma miniatura do hábito carmelita, por isso é uma veste. Seu significado é o que quem se reveste do escapulário passa a fazer parte da família carmelita e se consagra a Nossa Senhora. Assim, o escapulário é um sinal visível da aliança do fiel com Maria. O escapulário do Carmo é um sacramental. O Concílio Vaticano II afirmou este símbolo como “um sinal sagrado, segundo o modelo dos sacramentos, por intermédio do qual significam efeitos, sobretudo espirituais, que se obtêm pela intercessão da Igreja” (CANÇÃO NOVA, 2017).

“Bom, minha vida hoje mudou de certa forma, e eu a percebo assim. Eu encaro a vida vivendo o hoje. Sei que [pausa] já consegui minha cura. Como eu estava dizendo à menina [referindo-se à voluntária da Rede Feminina com quem conversara antes], isso aqui são superpoderes pra eu ficar mais forte [aponta para a medicação intravenosa que está sendo injetada no braço]. E desde o momento que foi diagnosticado, eu entreguei a Deus, pra que fosse feita a vontade dele. A partir daí, depois que eu fiz a cirurgia, que a doença não estava em canto nenhum, isso foi o resultado esperado: foi uma glória!

Eu sou católica desde pequena. Minha mãe era muito católica. E acredito bastante, por isso fiz tudo: batismo, crisma, fiz tudo. Minha fé é em Deus. E em relação ao que era antes para depois que descobri a doença, vejo que a gente se apega mais. Assim, a gente antes só lembrava nas horas das agonias, e hoje não, hoje todos os dias eu estou ali. É

tanto, que eu já estou olhando pro relógio, quando der 3 horas, pra rezar meu terço. Hoje minha fé aumentou com certeza, infelizmente, nessa circunstância.

Eu não tenho uma prática religiosa de ir à igreja sempre. Só religiosamente às 3 horas eu tenho que rezar meu terço das misericórdias. Todos os dias. Antes de dormir eu sempre tive esse hábito, mas após o tratamento, religiosamente, eu faço o terço às 3 horas. Vou à missa, mas não frequentemente, até porque eu tenho que evitar ambiente com muita gente, por causa da imunidade baixa.

Minha fé tem me ajudado no tratamento da doença, com certeza. Porque eu sempre acreditei muito em Deus. Quando eu recebi o diagnóstico, é como se recebesse uma sentença de morte. Mas depois eu me apeguei a Deus, me apeguei muito mais e vi que a gente pode vencer. Do jeito que Ele dá, Ele tira, mas a gente também tem que ter uma fé maior. Por causa disso, no momento que eu fui fazendo os exames, vi que não tinha nada espalhado [*referindo-se à possibilidade de o tumor se alcançar outros órgãos*], quando fiz a cirurgia vi que não tinha nada na axila!

E isso já passou. Eu acredito que tenha sido realmente Deus que agiu ali porque desde a hora que eu senti, depois eu vim pra João Pessoa, e assim que eu descobri até a operação foram 50 dias.. E hoje já estou aqui recebendo meus superpoderes [*rindo, referindo-se à medicação da quimioterapia*] com a graça de Deus e não tive reação. Então isso pra mim já foi uma vitória muito grande também. E eu acredito que seja isso.

Eu já fui atendida por uma capelã aqui no hospital. Teve uma pastora que fez uma oração por mim e deu uma palavra que me fez bem. Me senti muito... forte assim... , dentro de mim [*pondo as mãos no peito*], uma coisa de Deus na gente. Eu acho importante a gente ter um aconselhamento, porque você tem que se apegar ao Ser Supremo. Nós temos que nos apegar a Deus porque Ele é quem nos dá a força.

E assim, a gente tem que seguir a vida porque a gente não pode se entregar, em nenhum momento. Foi o que eu sempre disse: “*eu não vou morrer antes*”, então eu tenho que lutar, eu tenho que me apegar muito mais a Deus pra poder vencer. Porque Ele vai me dar essa cura. Eu creio que já esteja curada. No momento em que fiz a cirurgia, que o médico disse a senhora vai ter que fazer toda a quimioterapia, mas não vai precisar da radioterapia, então eu entendi isso como uma vitória gigantesca e... vamos caminhado [*risos*]”.

Jade

Idade: 30 anos

Sexo: feminino

Religião declarada: católica

Diagnóstico: câncer no colo do útero

Tempo de tratamento: 2 meses

Cidade domicílio: São José de Piranhas-PB



Figura 5 - Jade

Tive que me olhar no espelho e me ver outra pessoa. Mudou demais meu pensamento de vida.

Jade é uma paciente jovem, vinda do alto sertão paraibano. Das mulheres entrevistadas é a que tem o menor tempo de tratamento. E por estar na primeira sessão de quimioterapia, ainda estava sofrendo o desconforto da aplicação, tendo chamado a enfermeira por duas vezes durante nossa conversa para regular o aparelho de soro.

A paciente que enfrentou um longo e exaustivo deslocamento de aproximadamente oito horas de viagem, estava visivelmente cansada, mas fez um esforço gentil para falar conosco e expressar, em um relato curto, como sua fé e um ponto de fortalecimento no tratamento.

“Hoje eu percebo minha vida totalmente diferente. Minha vida mudou de uma forma radical. Hoje posso dizer assim... que confio mais em Deus. E hoje eu vejo as coisas de forma diferente. Pra mim hoje, qualquer coisinha... qualquer coisa está valendo a pena. Tive que me olhar no espelho e me ver outra pessoa. Mudou demais meu pensamento de vida.

Eu sou católica, desde quando eu nasci. Minha família é toda católica. Eu tenho muita fé agora no meu divino Pai eterno. Conheci aquela novena de Padre Robson e eu tenho me pegado muito a Ele [*Deus*] e Ele tem me dado muita graça na minha vida.

Do que era antes pra agora, minha fé mudou. Mudou bastante, porque antes minha vida era uma correria. Era de casa pro trabalho, do trabalho pra casa, praticamente eu tinha muito pouco tempo pra Deus. E hoje, o que eu me dedico mais é a Ele. Eu vou muito à igreja, às missas. Na minha casa eu assisto novena, assisto à missa, rezo meu terço. Minha fé tem me ajudado no tratamento da doença, sim. A única coisa que tem me fortalecido é a minha fé.

Eu ainda não conheço o serviço de capelania aqui no hospital. Também não fui atendida por nenhum capelão. Eu não procurei nenhum padre ou pastor para pedir aconselhamento, ainda não. Mas muita gente está me ajudando neste momento. Assim... em minha casa vai gente de toda religião. Vai gente católica, vai evangélica. E eu recebo porque Deus é um só. E eu recebo e fazem orações e eu agradeço muito. É muito bom pra mim. Quando vão em minha casa e quando saem eu me sinto outra pessoa. É o que está me ajudando bastante nesse momento”.

Rubi

Idade: 72 anos

Sexo: feminino

Religião declarada: evangélica

Diagnóstico: câncer de mama

Tempo de tratamento: 11 meses

Cidade domicílio: João Pessoa-PB



Figura 6 - Rubi

“Eu queria que você me visse eu em casa. Acho que meu signo é gêmeos, porque eu sou ameninada de querer brincar.”

Rubi foi a colaboradora mais idosa participante da nossa pesquisa. No início do relato, fez questão de explicar como se fazia para chegar à sua casa com detalhes incluindo a rua e pontos de referências (a pergunta feita foi apenas de que cidade vinha, se de João Pessoa ou do interior). Aos 72 anos e muito simpática, ela atribui sua melhora e desejada cura à intervenção de Jesus.

O seu filho chega quando estamos no final da entrevista; apresento-me a ele como pesquisador e pastor, esclarecendo a ele o motivo da nossa conversa e pesquisa, tecendo comentários sobre a fé da sua mãe, diante do que ele inicia um choro. Após encerrada a entrevista, o rapaz pergunta se eu poderia orar pela mãe dele, então, tendo concluído a parte documental da pesquisa, e reconhecendo a necessidade emocional e espiritual da pessoa, fizemos uma oração juntos.

“Essa quimio deixa você bem pra baixo. Eu nunca mais saí de casa assim pra ir numa padaria ou a um outro lugar. Eu já tive bem pior, mas agora eu estou melhor. Jesus me curou e eu tenho certeza disso. Mas é bom pra prevenir. O meu câncer foi muito violento, por isso que eu estou fazendo essa quimio, pra ele não querer voltar de novo. Mas eu estou bem, graças a Deus. É assim que eu vejo minha vida hoje.

Meu filho, quando eu estou em casa, eu gosto muito de ir pra igreja de crente. E eu me emociono muito e eu acredito. Agora no momento, eu nem estou indo porque estou com uma fraqueza grande. Já fui operada, está fazendo um ano agora em novembro, mas já estou bem e quero caminhar quando eu sair daqui.

Faz tempo que eu creio na religião cristã, faz muito tempo. Agora eu sou domingueira [*termo que caracteriza alguém que só vai à igreja nos domingos*], porque eu trabalho a semana inteira, aí só vou no domingo.

Eu tenho fé no meu Deus. Minha fé agora em relação ao que era antes não mudou. Porque quando eu descobri, a minha família fez um culto pra mim, na minha casa, e foi muito bonito. Agora quando terminar essas coisas [*as sessões de quimio*], eu vou fazer outro encontro pra gente festejar a minha cura! Porque o negócio não foi bonito. Eu descobri esse carocinho de 1 cm, passando a mão assim, encontrei, aqui em cima [*aponta mão na imediação da axila*]. Aí eu mandei meu filho me levar pro médico. Por isso que ele não cresceu, mas se tivesse demorado mais, já hoje estava do tamanho de uma laranja, eu acho.

Minha prática religiosa atualmente eu faço em casa. Quando eu vou dormir, eu peço por minha casa, meus filhos, meu marido, a Deus, a Jesus que proteja eles do mal, e a mim também. Por isso eu acredito que minha fé tem me ajudado no tratamento da doença, sim. Eu queria que você me visse em casa. Eu sou alegre, sou uma pessoa feliz, eu tenho muita amizade. Eu também tenho ateliê de costura. Mas o médico não me liberou com medo de eu me furar, principalmente essa mão do lado da cirurgia. Mas o povo olha pra mim e diz que eu estou bem. Não tem quem diga que eu estou doente. Aí eu digo: “não estou doente não, minha gente, estou nada!” [*risos*].

Já essa semana eu falei com um primo meu que mora na Argentina, ele riu tanto porque fizeram um vídeo meu dançando. Eu dançando assim no meio da casa. Eu tenho uns repentes de criança. Acho que meu signo é Gêmeos, porque eu sou ameninada de querer brincar [*risos, batendo uma palma*]. Mas ele riu tanto com essa história desse vídeo [*risos*]. Mas eu vou ficar bem, em nome de Jesus. Eu amo minha família, meu marido, meus filhos, inclusive, meu filho está aí fora, daqui a pouco ele entra.

Quando ele trouxe o resultado do meu exame, da biópsia, ele disse “*mainha o seu exame não deu nada bom*”. Eu disse: “deu tudo ruim?”. Ele disse: “deu” Eu disse: “é tá bom, eu vou dormir um soninho, depois a gente conversa”. Eu não me abalei em nada. Você acredita nisso? Agora ele ficou desesperado, começou a ligar pros irmãos tudinho. E eu não, eu só chorei um dia, porque ele chegou e disse: “olhe mãe a senhora não pode me deixar, não”. Ele é o caçula e que mora comigo, que toma conta de mim, que dá medicação na hora certa, comida. Só tu vendo, um filho que Deus me deu mesmo pra me ajudar. Aí eu chorei, mas não chorei muito que é pra não dar muito cartaz a ele.

Não conheço a capelania daqui. Mas já vi uns capelães aqui, sim. Eles entraram aqui na outra vez, cantando aquela música: “*você é o espelho... que reflete a imagem do Senhor*” [*cantarolando Raridade, de Anderson Freire*], conhece? Foi tão lindo, chorei

porque senti a força de Deus e muita paz no coração. Aí uma pastora orou comigo... [*pausa longa... lacrimeja*] e tive mais ainda a confiança de que Deus está comigo.

Olhe, eu nunca procurei um pastor ou padre pra me aconselhar aqui no hospital, Mas vi aquele dia que eles cantaram aqui e oraram por mim. Eu acredito que é muito bom ter uma palavra de Deus nesse momento pra fortalecer a gente”.

Quartzo

Idade: 47 anos

Sexo: masculino

Religião declarada: nenhuma

Diagnóstico: mieloma múltiplo

Tempo de tratamento: 7 meses

Cidade domicílio: Rio Tinto-PB



Figura 7 - Quartzo

“Deus deu de um lado o problema e deu a solução do outro lado.”

“Hoje na minha vida eu percebo que Deus existe, porque esse meu problema foi um mieloma múltiplo, e eu soube que todas as pessoas que têm sentem muita dor, mas eu não sinto. Todas as pessoas que têm, tomam remédio pra dor e até agora eu não precisei de nenhum remédio pra dor. Normalmente [o *mieloma*] acontece acima de 60 anos, mas eu tenho 47, e estou com esse problema atacando nos ossos. Hoje eu vivo bem, mesmo apesar dos problemas que eu tenho. Eu parei todas as minhas atividades. Eu jogava futebol, trabalhava com cobertura de casa, trabalhava como pedreiro. Minha profissão hoje é vigilante. Mas hoje estou praticamente sem fazer nada. Só na fé mesmo, esse meu problema só na fé mesmo, porque se não... Ninguém acredita que eu saí dessa cirurgia sem sentir nada.

Hoje eu não tenho religião. Eu sempre fui da Assembleia [*de Deus*] desde pequeno. Mas quando fui ficando rapaz, eu fui saindo. Minha família é toda evangélica, mas atualmente eu não tenho nenhuma prática religiosa. Mas mesmo sem ter uma religião, eu não bebo e não fumo, só trabalho.

Só tenho fé em Deus, mesmo. Ele é o único que pode fazer alguma coisa e está fazendo. Se não, eu estava aleijado. Minha fé mudou comparando com o que era antes. Agora eu acredito mais, porque só Deus pro meu problema, não tem outro jeito. As pessoas não sabem como eu continuo andando normal.

Minha fé me ajudou muito no tratamento. A partir do momento que descobriram meu problema, fiquei pensando: “se eu estou com esse problema, é porque foi Deus que permitiu. Se ele permitiu, vai ter que dar uma solução”. E Ele mandou... mandou uma solução que ninguém esperava, porque essa minha cirurgia foi uma cirurgia cara e ninguém tinha dinheiro. Veio um rapaz do Japão que era meu amigo, hoje, ele é jogador de futebol, ele joga bola, Carlinhos Paraíba ficou sabendo e mandou o dinheiro da cirurgia todinho

sem ninguém pedir. Foi como disse, Deus deu de um lado o problema e deu a solução do outro lado.

Eu não conheço o serviço de capelania do hospital. Agora já fui atendido por um capelão. Teve um pessoal que cantou umas músicas evangélicas aqui um dia e depois um pastor orou por mim. Foi muito emocionante. Fiquei sentindo que Deus estava comigo. Quer dizer... Ele já vinha comigo, mas foi mais forte aquele dia.

Eu sempre procuro um pastor pra ter aconselhamento. Tem um rapaz que ele é pastor, aqui de João Pessoa mesmo, é Valter. Sempre que eu estou com um problema muito sério eu ligo pra ele, pra conversarmos. Ele aconselha muito bem. Eu sempre gosto de escutar, porque ele é uma pessoa de muita fé. Se ele disser que é daquele jeito, eu acredito que é mesmo. Eu acompanhei a vida dele, porque ele morou um tempo com a minha família lá em casa, tem quatro filhos e passou um tempo que ele não tinha o que comer, mas nunca reclamou de nada. É um homem de fé, realmente. Quatro filhos, desempregado, só com oração.

Pela fé que eu vi nele, sempre lhe peço conselho, pois isso me faz sentir bem, aliviado. Com os problemas que a gente tem, é preciso ter uma cabeça boa. Conversei com o pastor e ele me diz: “Não se preocupe, Deus vai resolver tudo”. Só quem pode resolver é Ele. Os médicos fazem o que podem, descobrem, fazem o tratamento, mas só quem cura é Ele. Receber um conselho espiritual é bom, eu aceito. As pessoas iam lá em casa, porque minha mãe é evangélica, elas faziam uma oração, cantavam. Eu ficava ali escutando a palavra de Deus. Do tempo que eu adoeci até agora, sempre tem alguém que chega pra falar de Deus e eu sempre escuto, isso alivia.

Eu sou um pouco assim incrédulo por não ir muito à igreja. Minha mulher é muito católica e ela reclama porque eu não vou na missa. Se vierem aqui na minha casa fazer uma oração, não tem problema. Cada um tem seu direito. Eu não fui chamado ainda... mas eu tenho promessa de ser chamado. Na Assembleia [*de Deus*], a gente teve promessa de ser chamado desde criança. Meu vício é só futebol, gosto demais de futebol. Eu não faço nada de errado. Trabalho e apito jogo de vez em quando, mas não posso jogar mais, porque o problema tirou isso de mim. O problema não deixa mais que eu faça”.

Feldspato

Idade: 48 anos

Sexo: masculino

Religião declarada: católica

Diagnóstico: câncer no intestino

Tempo de tratamento: 2 meses

Cidade domicílio: Princesa Isabel-PB



Figura 8 - Feldspato

“A gente tem que continuar acreditando, porque os médicos e os enfermeiros são apenas instrumentos, mas a cura é de Deus.”

“Hoje minha vida tem um pouco de dificuldade para quem era bom, para quem trabalhava, tinha uma vida ativa, como eu. Você sente um pouco de dificuldade, você sente uma falta de estímulo. Porque quando se está doente é completamente diferente da pessoa sadia. Você se sente fraco, deprimido às vezes. Às vezes, imagina coisas que nem passou pela cabeça.

Eu tenho religião desde que nasci, meu pai me criou na igreja católica. Tenho um irmão que mora em São Paulo, e é pastor; até já frequentei a igreja dele. Minha prática religiosa atualmente é simples. Faço oração em casa. Leio a Bíblia às vezes, não leio sempre, não. Quando tenho um tempinho eu leio. Tem hora que você cansa por causa da doença, e a minha vista não é muito boa e acabo não enxergando direito.

Acima de tudo eu tenho fé em Deus, e comparando com antes da doença, minha fé mudou para melhor. Tem coisas que a gente só sabe quando passa. A gente vê que principalmente na doença você tem que mudar a vida, mudar os hábitos de vida, e ter fé. Acho que você tem que ter mais fé.

Minha fé tem me ajudado no tratamento. No momento que você tem fé, você renasce os ânimos, as forças. Mesmo às vezes não estando bom, mas sabendo que com Deus, a gente tem que acreditar, porque mesmo os médicos e os enfermeiros são apenas instrumentos, mas a cura é de Deus.

O serviço de capelania eu não conheço, mas eu já vi uma palestra, acho que era um pastor. Eu estava na última cama, foi num domingo que ele veio, ele é evangélico. Depois da oração que ele fez, eu senti muita paz. Por isso eu sempre peço aconselhamento ao meu irmão, porque ele é pastor e está sempre comigo. Eu peço pra ele orar por mim e com isso

me sinto bem nesse momento. É importante essa assistência porque essas pessoas são capacitadas e passam segurança pra gente”.

Opala

Idade: 46 anos

Sexo: feminino

Religião declarada: evangélica

Diagnóstico: câncer no colo do útero

Tempo de tratamento: 2 meses

Cidade domicílio: Santa Rita-PB

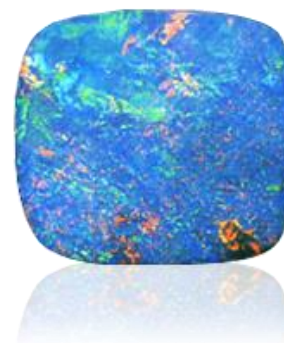


Figura 9 - Opala

“A fé é mais forte depois da doença. Eu tinha fé em Deus, mas não como agora.”

“Eu não sei nem explicar como eu percebo minha vida hoje. Eu não esperava estar assim, foi uma coisa de repente. Quando eu comecei a sangrar, fui internada e nada dos médicos dizerem o que eu tinha. Quem veio me falar foi o médico daqui do Laureano. Mas até aí, eu tive que relevar, porque como muita gente fala: “a gente não tem que se entregar, mas a gente tem que aprender a aceitar”. Se a doença veio então a gente tem que aceitar e primeiramente colocar Deus na frente de tudo. Então meu pensamento é assim: primeiramente Jesus, segundo os homens da terra. Porque não fosse Deus que é o médico dos médicos, não existia os médicos daqui. Então quando eu recebi o resultado eu... me tranquilizei, porque eu estava segurada na mão de Deus. E eu sei que Ele está comigo a toda hora, a todo momento.

Eu frequento a igreja de crente, frequentava a [igreja] “Deus é Amor”. Mas aí eu me afastei, então decidi começar a frequentar novamente. Faz uns oito anos que eu vou à igreja, porque eu tenho fé em Deus. De antes pra agora, digo que minha fé mudou, mudou e muito. A fé é mais forte depois da doença. Eu tinha fé em Deus, toda a vida eu tive, mas não como agora. É como aquele ditado que tem na Bíblia: “ou vem pelo amor ou vem pela dor”. Então a primeira vez eu fui pela dor, e agora estou indo pela dor de novo, não foi pelo amor, foi pela dor.

Eu tenho prática religiosa porque minha mãe me ensinava sempre. Ela é muito crente, muito evangélica. E por isso eu faço a oração, faço todo dia, toda hora, eu faço oração, mesmo antes da doença eu fazia oração. Eu oro na minha casa, porque eu não posso estar saindo pra ir pra igreja. Por isso, sei que nesse tratamento, minha fé tem me ajudado de todas as maneiras porque ela está muito forte.

Conheço a capelania daqui do Laureano. Eu vi eles visitando aqui na sala da quimioterapia, fazendo oração pelas pessoas e cantando umas músicas. Foi muito bom,

fortaleceu a gente. Eu também já fui atendida por um deles. Já teve há umas semanas uma pastora que deu uma palavra pra mim e me fez uma oração.

Eu procurei aconselhamento espiritual fora, na igreja. Quando eu comecei com as dores, eu fui a uma igreja, lá a pastora fez orações em mim, mas até aí eu não sabia o que é que eu tinha [*ainda não conhecia o diagnóstico*]. Eu fiquei sabendo depois que eu vim pra cá, para o Laureano. Eu me senti forte com a palavra dela, porque ela me falou palavras que me fortaleceram. E até hoje eu me sinto forte com essas palavras. A gente tem que ter esse conselho, porque sem a Palavra a gente não é nada.”

Turmalina

Idade: 63 anos

Sexo: feminino

Religião declarada: católica

Diagnóstico: linfoma abdominal

Tempo de tratamento: 5 anos

Cidade domicílio: São João do Rio do Peixe-PB



Figura 10 - Turmalina

“Eu fui vendo casos bem piores do que o meu e passei a ajudar aquelas pessoas que estavam precisando de ajuda.”

Dentre os nossos colaboradores é a que se trata há mais tempo: cinco anos. Com 63 anos, Turmalina é bastante religiosa e serve como ministra leiga na paróquia da sua cidade. Turmalina sempre falava com um ótimo estado de ânimo e um olhar firme e penetrante.

Ela é ministra extraordinária da Eucaristia, um ministério sagrado da Igreja Católica que deve ser exercido por leigos que tenham uma vida cristã autêntica, sejam maduros na fé, e possam servir à Igreja, e isso é um motivo do qual se orgulha. Após o Concílio Vaticano II (1962-65), o Papa Paulo VI autorizou a instituição dos Ministros Extraordinários da Sagrada Comunhão, fiéis leigos cuja missão é facilitar aos celebrantes a distribuição da Sagrada Comunhão em igrejas, capelas, hospitais, aos doentes nas casas e outros lugares, desde que o sacerdote não possa fazer isso (AQUINO, 2008).

“Eu acho que a minha fé aumentou. Eu já tinha fé, muita fé, mas não sabia que tinha tanta. Porque quando eu fiquei ciente do que era esse problema, minha família ficou muito pra baixo, mas eu não, fui a única que não ficou pra baixo em momento algum. É isso, eu venho me sustentando na fé. Graças a Deus tudo vem dando certo. Esse hospital é uma bênção. A gente vive em Sousa e é muito difícil vir de lá. A gente chega muito cansada, mas tudo parece que é Deus... parece não... é Deus na frente.

Sou católica, ministra extraordinária da Eucaristia. Por isso ajudo na missa e em alguns trabalhos na comunidade. Eu sou católica desde que eu nasci. Só que tem um problema... e eu não digo que isso é problema. Tenho só duas filhas que são evangélicas [diz isso expressando certo lamento pelo fato das filhas não serem católicas]. Eu não sou contra [elas] porque religião não se discute, religião se vive. Respeito a religião delas e elas respeitam a minha.

Eu tenho fé em Deus [*olhar firme e penetrante*], e acredito que as pessoas agem conforme Deus quer. Quando eu fui fazer minha cirurgia, pedi muito nas minhas orações que essas pessoas fossem tocadas por Deus, que Deus tocasse os corações dessas criaturas que fizeram essa cirurgia. Sempre sou assim, se vou ao médico, eu oro e peço para que aquele médico seja tocado por Deus, que aquele médico faça uma consulta certa.

Hoje eu passei a ver as coisas de modo diferente. Porque antes eu vivia na minha casa, na tranquilidade. Aí a primeira coisa que eu achei difícil foi vir pra cá onde passei quase um mês em radioterapia. E fui pra casa de apoio de Sousa, e lá é tudo muito diferente da nossa casa. Ali eu fui vendo casos bem piores do que o meu e passei a ajudar aquelas pessoas que estavam precisando de ajuda. A casa de apoio fica em Guarabira, vizinha a Rua das Trincheiras. Eu me sentia feliz, ajudava na casa. Não queriam me deixar, porque diziam: “a senhora não pode”, mas eu dizia: “deixa eu fazer”, então eu ajudava. Ajudava na louça, dava uma varridinha lá fora. Sempre tentava organizar alguma coisa. Isso aí passou e eu me sentia feliz mesmo assim... fazia minhas orações pela manhã e foi muito bom. Tinha uma igreja próxima e eu ia pra igreja. Foi assim que eu passei esse tempo, fui aprendendo mais a aumentar a minha fé.

Então eu acho que minha fé aumentou, porque eu sinto que eu passei a ver as coisas de modo diferente. A gente pensa no caso da gente que é difícil, mas vai lá fora e veja: A gente pensa no caso da gente que é difícil, mas vai lá fora e vê que é tão pior, que você diz: meu Deus! Por isso, mesmo na doença eu me sinto bem, porque eu tenho esse hospital que cuida dos pobres.

Minha prática religiosa atualmente são minhas orações. Toda noite eu me reúno com meu esposo, faço a leitura bíblica e rezo o terço agora na Quaresma. Eu já sei que os evangélicos não admitem, mas minha igreja e eu sim. Acho que rezar as Ave-Marias e o Pai-Nosso é bíblico, mesmo que digam que são repetitivas. Eu também não adoro imagem, eu as respeito, porque lembram pra gente da história de uma pessoa que foi muito dedicada a Deus e a outras pessoas, como São Francisco. Vou à missa ainda, mas a gente se sente assim... porque essa quimio deixa a gente muito debilitada, com a imunidade baixa, aí tenho que usar máscara. Mas sou feliz! Graças a Deus, sou feliz! E agradeço muito a meu Deus, todos os dias eu agradeço por mais um dia de vida, por Ele estar me dando força, coragem, e por ter vida. Todos os dias eu agradeço.

Tudo que eu penso, eu peço primeiro a Deus, para que Ele me dê sabedoria divina, e Ele me dá. Minha fé tem me ajudado muito nesse tratamento. Por tudo que já lhe falei, porque é um tratamento difícil. É um sofrimento você vir de Sousa pra cá, chega tão

cansada, principalmente pra uma pessoa já idosa. É isso. A gente sai de Souza às dez, nove horas da noite e chega aqui o dia amanhecendo e já tira a passagem de volta de acordo com o horário que a gente sai daqui ou que sabe que vai sair. Quando saio daqui já é hora de voltar pra Sousa, viajo novamente. Essa próxima quimio vai ser daqui a 21 dias.

Eu conheço a capelania. Teve um ministro que estava distribuindo a Eucaristia. Eu estava até cirurgiada, lá na enfermaria, quando ele chegou. É muito importante isso. Tem também o grupo da minha paróquia da qual eu faço parte, a paróquia de Santo Antônio, em Marizópolis, eu sempre comunico a eles a minha situação e peço oração. Aí eles se reúnem e oram por mim. É a paróquia do Padre Narciso. Eu também procurei o padre pra pedir direção espiritual. Eu me sinto feliz, fico muito alegre com o conselho, com a conversa. É muito importante ter essa assistência espiritual, muito importante.”

5.2. Identificação dos núcleos de sentido nas histórias orais

As narrativas dos pacientes registradas no capítulo anterior evidenciam a condição de pessoas que enfrentam adversidades, e em meio ao contexto da enfermidade, demonstram sentimentos diversos de: superação, indignação, culpa, tristeza, esperança, resignação e até lampejos de alegria.

Em cada uma das histórias é possível perceber como as falas de fé, expressadas quer na dimensão da religiosidade ou da espiritualidade, constituem um importante instrumento para a obtenção da saúde. Desta forma foram identificados como núcleos de sentido: a fé e o enfrentamento, hábitos religiosos, as perdas (dificuldades cotidianas e mudanças da rotina), dependência e apoio, revisão de valores, o papel dos médicos e dos medicamentos e o papel da capelania hospitalar.

5.2.1. A fé e o enfrentamento

A fé é um elemento presente nos discursos dos que vivenciam o enfrentamento à doença. A fé pode ser entendida no senso comum como uma expressão de algo em que se acredita, uma crença. Embora possa ser pensada nesse viés, observamos a fé presente nos relatos dos colaboradores em uma perspectiva de confiança. Segundo Vaillant (2010), a maioria das tradições religiosas desenvolveu rituais místicos e meditativos de silêncio, prece, dança, ingestão de substâncias sagradas ou jejum para intensificar a experiência emocional da confiança. Esta fé, que se constitui em confiança, possibilita a postura de enfrentamento pela pessoa enferma, como nos relatos a seguir:

Eu permito e oriento minhas filhas a procurar Deus, a procurar a fé, a procurar se conectarem consigo mesmas e com a natureza. Por isso também eu entendo a importância ter a minha vida como exemplo de fé, porque isso vale mais do que apenas recomendar a minhas filhas que tenham ou sigam alguma religião. Eu tenho uma fé em Deus muito grande, mas hoje valorizo mais a espiritualidade do que a religião. Mas essa parte espiritual pra mim é tudo. A fé, a religião, eu entendo que não podem ser esquecidas. Não é para vive-las como quem diz “aceite que você está doente porque Deus quis”. Pensar isso, de jeito nenhum. Mas viver a fé pra te dar um suporte emocional. Dessa forma é preciso viver a fé. Isso é muito bom
(SAFIRA).

Eu sou católica, desde quando eu nasci. Minha família é toda católica. Eu tenho muita fé agora no meu divino Pai eterno. Conheci aquela novena de

Padre Robson e eu tenho me pegado muito a Ele e Ele tem me dado muita graça na minha vida (JADE).

A pessoa enferma vivencia a fé de tal forma que esta lhe permite considerar o sofrimento sem desespero. Tal postura de fé exercita emoções positivas como a confiança e segurança, estimulando o sistema nervoso parassimpático. “O sistema nervoso parassimpático é anabólico: fé, esperança e aconchego contribuem para aumentar as reservas do organismo” (VAILLANT, 2010, p. 81). Essa condição é favorável ao enfrentamento pelos pacientes:

Eu acredito que minha fé tem me ajudado no tratamento da doença, sim. Eu queria que você me visse em casa. Eu sou alegre, sou uma pessoa feliz, eu tenho muita amizade (RUBI).

Com toda a certeza, minha fé tem me ajudado no tratamento da doença. Porque no momento que você acredita que vai ficar curado, você vai ficar bom. Quando você sabe que uma Força maior está por trás de tudo isso. Eu sei que essa experiência do câncer é superável. Eu não sei o porquê, mas eu não me pergunto “porque eu?” “eu sempre fui tão boa, sempre fiz isso e isso pras pessoas, por que eu?” Uma vez que está no Seu plano, posso manter minha fé. Existe uma Força maior e é isso que eu sinto (SAFIRA).

Eu tenho fé, sim. A gente tem que pelo menos em alguma coisa ter fé. Principalmente na casa de Deus. A bíblia deixa bem claro que a fé é o firme fundamento das coisas que se não veem e daquilo que se espera, principalmente na situação que a gente se encontra agora.

Eu acredito que minha fé tem me ajudado no tratamento, sim. Porque na medida em que a gente tem fé, Deus nos promete estar do nosso lado, e a gente tem mais força pra enfrentar qualquer situação. Se a gente não tem fé, se a gente já fica desanimado, fica mais difícil. Acredito que quando a gente está passando por um problema assim como o câncer, é 50% a medicação, é 50% a nossa fé (TOPÁZIO).

Minha fé tem me ajudado no tratamento da doença, com certeza. Porque eu sempre acreditei muito em Deus. Quando eu recebi o diagnóstico, é como se recebesse uma sentença de morte. Mas depois eu me apeguei a Deus, me apeguei muito mais e vi que a gente pode vencer. Do jeito que Ele dá, Ele tira, mas a gente também tem que ter uma fé maior (HEMATITA).

A ocorrência de uma doença grave ou enfermidade que sinalize proximidade com a morte desperta ou, no mínimo, realça a religiosidade do indivíduo. Ficou expresso na narrativa dos pacientes, como estes entendiam que sua fé lhes ajudava e reconheciam que essa fé se modificara com o advento da doença; em geral reconheciam que sua fé aumentou:

De como era antes para agora, acredito que minha fé mudou, sim. Depois que você passa por um momento assim, a sua fé tende a aumentar. Minha fé aumentou (TOPÁZIO).

Só tenho fé em Deus, mesmo. Ele é o único que pode fazer alguma coisa e está fazendo. Se não, eu estava aleijado. Minha fé mudou comparando com o que era antes. Agora eu acredito mais, porque só Deus pro meu problema, não tem outro jeito (...). Minha fé me ajudou muito, sim, no tratamento (QUARTZO).

Eu tenho fé sim, fé de que vou... me curar. Vai dar tudo certo. Tenho fé na minha cura. Em relação ao que era antes para agora, vejo que minha fé aumentou mais. (...)E minha fé dobrou mais ainda depois que eu comecei a ir pra igreja evangélica. Eu estou com muita fé, porque Deus está me dando muita força. Minha fé cresceu e muito, Ave Maria! (AMETISTA).

Faz uns oito anos que eu vou à igreja, porque eu tenho fé em Deus. De antes pra agora, digo que minha fé mudou, mudou e muito. A fé é mais forte depois da doença. Eu tinha fé em Deus, toda a vida eu tive, mas não como agora (OPALA).

Eu acho que a minha fé aumentou. Eu já tinha fé, muita fé, mas não sabia que tinha tanto. Porque quando eu fiquei ciente do que era esse problema, minha família ficou muito pra baixo, mas eu não, fui a única que não ficou pra baixo em momento algum. É isso, eu venho me sustentando na fé. Graças a Deus tudo vem dando certo (TURMALINA).

Nos relatos observamos como o caminho da fé se constitui na espiritualidade que, por consequência, acarreta contribuições significativas para a saúde do corpo e das emoções. O relacionamento com Deus, por meio da fé, como expressão de suas necessidades espirituais, exerce importante influência na saúde das pessoas. Tais aspectos tornam-se muito mais proeminentes durante períodos de doença e sofrimento, o que possibilita aos pacientes que disponham desses recursos espirituais um melhor enfrentamento da doença e de situações que ameaçam a vida. Apoiar o enfrentamento religioso e espiritual é um aspecto importante no cuidado integral do paciente, bem como a avaliação dos conflitos espirituais e angústia espiritual, pois estes fatores, muitas vezes, interferem no processo de recuperação (HEFTI; ESPERANDIO, 2016).

E assim, a gente tem que seguir a vida porque a gente não pode se entregar, em nenhum momento. Foi o que eu sempre disse: eu não vou morrer antes, então eu tenho que lutar, eu tenho que me apegar muito mais a Deus pra poder vencer. Porque Ele vai me dar essa cura. Eu creio que já esteja curada (HEMATITA).

Tudo que eu penso, eu peço primeiro a Deus, para que Ele me dê sabedoria divina, e Ele me dá. Minha fé tem me ajudado muito, muito nesse tratamento. Por tudo que já lhe falei, porque é um tratamento difícil. É um sofrimento você vir de Souza pra cá, chega tão cansada, principalmente pra uma pessoa já idosa (TURMALINA).

Uma postura positiva pode ser observada na atitude da(o)s colaboradoras(es) que expressaram o quanto sua fé tem lhes ajudado. Essa postura de enfrentamento traduz-se na atitude do sujeito que se porta de maneira a procurar amor ou proteção de Deus pelas expressões de fé. Assim o enfrentamento tem como função favorecer meios de adaptação e de orientação a situações relacionadas ao estresse, de maneira que as estratégias podem ser desenvolvidas por meio de busca e fortalecimento da esperança e autoconfiança, ou de entrega e perda de autonomia ante as dificuldades (BARRETO; MEDEIROS, 2016).

5.2.2. Os hábitos religiosos/religiosidade

A maior parte dos colaboradores relatou hábitos religiosos em suas expressões de fé. Uns iam à igreja evangélica ou missa com regularidade. Outros exerciam hábitos de prece ou reunião em suas próprias casas de forma individual ou coletiva. Uma comunidade evoca as crenças e valores os quais são partilhados diariamente. Este é um meio pelo qual as pessoas conseguem construir laços de confiança com outras pessoas, estabelecendo elos mais profundos de convivência, o que torna relevante a possibilidade da pessoa enferma poder relacionar-se com seus familiares ou amigos em igrejas ou comunidades religiosas. Uma das fontes de fé é a comunidade religiosa, e nela o indivíduo encontra o ambiente seguro para seu bem-estar. Essa rede de relacionamentos contribui para a saúde das pessoas, auxiliando-as quando da necessidade de se adaptarem a mudanças indesejáveis, como por exemplo, doenças graves ou no caso de morte de familiares (LEVIN, 2011).

Minha prática religiosa atualmente não fica restrita a frequentar uma igreja. Minha prática religiosa é na minha casa, é doméstica. Normalmente uma vez por semana, a gente se senta na casa e a gente partilha o que foi que aconteceu conosco naquela semana. Não sou de toda semana estar numa missa, mas na minha casa, a gente reza todos os dias, a gente acende velas, a gente ilumina o ambiente, a gente pede forças a Deus todos os dias. Porque sempre foi muito presente a vivência da espiritualidade, da fé, da força. (SAFIRA).

Sou evangélico. Frequento a igreja Assembleia de Deus faz seis anos. Eu era católico há bastante tempo, mas meus pais nunca foram de sempre ir pra igreja. Na minha casa, somente eu que frequento mais assim a igreja. Eu moro atualmente com minha tia e todos os dias lá tem culto doméstico. Sempre à noite a gente se reúne, canta hinos da Harpa, lê a Bíblia, ora e também nos domingos, como eu não posso ir na semana, nos domingos eu vou pra igreja (TOPÁZIO).

Do que era antes pra agora, minha fé mudou. Mudou bastante, porque antes minha vida era uma correria. Era de casa pro trabalho, do trabalho pra casa, praticamente eu tinha muito pouco tempo pra Deus. E hoje, o que eu me dedico mais é a Ele. Eu vou muito à igreja, às missas (JADE).

As comunidades religiosas têm sido as primeiras a cuidar das pessoas em estado de necessidade (pobres, pessoas vulneráveis, membros de camadas excluídas da sociedade). No decurso da história, foram também as primeiras a providenciar tratamentos de saúde para as pessoas das comunidades que não podiam pagar por seus tratamentos. Por essa razão, o espaço de uma igreja, ou comunidade religiosa, pode ser uma fonte de ânimo e acolhimento obtidos por meio das relações de cuidado que são características de uma comunidade religiosa (KOENING, 2012a).

Outro hábito religioso muito comum observado nos relatos é a prece, ou oração. A oração é uma das formas mais simples de estabelecer comunicação com a divindade. Por ela o homem consegue estabelecer contato com o mundo invisível (GRESCHAT, 2005). Desta forma, por meio da reza, prece ou oração, a pessoa se expressa a fim de obter uma força, dádiva ou recompensa.

Faz tempo que eu creio na religião cristã, faz muito tempo. Agora eu sou “domingueira”, porque eu trabalho a semana inteira, aí só vou no domingo. (...) Minha prática religiosa atualmente eu faço em casa. Quando eu vou dormir, eu peço por minha casa, meus filhos, meu marido, a Deus, a Jesus que proteja eles do mal, e a mim também (RUBI).

Minha prática religiosa atualmente é simples. Faço oração em casa. Leio a Bíblia às vezes, não leio sempre, não. Quando tenho um tempinho eu leio. Tem hora que você cansa por causa da doença, e a minha vista não é muito boa e acabo não enxergando direito (FELDSPATO).

Se hoje puder avaliar que exista uma mudança em minha fé, entendo que ela aflora mais. A gente escuta mais música, a gente lê um pouco mais o evangelho (SAFIRA).

Como decorrência do exercício e vivência da fé, a oração constitui-se numa prática comum de se observar entre os pacientes. Quer fazendo, quer recebendo, os pacientes exercitam sua religiosidade por meio da reza ou oração, considerando-a um elemento de fortalecimento pessoal e enfrentamento, principalmente quando existe a condição limitante pelo tratamento ou pela enfermidade, de ida à igreja ou locais de ofícios religiosos.

É tanto, que eu já estou olhando pro relógio, quando der 3 horas, pra rezar meu terço. Hoje minha fé aumentou com certeza, infelizmente, nessa circunstância, eu não tenho uma prática religiosa de ir à igreja sempre. Só religiosamente às 3 horas eu tenho que rezar meu terço das misericórdias. Todos os dias. Antes de dormir eu sempre tive esse hábito, mas após o

tratamento, religiosamente, eu faço o terço às 3 horas. Vou à missa, mas não frequentemente, até porque eu tenho que evitar ambiente com muita gente, por causa da imunidade baixa (HEMATITA).

Eu frequento a igreja de crente, frequentava a [igreja] “Deus é Amor”. Mas aí eu me afastei, então decidi começar a frequentar novamente. Faz uns oito anos que eu vou à igreja, porque eu tenho fé em Deus. De antes pra agora, digo que minha fé mudou, mudou e muito. A fé é mais forte depois da doença. Eu tinha fé em Deus, toda a vida eu tive, mas não como agora. (...) Eu tenho prática religiosa porque minha mãe me ensinava sempre. Ela é muito crente, muito evangélica. E por isso eu faço a oração, faço todo dia, toda hora, eu faço oração, mesmo antes da doença eu fazia oração. Eu oro na minha casa, porque eu não posso estar saindo pra ir pra igreja (OPALA).

Sou católica, ministra extraordinária da Eucaristia. Por isso ajudo na missa e em alguns trabalhos na comunidade. Eu sou católica desde que eu nasci.

Minha prática religiosa atualmente são minhas orações. Toda noite eu me reúno com meu esposo, faço a leitura bíblica e rezo o terço agora na Quaresma. Eu já sei que os evangélicos não admitem, mas minha igreja e eu sim. Acho que rezar as Ave-Marias e o Pai-Nosso é bíblico, mesmo que digam que são repetitivas. Vou à missa ainda, mas a gente se sente assim... porque essa quimio deixam a gente muito debilitada, com a imunidade baixa, aí tenho que usar máscara (TURMALINA).

A oração pode ser executada de diversas formas conforme a cultura ou religião, seja ela feita por meio de um padrão como o terço, ou espontânea como na oração de um evangélico, essa prática possibilita à pessoa enferma a confiança de obter a dádiva pela qual anseia e acredita que a divindade lhe trará.

As grandes religiões do mundo sempre recomendaram a oração e a meditação como forma de abolir o tempo linear que escraviza o homem, dando-lhe a sensação de que com os minutos que passam a vida está a se esgotar. Por isso a prática da reza ou oração liberta a pessoa das preocupações e pressões externas e internas que contribuem para o adoecimento. A oração ou prece se constituem uma das modalidades mais antigas de recurso terapêutico utilizada pela humanidade.

Segundo Esperandio (2014), a oração começou a aparecer mais frequentemente nos estudos com foco em cuidados de enfermagem, terapias complementares, enfrentamento e qualidade de vida. Nesses estudos, a partir de uma perspectiva social, observou-se que a oração também pode adquirir novos significados, dependendo tanto do espaço físico onde as orações são oferecidas, como pela postura física adotada pelo sujeito. Os estudos sobre a oração na perspectiva das ciências sociais levam a uma compreensão da oração não só como forma de conectividade com o sagrado, mas também como forma de revelar a experiência do sujeito. Além disso, a oração também pode ser entendida como uma prática

ritual em que os indivíduos se tornam atores sociais atuando em seu próprio mundo. Em outras palavras, a oração funciona como um mecanismo para a produção de identidade comum do indivíduo.

Ainda acerca da prática da oração, um estudo que investigou aspectos relacionados à religiosidade de mulheres com câncer de mama, com o propósito de compreender o papel da religiosidade no enfrentamento dessa enfermidade, levantou que, de um universo de 100 mulheres, 80% relatou considerar a religião/religiosidade muito importante para lidar com a situação de adoecimento e 18% consideraram importante. Nessa mesma pesquisa, foi utilizada a Escala de Atitude Religiosa (DINIZ; AQUINO, 2009) e o item *Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus)* obteve média de resposta de 3,91, considerando a variação da escala de 0a 4 pontos, o que demonstrou a grande prática deste hábito religioso pelas pacientes (SILVA; KLÜPPEL; AQUINO, 2016). Compreendemos assim, como na situação de adoecimento, uma das estratégias possíveis e utilizada pelos pacientes é o recurso religioso que utiliza orações, promessas e ações rituais, conforme a religião de origem.

A oração aparece como a estratégia mais utilizada pela pessoa enferma para lidar com situações difíceis, como o adoecimento, maternidade prematura, cirurgias e hospitalizações de um membro doente da família (ESPERANDIO, 2014). As práticas religiosas auxiliam na interpretação dos acontecimentos que se sucedem no contexto da enfermidade, trazendo um novo significado à vida, amenizando a dor e dando maior esperança de cura, funcionando como um remédio na desestruturação psíquica e, fazendo com que paciente e familiares tenham um papel mais ativo no tratamento.

5.2.3. As perdas e mudanças de rotina

O câncer traz uma drástica perspectiva sobre o paciente por ter um estigma de morte. Além disso, o tratamento inflige um acentuado desgaste físico e emocional ao paciente. Conforme o estágio do tumor, torna-se real a possibilidade de retirada de parte, ou mesmo a totalidade, do órgão afetado. Toda essa conjuntura impõe à pessoa em tratamento uma acentuada mudança de hábitos e rotina diária. Desta forma, embora haja avanços na prevenção e no tratamento da doença, o diagnóstico de câncer ainda não perdeu seu caráter trágico, sendo concebido como uma situação indesejada, irreversível e com significado comumente associado a um desfecho fatal (SILVA; KLÜPPEL; AQUINO, 2016).

Hoje sinto minha vida muito difícil por causa dessa doença, realmente difícil. A pessoa perde tudo, perde toda a alegria. Eu mesma, sou feliz, mas não sou como era antes. A pessoa fica muito triste. A pessoa não consegue mais fazer o que fazia antes. Não é como antes, muda tudo na vida da pessoa, muda tudo. E eu gostava de festa, gostava de sair... hoje em dia... o que quero mais é me curar (AMETISTA).

Só os primeiros dias depois da quimioterapia que tem os efeitos. Mas a vida, eu tenho tentado seguir o mais normal possível. A quimioterapia, de fato, assim me atinge em vários aspectos, deixa você mais cansado, mais debilitado, mas é tudo uma questão de como você percebe, como você lida com cada situação. (...)

A vida mudou muito, porque eu saí completamente de como era minha rotina, mas estou tentando adaptar minha vida hoje à situação a qual eu estou vivendo. Eu trabalho, estudo, só não nos dias em que eu estou fazendo a quimioterapia, mas nos outros eu tento levar a vida normalmente. Eu faço engenharia civil na FPB. (TOPÁZIO).

(...) minha vida era uma correria. Era de casa pro trabalho, do trabalho pra casa, praticamente eu tinha muito pouco tempo pra Deus. E hoje, o que eu me dedico mais é a Ele (JADE).

Eu oro na minha casa, porque eu não posso estar saindo pra ir pra igreja. Por isso, sei que nesse tratamento, minha fé tem me ajudado de todas as maneiras porque ela está muito forte (OPALA).

Conforme Silva, Klüppel e Aquino (2016) enunciam, por se constituir acontecimento de severas implicações no campo social e psicológico, a pessoa enferma se vê sob intensa situação estressora, e sente que a doença transforma completamente sua vida, representando uma ameaça em vários níveis, fazendo emergir o medo da morte, da rejeição, mutilação e incerteza quanto ao futuro. Tal condição lhe sujeita a valorizar as perdas de sua anterior condição de saúde, a qual lhe exigirá radical modificação dos hábitos.

Essa “químio” deixa você bem pra baixo. Eu nunca mais saí de casa assim pra ir numa padaria ou a um outro lugar. Eu já estive bem pior, mas agora eu estou melhor. Jesus me curou e eu tenho certeza disso. (...) eu gosto muito de ir pra igreja de crente. E eu me emociono muito e eu acredito. Agora no momento, eu nem estou indo porque estou com uma fraqueza grande (RUBI).

Hoje eu vivo bem, mesmo apesar dos problemas que eu tenho. Minhas atividades eu parei tudo. Eu jogava futebol, trabalhava com cobertura de casa, trabalhava como pedreiro. Minha profissão hoje é vigilante. Mas hoje estou praticamente sem fazer nada (...).

Trabalho e apito jogo de vez em quando, mas não posso jogar mais, porque o problema tirou isso de mim. O problema não deixa mais que eu faça (QUARTZO).

Hoje minha vida tem um pouco de dificuldade pra quem era bom, pra quem trabalhava, tinha uma vida ativa, como eu. Você sente um pouco de

dificuldade, você sente uma falta de estímulo. Porque quando se está doente é completamente diferente da pessoa sadia. Você se sente fraco, deprimido às vezes. Às vezes, imagina coisas que nem passou pela cabeça. (...) A gente vê que principalmente na doença que você tem que mudar a vida, mudar os hábitos de vida, e ter fé (FELDSPATO).

Vou à missa ainda, mas a gente se sente assim... porque essas “químio” deixam a gente muito debilitada, com a imunidade baixa, aí tenho que usar máscara (TURMALINA).

As narrativas evidenciam um trajeto de dores no corpo que perde a capacidade de trabalhar e ser operativa, mas também de dores na consciência por ter perdido um tempo de vida que não mais se recupera e que por causa disso precisa-se conviver com sentimentos complexos. Além de conviver com as limitações presentes no corpo, essas pessoas precisam enfrentar “a solidão e o isolamento com os anseios e angústias que deles advêm. A maioria não consultou psiquiatras. São outros profissionais, como capelães e os assistentes sociais, que têm de descobrir e suprir as necessidades desses pacientes” (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 6).

Observou-se ainda que o discurso dos pacientes que estão há mais tempo no tratamento, é mais carregado de otimismo e esperança. Turmalina, que estava em tratamento há cinco anos era capaz de afirmar: “Mas sou feliz! Graças a Deus, sou feliz! E agradeço muito a meu Deus, todos os dias eu agradeço por mais um dia de vida”. Assim como ela, Safira que estava com 12 meses de tratamento, se expressava: “eu procuro fazer as coisas da minha casa, eu vou pra praia, pra não deixar a depressão chegar nem perto, eu vivo dando empurrão nela [risos]”. O fato de, em geral, terem superado a fase mais crítica do tratamento, a inicial, lhes permite desenvolver uma perspectiva com maior evidência de esperança.

Por sua vez, os pacientes nas fases iniciais do tratamento, têm suas narrativas caracterizadas pela ênfase sobre a perda das potencialidades anteriores e a mudança de vida marcada pelas restrições, sendo menos comum haver otimismo ou bom ânimo nas suas expressões e entonações. Em sua narrativa, Ametista que se tratava há dois meses enfatiza: “Hoje sinto minha vida muito difícil por causa dessa doença, realmente difícil. A pessoa perde tudo, perde toda a alegria”. De forma semelhante, Feldspato também conta a percepção de sua condição: “quando se está doente é completamente diferente da pessoa sadia. Você se sente fraco, deprimido às vezes. Às vezes, imagina coisas que nem passou pela cabeça”.

5.2.4. Dependência e apoio

Entende-se o apoio social como tangível, quando trata de questões diretas de recursos e provisões, e como intangível quando é representado pelas relações psicológicas ou interpessoais. Levin (2011) relata haver um efeito benéfico na construção de uma rede de relacionamentos sobre a saúde das pessoas, auxiliando em sua adaptação às mudanças indesejáveis na vida, tais como em doenças graves e casos de mortes de familiares.

Você fica mais dependente da fé para obter os resultados que você quer. Uma palavra de ânimo, uma palavra carinhosa numa hora dessa é sempre bem-vinda, acredito que ajuda bastante. Quando você recebe uma palavra de ânimo durante o dia, já lhe dá um pouco de força para suportar mais um outro dia. Me senti muito fortalecido quando aquele capelão fez a oração pela minha vida (TOPÁZIO).

Mas muita gente está me ajudando neste momento. Assim... em minha casa vai gente de toda religião. Vai gente católica, vai evangélica. E eu recebo porque Deus é um só. E eu recebo e fazem orações e eu agradeço muito. É muito bom pra mim. Quando vão em minha casa e quando saem eu me sinto outra pessoa. É o que está me ajudando bastante nesse momento (JADE).

Porque quando eu descobri [a doença], a minha família fez um culto pra mim, na minha casa, e foi muito bonito. Agora quando terminar essas coisas [as sessões de quimioterapia], eu vou fazer outro encontro pra gente festejar a minha cura. Porque o negócio não foi bonito (RUBI).

Receber um conselho espiritual é bom, eu aceito. As pessoas iam lá em casa, porque minha mãe é evangélica, elas faziam uma oração, cantavam. Ficava ali escutando a palavra de Deus. Do tempo que eu adoeci até agora, sempre tem alguém que chega pra falar de Deus e eu sempre escuto, isso ali alivia (QUARTZO).

Em um estudo realizado com pacientes oncológicos, os quais se encontravam sob cuidados paliativos, Vasconcelos *et al.* (2016) perceberam nas falas dos participantes a importância do apoio sentido por eles e experienciado na convivência com os laços afetivos e familiares. Verifica-se como a rede de apoio constitui-se num fator de proteção, que vai além da religiosidade, possibilitando à pessoa vivenciar uma situação e nela encontrar sentido para continuar vivendo (FRANKL, 1987). Por essa razão, o apoio social confere proteção terapêutica e para vários estados mórbidos.

Ao exercer a atividade de assistência no contexto específico do apoio ao paciente oncológico, ficamos bem conscientes de que das influências que outras pessoas exercem sobre o paciente. Pelo contrário, ela vive em um contexto dinâmico e real, geralmente da família ou de outro grupo com quem se relaciona frequentemente e de forma intensa (Le

SHAN, 1992). Em sua pesquisa com pacientes com câncer, Le Shan avaliou que uma quantidade muito limitada de tempo e energia é dedicada à terapia, comparada ao tempo e energia gastos na interação com outras pessoas importantes. Portanto, diz esse autor: “depois de se diagnosticar um câncer em uma pessoa, é primordial que a família rapidamente se torne, tanto quanto possível, uma força positiva para o crescimento interior do paciente” (idem, p. 75).

No ambiente familiar, o estresse provocado pelo câncer pode criar uma comunicação muito mais plena e profunda entre seus membros e, em outra, ter o efeito contrário. Le Shan enuncia que é uma importante tarefa para os familiares observarem cuidadosamente o efeito que o diagnóstico e a doença desempenham sobre a capacidade de comunicação. Nos casos em que a comunicação não se intensificou, eles devem fazer esforços conscientes para aprofundá-la e se certificarem de que está aberta às questões fundamentais da relação interpessoal entre os membros da família. A palavra-chave, segundo o autor é respeito. Os membros da família precisam se respeitar mutuamente. Há um equívoco “quando, por exemplo, se esconde a verdade de alguém, pois agindo assim, não se está protegendo, mas na verdade não se está respeitando sua força e sua capacidade de lidar com a verdade” (ibidem, p. 80). Nesse sentido, se os membros da família não conseguirem manter as linhas de comunicação abertas, essa tarefa pode ser designada aos amigos mais próximos ou profissionais em quem o paciente tenha uma relação de confiança.

Farris e Sathler-Rosa (2011) enumeram os constituintes do bem-estar existentes nessas relações de apoio mútuo: 1) a habilidade de formar relações duradouras com outros indivíduos e com o ambiente social; 2) a empatia; 3) a segurança emocional e a auto aceitação; 4) a habilidade de avaliar o mundo de maneira racional e não defensiva; 5) a capacidade de solucionar problemas; 6) a capacidade da autoavaliação; 7) o desenvolvimento de visão de mundo coerente ou filosofia devida.

Neste pensar, Levin (2011) apresenta que esse conjunto de elementos característicos das relações de apoio familiar, religiosas ou de cuidado, proporciona ao indivíduo um fator de promoção à saúde, uma vez que tais comunidades constituem ambientes propícios para a aproximação entre seus frequentadores e para o comportamento mais solidário entre eles. Para as pessoas em tratamento é sempre relevante a oportunidade de ser acolhido pela família, amigos ou junto aos seus companheiros de igreja ou comunidade religiosa. Para esse autor, o companheirismo religioso amplia a rede de relacionamentos de maneira que as pessoas enfermas que possuem relacionamentos de

apoio estarão sob alcance de proteção terapêutica para vários estados mórbidos, tais como a depressão, as doenças cardíacas e o câncer, amenizando os efeitos do isolamento social e do estresse.

5.2.5. Revisão de valores

Um dos efeitos consequentes da brusca mudança pela qual passa a pessoa com câncer, é a modificação de hábitos imposta pelo tratamento. Essa mudança de hábitos vem acompanhada de uma revisão dos valores de vida. Nas falas das colaboradoras percebe-se que houve uma promoção de hábitos saudáveis de alimentação, um olhar mais cuidadoso para consigo mesmo, e também a valorização de pequenos momentos na vida. Esta atitude possibilitou às colaboradoras redefinir suas escalas de prioridades e reconhecer o que, em suas vidas, precisaria ser colocado em primeiro plano.

Foi possível ler nas falas da(o)s colaboradora(e)s, bem como nos seus silêncios, gestos e expressões, texto e contexto, que a enfermidade impôs uma revisão de valores para algumas pessoas:

Hoje eu percebo minha vida com muito mais qualidade, apesar da doença. Realmente sinto muito mais qualidade, porque eu tenho dado uma atenção maior à minha alimentação, eu tenho procurado fazer uma alimentação orgânica. Abandonei tudo que era de alimentos enlatados. Na minha vida, consegui reencontrar alguns amigos e entender alguns valores, sobretudo perceber o valor das pequenas coisas. Tem coisas na vida que às vezes a gente deixa passar porque não tem tempo, ou tem outro programa. Muitas coisas eu estava deixando pra trás porque eu estava muito preocupada com outras pessoas, com outras coisas, até mesmo com a minha família, mas esquecia de me ocupar comigo mesma (SAFIRA).

A enfermidade pode infligir à pessoa o esquecimento de si mesma, ou de não se dar conta dos fatores que podem assegurar o sentido da vida, como família, espiritualidade, entre outros. A pessoa que acometida pelo câncer é conduzida a rever suas prioridades, suas atitudes, sua vida social, suas relações de amizades, seus familiares e suporte, reconhecer e trabalhar suas emoções. Essa redefinição de prioridades na vida é possível através de um acompanhamento psicológico e uma orientação religiosa, para reconstruir a sua história apesar da doença, constituindo-se em eficaz caminho para a melhora da qualidade de vida das pessoas acometidas de câncer (BRAZ, 2001).

Nas narrativas, os pacientes expressam que reconheciam que de alguma maneira, havia algo de enfermo em suas vidas antes doença se manifestar. Havia um esquecimento de si mesmas ou de aspectos aos quais deveria ter sido dada maior atenção. Agora buscam

recuperar o tempo perdido, e nessa empreitada, a fé lhes serve como instrumento para que a esperança de viver lhes permita reaver o que ficou perdido.

Hoje eu percebo minha vida totalmente diferente. Minha vida mudou de uma forma radical. Hoje posso dizer assim... que confio mais em Deus. E hoje eu vejo as coisas de forma diferente. Pra mim hoje, qualquer coisinha... qualquer coisa está valendo a pena. Tive que me olhar no espelho e me ver outra pessoa. Mudou demais meu pensamento de vida (JADE).

Outro sentimento que também decorre da revisão de valores é o altruísmo. A resposta humana empática à dor e a emoção positiva que a acompanha: a compaixão, a qual beneficia tanto o doador como o receptor (VAILLANT, 2010). A vivência da colaboradora Turmalina no serviço prestado a outras pessoas com câncer, em uma casa de apoio, a levou a reavaliar sua condição e desenvolver a compaixão, que passou a exercer no auxílio ao próximo:

Hoje eu passei a ver as coisas de modo diferente. Porque antes eu vivia na minha casa, na tranquilidade. Aí a primeira coisa que eu achei difícil foi vir pra cá onde passei quase um mês em radioterapia. E fui pra casa de apoio de Souza, e lá é tudo muito diferente da nossa casa. Ali eu fui vendo casos bem piores do que o meu e passei a ajudar aquelas pessoas que estavam precisando de ajuda (...) Então eu acho que minha fé aumentou, porque eu sinto que eu passei a ver as coisas de modo diferente. A gente pensa no caso da gente que é difícil, mas vai lá fora e veja: é tão pior, que você diz: meu Deus! (TURMALINA).

Braz (2001) enuncia que os períodos de crise, como as doenças, são particularmente ricos de potencial. As pessoas geralmente procuram o sistema de saúde apenas para eliminar a crise, solucionar o problema e anestesiar a dor sem, no entanto, tentar compreender o que deu origem à doença e aprender com ela. A doença pode levar ao questionamento de valores, prioridades e maneiras de ser. Deve ser vista não como o verdadeiro problema, mas como resultado de uma série de fatores e escolhas que resultaram na doença. Assim, por vezes a doença é uma oportunidade para se começar a viver de forma mais consciente, pois se constitui em um caminho para que a pessoa enferma possa aprender através da experiência passada (REMEN, 1993).

Segundo Le Shan (1992), se houver uma meta e um contexto na vida, uma maneira de trabalhar de modo que exista razão para se acreditar que a vida após a doença será diferente, então há uma chance bem maior de que o sistema imunológico atue de forma mais eficiente ao lado da vida. Dessa maneira, ao revisar os valores em sua vida, o paciente oncológico estabelece novas metas para viver com maior qualidade e (re)construir sua

história a partir de uma atitude de enfrentamento, atitude esta que modifica significativamente a percepção da vida.

5.2.6. O papel dos médicos e medicamentos

Pontes, Aquino e Caldas (2016) estabelecem uma contextualização entre religiosidade, espiritualidade e saúde afirmando a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos ao surgimento de conteúdos religiosos/espirituais nos discursos dos pacientes, tendo em vista que podem estar vinculados a aspectos que facilitam o processo terapêutico como: apoio social e emocional; adesão ao tratamento; melhor qualidade de vida; auxílio na resolução de conflitos existenciais; encontro do sentido frente ao sofrimento inevitável; auxílio no enfrentamento da doença, entre outros.

A figura do médico é sentida como ponto de confiança pela pessoa enferma. O paciente percebe no profissional de saúde a responsabilidade pelo seu bem-estar, que em última instância é vontade de Deus, sendo compartilhado com o médico e os enfermeiros (VILLAS BOAS, 2016). Desta forma, a pessoa enferma entende que, na circunstância da doença, os médicos se tornam como que os superiores da casa, devendo ser obedecidos como a própria voz de Deus.

Em relação ao que era antes, a minha fé aumentou mais ainda e isso tem me ajudado. Deus cura e está me curando. Primeiramente Ele [*Deus*], secundamente os médicos aqui na terra. Minha fé tem me ajudado muito, muito mesmo.

Quando eu descobri que estava com câncer, e vi o nódulo muito grande, eu me apeguei a Deus. Primeiramente a Deus, e secundamente aos homens da terra, que são os médicos. E aí... diminuiu, o tumor diminuiu, o nódulo diminuiu bastante (AMETISTA).

A gente tem que ter fé em alguma coisa, seja na medicação que vai dar certo, ou seja em Deus que pode mudar o quadro de qualquer coisa. Acredito que quando a gente está passando por um problema assim como o câncer, é 50% a medicação, é 50% a nossa fé (TOPÁZIO).

Como eu estava dizendo à menina [referindo-se à voluntária da Rede Feminina com quem conversara antes], isso aqui são superpoderes pra eu ficar mais forte [aponta para a medicação intravenosa que está sendo injetada no braço] (...)

E hoje já estou aqui recebendo meus superpoderes [rindo, referindo-se à medicação da quimioterapia] com a graça de Deus e não tive reação. Então isso pra mim já foi uma vitória muito grande também (HEMATITA).

Discorrendo sobre o exercício da fé e o efeito placebo, Balestieri (2009) enuncia que a neurociência demonstra que muitas curas se processam pela fé porque regiões do

cérebro relacionadas com as expectativas positivas em relação ao futuro são ativadas. Esse mesmo tipo de ativação ocorre quando se ingere um medicamento inerte com a expectativa positiva de que ocorrerá a cura; este é o conhecido efeito placebo. Tal condição evidencia como as expectativas de confiança sobre a ação dos médicos e medicações se tornam pontos de segurança para muitos pacientes os quais depositam a confiança de que médicos e medicações são instrumentos de Deus para sua cura, ou colaboram conjuntamente para que a cura aconteça. Nesse entendimento, Pereira (2013) afirma que, para o doente, a cura pode ser veiculada em seu favor, através de outra pessoa, que esteja em plena comunhão com Deus e compartilha com Ele do dom de curar, nesse contexto, os médicos.

Eu acredito na cura, porque eu acredito muito nos médicos, na ciência, mas tem uma Força maior. Acho que foi Chico Anísio que disse uma vez: -“os médicos, eles tão pensando que me curaram, mas não foi graças a eles, Deus usou a mão dos médicos para me curar” (SAFIRA).

Mesmo às vezes não estando bom, sei que em Deus a gente tem que acreditar, porque mesmo os médicos e os enfermeiros são apenas instrumentos, mas a cura é de Deus (FELDSPATO).

Então meu pensamento é assim: primeiramente Jesus, segundo os homens da terra. Porque não fosse Deus, que é o médico dos médicos, não existia os médicos daqui. Então quando eu recebi o resultado eu... me tranquilizei, porque eu estava segurada na mão de Deus (OPALA).

Quando eu fui fazer minha cirurgia, pedi muito nas minhas orações que essas pessoas fossem tocadas por Deus, que Deus tocasse os corações dessas criaturas que fizeram essa cirurgia. Sempre sou assim, se vou ao médico, eu oro e peço para que aquele médico seja tocado por Deus, que aquele médico faça uma consulta certa (TURMALINA).

Os aspectos religiosos da vida do paciente podem contribuir para melhorar o relacionamento médico-paciente, fragilizado atualmente diante das demandas do mundo secularizado, e por isso requerem uma correta e sensível abordagem pelos profissionais de saúde. Ao ter a percepção de que o médico ou profissional de saúde está sensível à leitura de sua expressão religiosa frente à enfermidade, o paciente fortalece a relação de confiança, e permite que seja aberta mais uma opção na busca pelo bem-estar em conformidade com a Medicina de mente, corpo e espírito. Em vez de enfraquecer, considera-se que as ciências médicas ganhem em humanização, ao olhar o paciente com suas questões subjetivas, entre elas a religiosidade, reatualizando o aforismo hipocrático de que não existem doenças, existem doentes (PEREIRA; KLÜPPEL, 2016).

5.2.7. A Capelania

A escuta e a observação da(o)s colaboradora(e) nos faz entender a necessidade da presença do capelão(ã) como parte integrante de uma equipe de saúde multiprofissional em uma instituição hospitalar. Segundo Kübler-Ross (2008), a assistência espiritual ocorre como uma vertente multidisciplinar para possibilitar o alívio de temores irracionais ou o controle da culpa excessiva. Essa mesma autora é favorável à participação do(a) capelão(ã) na equipe interdisciplinar do hospital, demonstrando como esse serviço de assistência religiosa/espiritual contribui como parte integrante no tratamento das pessoas enfermas, afirmando que a interdisciplinaridade no manejo dos pacientes sob cuidados paliativos não estaria completa sem que se inclua o capelão no ambiente hospitalar. O capelão é frequentemente chamado quando um paciente está em crise, quando está morrendo, quando a família reluta em aceitar a notícia, passando à condição de mediador.

O cuidado espiritual oportunizado por capelães proporciona atenção e assistência aos mundos subjetivos e espirituais dos pacientes, os quais são compostos por percepções, suposições, sentimentos e crenças sobre a relação entre o sagrado e a enfermidade, suas hospitalizações e/ou sua possível experiência de morte. Nesse contexto, a razão deve dar lugar à sensibilidade, no sentido de que as necessidades de cuidado espiritual possam ser percebidas pelos profissionais da equipe interdisciplinar e, assim, atendidas quanto às singularidades e aos desejos dos pacientes e seus familiares (COSTA et al., 2015).

(...) mas acho muito importante ter um aconselhamento, por isso eu busquei fora conversar com a Pastora Silvinha. Ótima ela. Eu me senti emocionada, eu amei. Essa atenção e a oração dela pra mim foram importantes (AMETISTA).

Eu já recebi uma oração de um capelão na outra vez que estava aqui na “químio”. Ele também falou umas palavras da Bíblia pra me confortar. Foi muito bom. Em relação ao meu tratamento eu não procurei nenhum capelão para buscar aconselhamento. Mas eu acredito que é de fundamental importância, principalmente pra quem crê, porque ajuda. Uma palavra de ânimo, uma palavra carinhosa numa hora dessa é sempre bem-vinda, acredito que ajuda bastante (TOPÁZIO).

Eu já fui atendida por uma capelã aqui no hospital. Teve uma pastora que fez uma oração por mim e deu uma palavra que fez tão bem pra mim. Me senti muito... forte assim, dentro de mim [pondo as mãos no peito], uma coisa de Deus na gente. Eu acho importante a gente ter um aconselhamento, porque você tem que se apegar ao Ser Supremo. Nós temos que nos apegar a Deus porque Ele é quem dá a força (HEMATITA).

(...) já vi uns capelães aqui, sim. Eles entraram aqui na outra vez, cantando aquela música: “você é o espelho... que reflete a imagem do Senhor”, conhece? Foi tão lindo, chorei porque senti a força de Deus e muita paz no coração. Aí uma pastora orou comigo... e tive mais ainda a confiança de que Deus está comigo. Olhe, eu nunca procurei um pastor ou padre pra me aconselhar aqui no hospital, mas vi naquele dia que eles cantaram aqui e oraram por mim. Eu acredito que é muito bom ter uma palavra de Deus nesse momento pra fortalecer a gente (RUBI).

Uma doença caracterizada como maligna, aniquiladora de perspectivas, inicia o período mais difícil da vida do paciente, extinguindo-lhe muitas vezes a esperança, como quem diz “não há nada mais que se possa fazer, nada mais adianta”. Nesse contexto, o enfermo sentirá um isolamento crescente e poderá piorar claramente, chegando a mergulhar em um grave estado de depressão. Todavia, se alguém lhe sinaliza ou incute um sentimento de esperança, sua postura e condição interior de enfrentamento pode mudar (KÜBLER-ROSS, 2008). Por meio da empatia e cuidado, o capelão assiste o paciente para que este se conscientize e compreenda que haverá um fio de esperança.

Agora já fui atendido por um capelão, sim. Teve um pessoal que cantou umas músicas evangélicas aqui um dia e depois um pastor orou por mim. Foi muito emocionante. Fiquei sentindo que Deus estava comigo. Quer dizer... Ele já vinha comigo, mas foi mais forte aquele dia (QUARTZO).

(...) eu já vi uma palestra, acho que era um pastor. Eu estava na última cama, foi num domingo que ele veio, ele é evangélico. Depois da oração que ele fez, eu senti muita paz. Por isso eu sempre peço aconselhamento a meu irmão, porque ele é pastor, e está sempre comigo. Eu peço pra ele orar por mim e com isso me sinto bem nesse momento. É importante essa assistência porque essas pessoas são capacitadas e passam segurança pra gente (FELDSPATO).

Conheço a capelania daqui do Laureano. Eu vi eles visitando aqui na sala da quimioterapia, fazendo oração pelas pessoas e cantando uma música. Foi muito bom, fortaleceu a gente. Eu também já fui atendida por um deles. Já teve umas semanas passadas aqui uma pastora que deu uma palavra pra mim e me fez uma oração. Eu me senti forte com a palavra dela, porque ela me falou palavras que me fortaleceram. E até hoje eu me sinto forte com essas palavras. A gente tem que ter esse conselho, porque sem a Palavra a gente não é nada (OPALA).

Eu conheço a capelania. Teve um ministro que estava distribuindo a Eucaristia. Eu estava até cirurgiada, lá na enfermaria, quando ele chegou. É muito importante isso. Tem também o grupo da minha paróquia da qual eu faço parte, a paróquia de Santo Antônio, em Marizópolis, eu sempre comunico a eles a minha situação e peço oração. Aí eles se reúnem e oram por mim. É a paróquia do Padre Narciso. Eu também procurei o padre pra pedir direção espiritual. Eu me sinto feliz, fico muito alegre

com o conselho, com a conversa. É muito importante ter essa assistência espiritual, muito importante (TURMALINA).

Dentre os medos que sobrevivem no contexto de uma enfermidade como o câncer, é necessário distinguir que três tipos de medo são inerentes em relação à morte: “a) o que vem depois da morte; b) o ‘evento’ do morrer, e c) ‘deixar de ser’”. Uma pessoa pode ter todos esses medos ou apenas um deles” (STUEWER E BAADE, 2016, p. 136). No complexo de sentimentos que perpassa a mente de um paciente com câncer, o medo certamente é sempre presente, ao menos numa fase da doença. A capelania auxilia-o a reelaborar o significado dos temores por meio da espiritualidade e da fé.

Nos colaboradores escutados, sete já foram assistidos por capelães no âmbito do Hospital Napoleão Laureano (Topázio, Hematita, Rubi, Quartzo, Feldspato, Opala e Turmalina). Outras duas colaboradoras foram assistidas fora do hospital por padres ou pastore(a)s de seu conhecimento próximo (Safira e Ametista). E apenas uma colaboradora (Jade) afirmou não ter recebido ou recorrido a assistência religiosa. Observamos não haver uma divergência da fala devido ao lugar onde recebem a assistência religiosa, ou espiritual, mas é necessário considerar, para efeitos práticos, que a debilidade decorrente dos efeitos colaterais e da baixa da imunidade, impeçam ou reduzam significativamente a ida das pessoas, em tratamento, aos cultos ou missas, o que as afasta mais da integração e do espaço sagrado. Sendo por isso bastante oportuna a visita dos ministros religiosos às suas residências ou no ambiente hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As histórias narradas pelos colaboradores apresentam percursos de desafios, superações, culpas e esperança. Nossos encontros com os participantes da pesquisa possibilitaram ampliar a compreensão da espiritualidade que é vivenciada pelos colaboradores em tratamento de câncer.

Olhar um paciente integralmente requer um exercício de atenção que nos conduz a perceber que mais do que um complexo orgânico com uma alteração em sua fisiologia, diante de nós encontra-se alguém afetado por uma doença aniquiladora de perspectivas. Nesse contexto, surge a compreensão de que quando a enfermidade se apresenta como uma doença sem esperança, provocando algo como “o que adianta? nada mais se pode fazer”, começa um período difícil para o paciente e para quantos o rodeiam. Pode piorar a olhos vistos, ou mergulhar numa depressão profunda de onde será difícil emergir, a menos que alguém lhe incuta um sentimento de esperança.

Os pacientes em tratamento contra o câncer têm uma representação de que a doença aponta para o fim da vida, pois como dito em alguns depoimentos, o câncer é uma sentença de morte para muitos. Por isso, o capelão surge para apresentar ao paciente que é possível acreditar numa “contra sentença”; é possível apegar-se a um fio de esperança trançado pela espiritualidade inerente a cada pessoa, mesmo àquelas que se reconhecem como “sem religião”. Convém ressaltar que o capelão, no exercício da assistência espiritual, sempre respeita o credo do paciente, inclusive considerando a possibilidade de que este não deseje receber assistência religiosa/espiritual.

Acompanhar pessoas acometidas pelo câncer sempre esteve em nosso exercício como capelão hospitalar, por ser um campo da Teologia Pastoral caracterizado pelo cuidado ao desalentado ou oprimido. Perceber, após uma visita pastoral, como os pacientes retomavam seu estado de esperança e alento gera em nós um sentimento de contribuir para que alguém não perca o sentido da vida. Embora seja um campo de atuação de difícil percurso, pois em muitos casos a doença atinge estados irreversíveis, é nesse território que o pastoralista ou capelão tem a possibilidade de contribuir para que o paciente não permita que a doença lhe roube o sentido da vida, nem corrompa os significados de sua história de vida pelo domínio que o medo da morte estabelece.

A assistência recebida pelos pacientes, prestada por capelães, constitui um fator relevante para a manutenção da esperança e fortalecimento nas fases vivenciadas por cada pessoa, conforme a gravidade do diagnóstico. Quer em estágio inicial, quer em estágio

avanzado, o câncer reduz as esperanças do paciente, o que requer que a dimensão espiritual como componente da integralidade do ser humano receba os cuidados do ministro religioso, sendo isto um componente para o exercício do apoio religioso/espiritual do paciente, o que corrobora para a promoção da saúde integral.

Um dos aspectos observáveis no decurso da pesquisa foi que algumas pessoas atendidas na instituição hospitalar não têm o conhecimento de que o serviço de Capelania é um trabalho viabilizado pela instituição hospitalar em parceria com capelã(e)s reconhecidamente habilitados e credenciados. Observamos que a fim de dar uma melhor percepção ao paciente em tratamento, poderia haver uma divulgação ou questionamento na triagem se a pessoa desejaria receber assistência espiritual, o que levaria o público em geral a conhecer o serviço de capelania e diferenciá-lo de visitas voluntárias esporádicas que acontecem por visitantes religiosos sem vínculo com o hospital.

Como um dos objetivos propostos desta pesquisa, os resultados nela obtidos além de serem entregues à direção do HNL, serão propostos para exposição em *workshop* ao corpo de profissionais de saúde daquela instituição hospitalar, de maneira a proporcionar à equipe multidisciplinar, o conhecimento sobre a importância da dimensão espiritual no tratamento e como a capelania hospitalar auxilia na elevação do bem-estar do paciente, e conscientizando sobre a ampliação da dimensão do cuidado. Isto proporcionará à equipe multidisciplinar de saúde, o conhecimento sobre a importância da dimensão espiritual na saúde e como a capelania hospitalar auxilia na elevação do bem-estar do paciente oncológico, ampliando a dimensão do cuidado.

No encerramento do presente estudo, pudemos melhor avaliar como a espiritualidade se integra à saúde do paciente. Buscamos, desta maneira, mostrar como a capelania hospitalar, enquanto exercício histórico da atividade pastoral cristã, interage com outros campos do saber científico, contribuindo para que a saúde da paciente seja tratada na dimensão integral, por ser um ser bio-psico-espiritual.

Entendemos haver a necessidade de que outros estudos acadêmicos, de caráter quantitativo e comparativo, venham a ampliar o campo de pesquisa dessa área, dada a ênfase que a humanização precisa receber no cuidado da pessoa enferma. Pesquisas futuras sobre o tema promoverão a adequação e aperfeiçoamento de procedimentos terapêuticos, os quais precisam incluir a abordagem da espiritualidade/religiosidade como forma de ampliar a atenção e bem-estar às pessoas em tratamento oncológico.

REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ, F. **Teologia da saúde**. São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2013.

ANJOS, M. F. Para compreender a espiritualidade em bioética. In: PESSINI, L. ; BARCHIFONTAINE, C. P. (Orgs.). **Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade**. São Paulo: Paulinas, 2008.

AQUINO, F. **Formação para os ministros Extraordinários da Sagrada Comunhão**. Disponível em: <<http://blog.cancaonova.com/felipeaquino/2008/12/02/formacao-para-os-ministros-da-eucaristia/>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

BALESTIERI, F. M. P. Quando a cura vem do coração e da mente: a fé e o efeito placebo. **Religare**, João Pessoa, v. 6, n.2, p. 67-80, 2009.

BARBOSA, S. C. ; SILVA, R. P. ; NASCIMENTO, J. U. ; SOUZA, S. Saúde mental em enfermeiros plantonistas no serviço de saúde móvel de urgência – SAMU. In: ALVES, R. F. (Org.). **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa** [SciELO Books online]. Campina Grande-PB: EDUEPB, 2011.

BARRETO, C. L. B. T.; MEDEIROS, W. C. M. (RE)Integrando a saúde na espiritualidade: caminho em construção. In: AQUINO, T. A. A.; CALDAS, M. T.; PONTES, A. M. (Orgs.). **Espiritualidade e saúde: teoria e pesquisa**. Curitiba: CRV, 2016.

BELIZÁRIO, J. E. O próximo desafio: reverter o câncer. **Ciência hoje**, São Paulo, v. 31, n. 184, p. 51-57, Jul., 2002.

BENSON, H.; STARK, M. **Medicina espiritual: o poder essencial da cura**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

BERTACHINI, L. ; PESSINI, L. (Orgs.). **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida**. São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2011.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 20. Ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

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

BRAKEMEIER, G. **O ser humano em busca de identidade: contribuições para uma antropologia teológica**. São Leopoldo: Sinodal; São Paulo: Paulus, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. 41 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRASIL. **Lei Federal 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9982.htm>. Acesso em: 25 set. 2016.

BRAZ, M. M. **Aprendendo com o câncer de mama:** percepções e emoções de pacientes e profissionais de fisioterapia. 2001. 122 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CANÇÃO NOVA. **Qual o verdadeiro significado do escapulário.** Disponível em: <<http://formacao.cancaonova.com/nossa-senhora/devocao-nossa-senhora/qual-o-verdadeiro-significado-do-escapulario/>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

CAMPOS, E. S. **História e evolução dos hospitais.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1965.

CAVALCANTI, A. P. R. ; CAVALCANTI, C. A. M. **Revista de Teologia e Ciências da Religião-UNICAP.** Recife, ano X, n. 2, p. 107-116, Jul./Dez., 2010.

CRIVELARI, U. N. **A importância do profissional “capelão”:** força vital na consolidação do Exército Brasileiro. 2008. 105 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.

ELIADE, Mircea. **Origens:** história e sentido nas religiões. Lisboa-Portugal: Edições 70, 1969.

_____. **Mito e realidade.** 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.

ESPERANDIO, M. R. G. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 12, n. 35, p. 805-832, Jul./Set., 2014.

_____. Oração e saúde: revisão de literatura em língua portuguesa. **Pistis & Praxis**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 51-66, Jan./Abr., 2014.

ESPÍNDULA, J. A. **O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde.** 2009. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, São Paulo.

FARRIS, J. R. ; SATHLER-ROSA, R. Religião salugênica e religião patogênica: uma aproximação à luz da psicologia. **Pistis & Praxis**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 361-382, Jul./Dez., 2011.

FRANÇA, R. M. P ; ROCHA, Z. Por uma ética do cuidado na psicanálise da criança. **Revista Psicologia-USP.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 414-422, Set./Dez., 2015.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido:** um psicólogo no campo de concentração [tradução: Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline]. Porto Alegre: Sulina; São Leopoldo: Sinodal, 1987.

GAUDERER, E. C. **Os direitos do paciente**. 6. Ed. Rio de Janeiro e São Paulo: Editora Record, 1998.

GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOBATTO, C. A. ; ARAÚJO, T. C. C. F. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Revista Psicologia-USP**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 11-34, 2013.

GRESCHAT, H. J. **O que é ciência da religião?**[tradução: Frank Usarski]. São Paulo: Paulinas, 2005.

HEFTI, R. ; ESPERANDIO, M. R. G. O modelo interdisciplinar de cuidado espiritual: uma abordagem holística de cuidado ao paciente. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47, Jan./Mar. 2016.

HIGUET, E. A. Saúde, doença e cura no pensamento de Paul Tillich: reflexões teológicas e pastorais. **Pistis e Praxis**. Curitiba, v. 6, n.1, p. 167-188, Jan./Abr. 2014

HOEPFNER, D. **Fundamentos bíblico-teológicos da capelania hospitalar**: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa.2008. 121 f. Dissertação (Mestrado em Teologia)- Escola Superior de Teologia, São Leopoldo.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

KOENIG, H. G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**: por quê, como, quando e o quê. 2. ed. São Paulo: FE Editora Jornalística, 2012a.

_____. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012b.

LEVIN, J. **Deus, fé e saúde**: explorando a conexão espiritualidade-cura. 11 ed. São Paulo: Pensamento-Cultrix, 2011.

LE SHAN, L. **O câncer como ponto de mutação**: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde. São Paulo: Summus, 1992.

LIBÓRIO, L. A. Religiosidade e saúde integral no hinduísmo e no budismo. **Revista de Teologia e Ciências da Religião da UNICAP**. Recife, ano X, n. 2, Jul./Dez., 2010.

LIMA, E. L. **Ética na capelania universitária**. Dissertação de Mestrado da Escola Superior de Teologia. São Leopoldo, 2014.

LIMA, M. R. A. ; NUNES, M. L. A. ; KLÜPPEL, B. L. P. ; SÁ, L. D. Cuidado integral à saúde na perspectiva hermenêutica: refletindo caminhos. In: REDYSON, D. ; OLIVEIRA, K. G. (Orgs.). **Ensaios de fenomenologia e hermenêutica da religião**. João Pessoa: Ideia, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, A. A. ; MARTINI, A. (Orgs.). **Teologia e saúde: compaixão e fé em meio à vulnerabilidade humana**. São Paulo: Paulinas, 2012.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história oral**. 4 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

_____; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2010.

_____; RIBEIRO, S. L. S. **Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias**. São Paulo: Contexto, 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, M. F. V. ; CARRARO, T. E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 376-380, 2011.

OTTO, R. **O sagrado: aspectos irracionais na noção do divino e sua relação com o racional**. 2 ed. São Leopoldo: Sinodal/EST; Petrópolis: Vozes, 2011.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria. 1979.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 1; p. 126-135, 2007.

PEREIRA, V. N. A. **Religiosidade em indivíduos hipertensos de uma unidade do Programa Saúde da Família em Pedras de Fogo-PB**. 2013. 179 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – UFPB-PPGCR, João Pessoa.

SILVA, S. S. **Religiosidade e qualidade de vida em pacientes com câncer de mama**. 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

PEREIRA, V. N. A. ; KLÜPPEL, B. L. P. A religião na prática clínica: aspectos na relação médico-paciente. In: AQUINO, T. A. A.; CALDAS, M. T.; PONTES, A. M. (Orgs.). **Espiritualidade e saúde: teoria e pesquisa**. Curitiba: CRV, 2016.

PERETTI, C.; SOUZA, W. Bioética e Teologia e suas interconexões com as questões sociais. **Revista Estudos Teológicos**, São Leopoldo, v. 52, n.1, p. 99-112, 2012.

PESSINI, L. ; BARCHIFONTAINE, C. P. (Orgs.). **Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade**. São Paulo: Paulinas, 2008.

PONTES, A. M; AQUINO, T. A. A.; CALDAS, M. T.; Contextualizando a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde. In: AQUINO, T. A. A.; CALDAS, M. T.; PONTES, A. M. (Orgs.). **Espiritualidade e saúde: teoria e pesquisa**. Curitiba: CRV, 2016.

REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.

SANTOS, H. N. Saúde e ética na ação pastoral de Jesus. In: HOCH, Lothar C.; HEIMANN, Thomas. (Org.). **Aconselhamento pastoral e espiritualidade: Anais do VI simpósio de aconselhamento e psicologia pastoral**. São Leopoldo: EST/Sinodal, 2008.

SAFRA, G. S. Espiritualidade e religiosidade na clínica contemporânea. In: AMATUZZI, Mauro M. (Org.) **Psicologia e espiritualidade**. 2ª ed. São Paulo: Paulus, 2008.

SATHLER-ROSA, R. **Cuidado pastoral em tempos de insegurança**. 2. ed. São Paulo: ASTE, 2010.

SILVA, A. C. **A capelania hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico**. 2010. 122 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) - Escola Superior de Teologia, São Leopoldo.

SILVA, S. S. **Religiosidade e qualidade de vida em pacientes com câncer de mama**. 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SILVA, S. S. ; KLÜPPEL, B. L. P. ; AQUINO, T. A. A. A religiosidade como estratégia de enfrentamento ao câncer de mama. In: AQUINO, T. A. A.; CALDAS, M. T.; PONTES, A. M. (Orgs.). **Espiritualidade e saúde: teoria e pesquisa**. Curitiba: CRV, 2016.

STUEWER, A. D.; BAADE, J. H. O medo da morte e fé na ressurreição: por uma antropologia teológica no acompanhamento a pacientes terminais. **Protestantismo em Revista**, São Leopoldo, v. 40: p. 133-151, jan./abr. 2016.

TILLICH, P. Teologia sistemática. 5. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2005.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública da USP**, São Paulo, v. 39 (32): p. 507-514, 2005.

UNESCO, Representação no Brasil. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em 14 jan. 15.

VAILLANT, G. E. **Fé: evidências científicas**. Barueri: Manole, 2010.

VALLE, J. E. R. Religião e espiritualidade: um olhar psicológico. In: AMATUZZI, M. M. A. **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005.

VILLAS BOAS, A. Em busca de uma teologia pública da saúde. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47, Jan./Mar. 2016.

VILHENA, M. A. Viver, adoecer, sofrer e morrer nas religiões. *In*: MARTINS, Alexandre A. ; MARTINI, Antônio (Orgs.). **Teologia e saúde**: compaixão e fé em meio à vulnerabilidade humana. São Paulo: Paulinas, 2012.

VITHOULKAS, G. **Homeopatia**: ciência e cura. São Paulo: Círculo do livro, 1980.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. São Paulo: Vozes, 2006.

_____. Division of mental health and prevention of substance abuse. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. Genebra: 1998 (Report on WHO consultation). Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70897>>. Acesso em 14jan. 2015.

ZITTI, L. M. ; FERREIRA, D. **Capelania Hospitalar Cristã**: manual didático e prático para capelães. Santa Bárbara d'Oeste-SP: SOCEP Editora, 2010.

ZOBOLI, E. O cuidado: no encontro interpessoal o cultivo da vida. *In*: BERTACHINI, L. ; PESSINI, L. (Orgs.). **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida**: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2011.

ZOBOLI, E. L. C. P. ; PEGORARO, P. B. B. Bioética e cuidado: o desafio espiritual. *In*: PESSINI, L. ; BARCHIFONTAINE, C. P. (Orgs.). **Buscar sentido e plenitude de vida**: bioética, saúde e espiritualidade. São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2008.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre a **capelania hospitalar na espiritualidade do paciente e a integralidade do cuidado**, e está sendo desenvolvida por **Rômulo Anderson Matias Ferreira**, do Curso de **Mestrado em Ciências das Religiões**, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da **Profª Dra. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel**.

Os objetivos do estudo são: *a) compreender como o pensamento religioso e sua espiritualidade são vivenciados no enfrentamento à doença; b) avaliar a importância da capelania hospitalar, na assistência religiosa/espiritual que lhe é prestada neste hospital; c) verificar como os cuidados da assistência religiosa/espiritual da capelania contribuem para seu bem-estar ao longo do tratamento; e d) identificar sua percepção da relação entre os cuidados espirituais da capelania hospitalar e os cuidados prestados pela equipe multidisciplinar de saúde.* A finalidade deste trabalho é *contribuir cientificamente para que os pacientes deste Hospital recebam tratamento oncológico que os alcancem integralmente como pessoa (corpo/emoções/espírito); proporcionar a elevação da humanização e do nível de bem-estar físico-psíquico-espiritual aos pacientes em tratamento oncológico; e proporcionar a formação de uma consciência sobre a importância da capelania como uma das práticas integrativas de saúde viáveis e relevantes para, juntamente com as demais ciências da saúde, mitigar o sofrimento inerente ao tratamento oncológico.*

Solicitamos a sua colaboração para **responder a uma entrevista nos próximos 20 (vinte) minutos**, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa, caso lhe traga algum desconforto emocional, poderá ser interrompida e reagendada conforme sua disponibilidade e vontade, ou mesmo suspensa em definitivo, caso em que não haverá qualquer menção sua na composição do estudo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do pesquisador responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____ de _____ de _____

Impressão dactiloscópica

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador **Rômulo Anderson Matias Ferreira**. Telefone: **99857-8057**, ou para o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFPB (CEP-CCS/UFPB) -Endereço: Campus I, Cidade Universitária –João Pessoa–PB. CEP 58.051-900. E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com – Fone: 3216-7791.

ANEXO B – Proposta de questões inicialmente formuladas aos pacientes entrevistados

1. Como o(a) senhor(a) percebe sua vida hoje?
2. O(a) senhor(a) tem alguma religião?
3. Faz tempo que o(a) senhor(a) crê nessa religião?
4. O(a) senhor(a) tem fé em algo?
5. Sua fé mudou do que era antes de descobrir a doença para agora?
6. Tem alguma prática religiosa atualmente?
7. O(a) senhor(a) acha que sua fé tem lhe ajudado no tratamento da doença? De que maneira?
8. Conhece o serviço de capelania neste hospital?
9. O(a) senhor(a) já foi atendido por algum(a) capelão(ã) neste hospital?
10. Já procurou algum capelão(ã) (pastor(a)/padre) neste hospital para buscar aconselhamento?
11. Como se sentiu quando foi assistido por um capelão(ã)?
12. O(a) senhor(a) acha importante receber assistência espiritual ou religiosa em algum momento do tratamento contra a doença?

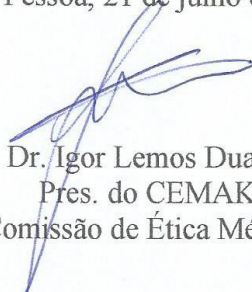
ANEXO C – Autorização da Instituição para realização da pesquisa

Centro de Estudos Mário Kröeff

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL/CARTA DE ANUÊNCIA

Avaliamos o Projeto de Pesquisa “**CAPELANIA HOSPITALAR NA ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE E A INTEGRALIDADE DO CUIDADO**” e, em nossa avaliação, o Hospital Napoleão Laureano poderá participar como instituição colaboradora do referido projeto. Ressaltamos ainda, que é da responsabilidade do pesquisador todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da **Resolução 466/12**, sendo necessário após a conclusão da pesquisa o encaminhamento de uma cópia para a instituição.

João Pessoa, 21 de julho de 2016.


Dr. Igor Lemos Duarte
Pres. do CEMAK

Pres. da Comissão de Ética Médica do HNL


Hospital Napoleão Laureano
Ivo Sérgio Borges da Fonseca
Diretor Geral