

Capelania hospitalar nos cuidados paliativos com pacientes oncológicos

Hospital chapellany in palliative care with oncological patients

*Clarissa Peres Sanchez*¹

*Nilton Eliseu Herbes*²

RESUMO

Neste artigo, procuramos explorar as relações entre três temas de grande importância na realidade de instituições de cuidado à saúde: capelania hospitalar, pacientes oncológicos e cuidados paliativos. Pacientes com câncer tem sido uma realidade constante e cada vez mais presentes em instituições hospitalares, trazendo sempre novas discussões e procurando formas de cuidado, como no caso dos cuidados paliativos, atualmente reconhecidos em nossa realidade, e a presença da espiritualidade, como importante fator no processo de cuidado, integrado no acompanhamento de pacientes no final da vida. Descrevendo a parte histórica e de desenvolvimento da questão do cuidado de pessoas, chegamos à contemporaneidade, mostrando a realidade de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Assim, juntamos uma nova área, que ainda é pouco valorizada, no cuidado diante da realidade da morte, a capelania hospitalar. Destacamos a importância da integração do cuidado espiritual no contexto hospitalar, mas principalmente, neste momento, no cuidado a pessoas enfermas em cuidados paliativos.

¹ Mestra e doutoranda em Teologia Prática na EST, Teóloga, Capelã, Doula da Morte, Paliativista Espiritual, Fundadora e Presidente da OSC Tok de Amor – casa de apoio a pacientes com câncer de Londrina, PR.

² Doutor em Teologia pela Augustana-Hochschule Neuendettelsau, Alemanha, especialista em Clínica Pastoral Hospitalar, pela Deutsche Gesellschaft fuer Pastoralpsychologie (DGfP) e.V, Munique, Alemanha, atualmente professor adjunto de Teologia Prática na Faculdade EST, São Leopoldo, RS.

PALAVRAS-CHAVE

Capelania Hospitalar. Cuidados Paliativos. Pacientes Oncológicos.

ABSTRACT

In this article, we seek to explore the relationships between three themes of great importance in the reality of health care institutions: hospital chaplaincy, cancer patients and palliative care. Cancer patients have been a constant reality and increasingly present in hospital institutions, always bringing new discussions and looking for forms of care, as in the case of palliative care, currently recognized in our reality, and the presence of spirituality, as an important factor in the care process, integrated in the follow-up of patients at the end of life. Describing the historical and developmental part of the issue of caring for people, we come to the contemporary world, showing the reality of cancer patients in palliative care. Thus, we added a new area, which is still undervalued, in the care in the face of the reality of death, the hospital chaplaincy. We emphasize the importance of integrating spiritual care in the hospital context, but mainly, at this moment, in the care of sick people in palliative care.

KEYWORDS

Hospital Chaplaincy. Palliative care. Oncology Patients.

Introdução

O câncer é uma doença que tem acometido um grande número de pessoas e seu estigma está relacionado a experiências negativas e à expectativa de morte. O diagnóstico precoce é um procedimento eficaz para o aumento da taxa de sobrevivência e até mesmo de cura da doença. Mas junto com o diagnóstico vem as repercussões físicas, emocionais e espirituais, que causam muito sofrimento, bem como, a confrontação de uma realidade tão temida – a morte. Variando as culturas deste mundo e considerando as épocas em que tais culturas subsistiram, desde sempre, a morte foi tratada como um fim: o fim da existência terrena, em que, por este ou aquele motivo, o ser humano entrega-se ao que ainda denominamos de “desconhecido”, com todas as suas incertezas, medos, aflições,

tristezas e sensações de afastamento e de perda. O real da morte termina sempre por se impor, seja pela energia que se esvai, seja pela angústia inevitável da proximidade do fim da vida.

Ao longo da história, percebemos as transformações dos cuidados físicos e espirituais que doentes receberam e a evolução da mentalidade social humana permitindo uma atenção diferenciada, por meio da ação de capelães, em serviços organizados de entidades hospitalares e clínicas. E nos últimos anos também temos visto o avanço dos cuidados paliativos. Portanto, faz-se necessário e urgente, o preparo de capelães para esse serviço, como, também, coragem, perseverança e paciência para trabalhar na construção de um laço com o real da morte.

Câncer

Até meados do século XIX, o câncer era uma enfermidade raramente diagnosticado. Quando descoberto, pouco se tinha a fazer, pois não havia tratamento para combatê-lo. O primeiro tratamento visando à cura foi a extirpação cirúrgica, que só foi possível após a descoberta da anestesia geral, em fins do século XIX. Mesmo em tais casos, não se obtinha a cura, só restando a morte. A palavra câncer era tão ameaçadora que muitas pessoas o chamavam e ainda chamam de “aquela doença”, “doença ruim” ou “aquilo”, ou seja, o câncer é inominável. O câncer estava associado à dor, tumoração deformante, odor fétido, e inevitavelmente, à morte. Também, havia desconfiança de que fosse uma doença transmissível: por isso, a pessoa doente era rejeitada.³

Em torno de 1920, iniciou-se o segundo tipo de tratamento: a radioterapia. Era outro paliativo, quando a cirurgia falhava. Com o advento da quimioterapia, mudou o prognóstico de vários tumores, principalmente em crianças e adultos jovens. Hoje, utiliza-se uma combinação desses tratamentos, dependendo do caso e estágio em que se encontre a doença.⁴

³ SILVA, Célia Nunes. *Como o câncer (des)estrutura a família*. São Paulo: Annablume, 2000. p. 21.

⁴ SILVA, 2000, p. 22.

Ter um diagnóstico de câncer representa um grande abalo na vida das pessoas, principalmente porque a palavra câncer está carregada de significados aterrorizantes e ameaçadores que estão gravados em nosso inconsciente cultural, como: sofrimento, morte, aflição, padecimento, queda de cabelo, enjoos, vômitos, debilitação, perda de dignidade, descontrole, fraqueza, incapacitação, dor, castigo e desgraça.

As questões psicossociais do câncer, no passado quase que inexistentes, têm mudado à medida que foram surgindo tratamentos mais eficazes. A partir dos anos 1970, teve grande influência o manejo psicológico das pessoas enfermas. Na atualidade, passa a ser um elemento-chave. A psico-oncologia estuda duas dimensões psicológicas do câncer: o impacto do câncer sobre funções psicológicas da pessoa doente, dos familiares e da equipe médica; e o papel que algumas variáveis psicológicas e comportamentais possam desempenhar no risco e na sobrevida da pessoa enferma. A psiconeuroimunologia representa um novo campo de estudo sobre o impacto das emoções no sistema imune.⁵

Atualmente, o câncer é o responsável por mais de 15% do total de mortes no Brasil e a cada ano são em torno de 600 mil novos casos, dos quais 40% das pessoas não sobrevivem.⁶

Segundo o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), “câncer é um nome geral dado a um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento anormal e desordenado de células. Paciente oncológico é aquele que porta algum tipo de câncer”.⁷

Neoplasia maligna é o termo usado no meio científico para se referir a algum tipo de câncer. Existem quase 200 tipos de câncer que se diferenciam pela capacidade de invadir tecidos e órgãos, vizinhos ou distantes.⁸

Historicamente, o termo neoplasia tem origem com o médico e pesquisador alemão Rudolf Virchow (1821-1902), criador da chamada

⁵ SILVA, 2000, p. 22.

⁶ JEMAL, Ahmedin et al. *O Atlas do Câncer*. Tradução Hospital de Câncer de Barretos. 2 ed. Atlanta: American Cancer Society, 2014. p. 6.

⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA. *ABC do Câncer – Abordagens Básicas para o Controle do Câncer*. Rio de Janeiro, 2012. p. 17.

⁸ ALMEIDA, Lúcia V. et al. Câncer e agentes antineoplásicos, ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que integram com o DNA: uma introdução. *Química*, Nova Belo Horizonte, v. 28, n. 1, 2005. p. 118.

“teoria celular”. Segundo ele, as células que formam o corpo humano só podem vir de outras células pelo aumento do número delas (hiperplasia) ou pelo aumento de seu tamanho (hipertrofia). No entanto, ao observar o crescimento de células patológicas pelo microscópio, Virchow percebeu um processo diferente, uma espécie de hiperplasia extrema, que acontecia de modo incontrollável e redefinido, como se tivesse vida própria. Ele chamou esse crescimento novo, totalmente independente e distorcido de neoplasia.⁹

A anexação do termo “maligna” à neoplasia fundamenta-se no fato de que nem todo crescimento novo e distorcido de células vai dar origem a um tumor ou doença maligna. A malignidade de uma neoplasia está na perda do controle da proliferação e da divisão celular; imortalização celular; presença de alterações de cromossomos; perda das propriedades adesivas da membrana plasmática, que permite o reconhecimento célula-célula, inibição por contato do movimento e crescimento celular; perda da função e da capacidade de diferenciação ou especialização; capacidade para invadir os tecidos vizinhos e provocar metástases; capacidade de induzir à formação de novos vasos sanguíneos.¹⁰

Outra palavra relacionada ao câncer é *onkos*, termo grego que significa volume, carga, fardo. Entende-se o câncer como uma carga, um fardo pesado, cujo corpo precisa carregar. Daí surge o termo oncologia que tem a função de estudar, pesquisar, compreender e eliminar o fardo que o paciente oncológico carrega.¹¹

O termo câncer surgiu pela primeira vez na literatura médica como *karkinos*, palavra grega para caranguejo, na época de Hipócrates, o “pai da medicina”, por volta do ano 400 a.C. O tumor, com vasos sanguíneos inchados à sua volta, fez Hipócrates pensar num caranguejo enterrado na areia com as patas abertas em círculo. Escritores posteriores acrescentaram mais detalhes que justificavam o uso da comparação. A superfície endurecida e desbotada do tumor lembrava a dura carapaça do corpo do

⁹ MUKHERJEE, Siddhartha. *O imperador de todos os males: uma biografia do câncer*. Tradução Berilo Vargas. São Paulo: Companhia das letras, 2012. p. 32.

¹⁰ BELIZÁRIO, José E. o próximo desafio: reverter o câncer. *Ciência Hoje*, Departamento de Farmacologia – Universidade de São Paul, v. 31, n. 184, 2002. p. 52.

¹¹ MUKHERJEE, 2012, p. 68.

caranguejo, além da súbita pontada de dor produzida pela doença, que se compara à dor produzida pelas garras do animal.¹²

Estima-se que o câncer seja uma das doenças mais antigas da história. Uma explicação para não ter sido antes citada é que as sociedades mais antigas não viviam muito tempo. Existem registros de células cancerígenas em múmias do Egito, datadas de 3000 a.C. Também, foi localizado um câncer em restos de crânio humano de 1900 a.C. Pergaminhos egípcios, datados por volta de 1600 a.C., descrevem oito casos de tumores de mama tratados por cauterização; câncer de estômago, tratado com cevada cozida, misturada com tâmaras; câncer de útero, tratado com uma mistura de tâmaras frescas, misturadas com cérebro de porco, introduzidos na vagina.¹³

Com o avanço da Medicina, sabe-se, hoje, que o câncer não tem uma causa única. Há variadas causas externas, que estão presentes no meio ambiente e causas internas, como hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas. Os fatores podem interagir em diferentes formas, dando início ao surgimento do câncer, mas as causas externas representam entre 80% e 90% dos casos, onde as mudanças do meio ambiente provocadas pelos seres humanos contribuem para o aumento do risco de câncer. Esses fatores de risco ambientais de câncer alteram a estrutura genética (DNA) das células e são denominados cancerígenos ou carcinógenos.¹⁴

O envelhecimento natural do ser humano também torna as pessoas mais vulneráveis ao processo cancerígeno, devido a mudanças nas células e a exposição por mais tempo aos diversos fatores de risco para câncer.¹⁵

Cuidados Paliativos

O primeiro relato a respeito de cuidados paliativos vem do século IV, na Europa, onde existiam locais situados ao longo das rotas mais

¹² MUKHERJEE, 2012, p. 68.

¹³ JEMAL et al., 2014, p. 94.

¹⁴ INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Causas e prevenção: O que causa o câncer?* 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-causa-cancer>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

¹⁵ INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. 2022.

percorridas pelos peregrinos e viajantes, que faziam o cuidado ao enfermo até a morte, com ênfase especial no bem-estar espiritual, pois não havia muitos cuidados medicinais a oferecer.¹⁶

A palavra *hospice* como local somente para cuidado dos que estão morrendo surgiu em Lyon, na França, em 1842, pela Mme. Jeanne Garnier, que fundou vários *hospices* através da comunidade da ordem religiosa *As Damas do Calvário*, e que, depois, espalharam-se para outros países. Os *hospices* se especializaram nos cuidados ministrados às pessoas doentes acometidas de enfermidades severas e evolutivas, principalmente o câncer, e àquelas cujo tratamento curativo não era mais possível. Já, a precursora dos cuidados paliativos foi Cicely Saunders, médica que trabalhou no Saint Joseph Hospice, na Inglaterra, no fim da década de 1950, e pesquisou métodos para alívio da dor e introduziu a ideia da administração da morfina por via oral, de forma regular e preventiva, e assim, pacientes podiam permanecer conscientes e sem dor. Suas pesquisas também ajudaram a compreender um pouco o sofrimento das pessoas doentes, suas angústias físicas, pessoais e espirituais, e os efeitos sobre suas famílias, proporcionando a expansão do conceito de cuidado.¹⁷

Em 1967, a médica psiquiatra de origem suíça, Elizabeth Kübler-Ross iniciou um trabalho com pessoas que estavam morrendo, o que revolucionou o caminho dos e das que cuidam desses ou dessas pacientes, principalmente diante de uma sociedade que se recusa a se reconhecer como mortal, e que marginaliza aquelas pessoas que se aproximam da morte. Vale ressaltar que ela realizou um lindo trabalho com pacientes com Aids, mas sofreu retaliações e ameaças, como a sua casa incendiada, onde perdeu tudo e até mesmo suas pesquisas. Mas como mulher forte que era, não se deixou abalar e continuou a sua missão de cuidar de pessoas que estavam morrendo.¹⁸

O termo “paliativo” deriva da palavra latina *pallium*, que significa capa, manto. Essa etimologia aponta para a essência dos cuidados paliativos:

¹⁶ FERRIAN, Andréa Malta; PRADO, Bernard Lobato. *Manual de oncologia clínica do Brasil: cuidados paliativos*. São Paulo: Dendrix Edição e Design Ltda., 2017. p. 2.

¹⁷ SALTZ, Ernani; JUVÉR, Jeane. *Cuidados paliativos em oncologia*. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio, 2008. p. 14-15.

¹⁸ SALTZ; JUVÉR, 2008. p. 16.

aliviar os efeitos das doenças incuráveis, buscando integrar as diferentes dimensões do cuidado físico, psicológico, social e espiritual, de tal modo a facilitar a pacientes não somente um morrer em paz, mas, também, um viver ativo, na medida do possível, até o momento final.¹⁹

A partir da filosofia de conforto, abrigo e assistência integral ao ser humano, surgiu o que hoje chamamos de cuidados paliativos, cujos princípios são:

Afirmar a vida e encarar a morte como um processo normal; não adiar nem prolongar a morte; prover alívio de dor e de outros sintomas, integrando os cuidados, oferecendo suporte para que os pacientes possam viver o mais ativamente possível, ajudando a família e cuidadores no processo de luto.²⁰

No Brasil, foi fundada, em São Paulo, em 1997, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, com o objetivo de divulgar tal prática e agregar os serviços de cuidados paliativos que já existiam e padronizá-los. Em 2005, os Cuidados Paliativos deram um salto institucional enorme com a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, e em 2009, o Conselho Federal de Medicina incluiu, em seu novo Código de Ética Médica, os Cuidados Paliativos como princípio fundamental.²¹

A medicina paliativa é uma especialidade médica que tem como objetivo o efetivo controle dos sintomas angustiantes, surgindo como uma forma de cuidado total com pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo.²²

Os cuidados paliativos visam assegurar, às pessoas doentes, as condições que as capacitem e as encorajem a viver suas vidas de uma forma útil, produtiva e plena, até o momento de sua morte.²³ Os cuidados paliativos

¹⁹ MATTOS, Sérgio Luiz do Logar; AZEVEDO, Mauro Pereira de; CARDOSO, Mirlane Guimarães de Melo; NUNES, Rogean Rodrigues. *Dor e cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia/SBA, 2018. p. 131.

²⁰ SANTOS, 2009, p. 260.

²¹ ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *ANCP e cuidados paliativos no Brasil*. Disponível em: <<https://www.paliativo.org.br>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

²² SALTZ; JUVER, 2008. p. 17.

²³ SANTOS, 2009. p. 106.

querem recuperar a Medicina, que vê o ser humano como um todo e o respeita desta maneira.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) redefiniu o conceito de cuidados paliativos:

Cuidados paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.²⁴

Para Leo Pessini e Luciana Bertachini, os “cuidados paliativos iniciam-se a partir do entendimento de que cada paciente tem sua própria história, relacionamentos, cultura e que merece respeito como um ser único e original”.²⁵ Esse respeito inclui proporcionar cuidados médicos, de forma que todos tenham chance de viver bem o tempo que lhes resta.

A mensagem dos cuidados paliativos é que em qualquer que seja a doença, não importa quão avançada esteja ou quais tratamentos já tenham sido recebidos, há sempre algo que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida que resta à pessoa doente.

Os cuidados paliativos não atuam somente no controle dos sintomas, mas atingem dimensões biopsicossociais e espirituais, oferecendo atenção tanto aos problemas físicos, como psicológicos, espirituais e sociais de pacientes e de suas famílias de forma muito ativa. Para isso, é de extrema relevância a *multi, inter e transdisciplinaridade*, onde o diálogo entre disciplinas e o trabalho em equipe buscam a homogeneidade dos objetivos a serem atingidos.²⁶

A questão crucial em cuidados paliativos é a qualidade de vida em questão, e não apenas o tempo atribuído a ela. A Organização Mundial

²⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition of palliative care*. OMS 2002. Disponível em: <www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Acesso em: 12 mar. 2022.

²⁵ PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana. *O que entender por cuidados paliativos?* São Paulo: Paulus, 2006. p. 362.

²⁶ SANTOS, 2009, p. 17; 18; 31-34.

de Saúde (OMS) enfatiza que o “tratamento ativo”²⁷ e o tratamento paliativo não são mutuamente excludentes, e propõe que sejam introduzidos, gradualmente, como um dos componentes dos cuidados de cada paciente. Essa forma de abordagem, contínua e concomitante com o diagnóstico, e o tratamento até a morte, tem sido reconhecida como extremamente benéfica, especialmente em pacientes com câncer.²⁸

Tradicionalmente, os cuidados paliativos eram vistos como aplicáveis, exclusivamente, quando a morte era iminente. Modificando esse paradigma, hoje, são oferecidos, no estágio inicial do curso de uma determinada doença progressiva, avançada e incurável.²⁹

Existem algumas barreiras na atuação dos cuidados paliativos como: encaminhamento tardio de paciente com consequentes dificuldades em controlar sintomas; inúmeras tentativas de tratamento com aumento do sofrimento e estresse; relutância em encaminhar, por não acreditar ou não entender o papel dos cuidados paliativos; esperança não realista, por parte de paciente e da família, em relação à evolução da doença; não concordância entre a família e paciente quanto ao tratamento; comunidades rurais sem acesso aos serviços médicos; pobreza extrema; entre outros.³⁰

Com os avanços tecnológicos, podemos contar com maior sobrevida, mas essa deve ser com qualidade e que não seja um prolongamento desnecessário a qualquer custo. Os domínios de qualidade, no final da vida, sob a perspectiva de pacientes são: o controle adequado dos sintomas; evitar o prolongamento impróprio do processo de morrer; alcançar um sentido de paz espiritual; alívio da angústia e fortalecimento dos relacionamentos com entes queridos.³¹

²⁷ Tratamento ativo é aquele no qual, após ter sido feito o diagnóstico, inicia-se a terapia específica para doença, com o objetivo de prolongar a sobrevida. Esse período termina com a cura ou remissão definitiva da doença.

²⁸ SANTOS, 2009, p. 19.

²⁹ SEPULVEDA, C. *Los cuidados paliativos: perspectiva de la Organización Mundial de la Salud*. Dolentium, v.58, n. 1, 2005. p. 16-19.

³⁰ SANTOS, 2009, p. 22.

³¹ MELO, Ana Georgia Cavancanti de; CAPONERO, Ricardo. *Cuidados paliativos: abordagem contínua e integral*. Apud SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 257.

História da Capelania Hospitalar

O termo “capelania” é derivado do latim *capella*. A origem desse termo se dá a partir da história do soldado Martinho de Tours (316-397 d.C.) que era um oficial da cavalaria do exército romano. Segundo André Antunes, Martinho entrava na cidade de Amiens, no norte da França, num inverno rigoroso, quando encontrou um pobre que suplicava por ajuda; então, rasgou sua capa de militar ao meio com sua espada e doou parte dela ao mesmo; depois, vestiu-se com a outra metade. Na noite seguinte, Martinho sonhou com Jesus Cristo vestido com a capa que cobrira o pobre homem. Após essa experiência, ele foi batizado, tornando-se um cristão, e seguiu a carreira eclesiástica. A capa repartida com o mendigo se transformou numa relíquia, após a morte do soldado, e o fez bispo Martinho de Tours; a capa, em tempos de guerra, era guardada numa tenda específica montada no acampamento militar. Nessa tenda, havia um sacerdote responsável pelo serviço religioso e aconselhamento, que era chamado de capelão. Em tempos de paz, o capelão se tornou sacerdote do reino. O exercício do capelão se expandiu até Roma e também a outras instituições, como parlamentos, colégios, cemitérios e prisões. Em meados do século XIII, os princípios morais e sagrados do ofício dos capelães foram instituídos numa base firme na lei, com a emissão de uma bula papal, em 1238, pelo Papa Gregório IX.³²

Com a Reforma, em 1517, surgiu o primeiro capelão militar protestante, Ulrico Zuinglio, seguido pelo escocês João Knox que foi capelão real, em 1549. Assim como o teólogo Friedrich Schleiermacher que se tornou capelão hospitalar, na cidade de Berlim, em 1796.³³

A institucionalização da capelania hospitalar começa a surgir no início do século XIX, nos Estados Unidos e na Inglaterra, com exasperada discussão sobre psicologia pastoral. Washington Gladden, pastor congregacional de Columbus, Estado de Ohio, suplicou pela cooperação

³² ANTUNES, André. A vida de São Martinho: estudo introdutório, tradução e comentário. 2014. *Dissertação (Mestrado)* – Universidade de Coimbra, Portugal. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10316/27980>>. Acesso em: 12 mar. 2022. p. 28.

³³ SANTOS, Iveraldo Ferreira dos. *Capelania cristã: oportunidades, desafios e relevância social*. Curitiba: A. D. Santos Editora, 2017. p. 31.

entre líderes religiosos e a classe médica, e notabilizou os vínculos entre saúde mental e saúde física. Na virada para o século XX, profissionais de psicologia, teologia e medicina discutiam sobre “cura para todos”, onde o objetivo era buscar saúde para o ser humano integral. Anton Boisen (1876-1966), capelão do Hospital Estadual de Worcester, em Massachusetts, foi o fundador do treinamento pastoral clínico, pois introduziu estudantes de teologia num hospital psiquiátrico. Leslie Weatherhead (1893-1976) foi outro grande personagem principal do movimento, pois firmou as atividades de capelania hospitalar, além de criar, na Inglaterra, seminários de debates envolvendo teologia, psicologia, medicina e psicanálise.³⁴

No Brasil, a função da capelania iniciou-se com a Igreja Católica, em 1858, também na área militar, com o nome de Repartição Eclesiástica, mas foi abolida, em 1899. No dia 7 de julho de 1825, foi lavrado o Decreto Imperial que instituiu o cargo de capelão-mor, o que evidenciou o fato de que o reconhecimento dos sacerdotes com os militares se assegurou com o uso de uniforme. Somente na Segunda Guerra Mundial, em 1944, a capelania foi restabelecida com o nome de Serviço de Assistência Religiosa (SAR). Nessa mesma época, foi instituída a Capelania Evangélica com a assistência dos capelães evangélicos João Filsen Soren (1908-2002) e Juvenal Ernesto da Silva (1907-1997), na FEB (Força Expedicionária Brasileira).³⁵ A história da capelania hospitalar é concomitante com a da medicina, com os sacerdotes-médicos. Segundo Walesca Paixão, Inhotep, por volta do ano 3000 a.C., no Egito, é considerado o primeiro médico da história antiga. De acordo com registros no papiro de Leide, a medicina egípcia buscava unificar às práticas religiosas conhecimentos científicos.³⁶ Conforme as práticas médico-religiosas existiam leis que orientavam a hospitalidade e assistência aos desamparados. Na Índia, entre 1400 a.C. e 1200 a.C., a medicina era privilégio exclusivo

³⁴ FERREIRA, Damy; ZITI, Mário Lizwaldo. *Capelania Hospitalar cristã: manual didático e prático para capelães*. Santa Bárbara d'Oeste, SP: SOCEP Editora, 2010. p. 38.

³⁵ MACEDO, Josué Campos apud ALVES, Gisleno Gomes de Faria. *Manual do capelão: teoria e prática*. São Paulo: Hagnos, 2017. p. 72.

³⁶ PAIXÃO, Waleska. *História da enfermagem*. 5 ed. Rio de Janeiro: Julio C. Reis Livraria, 1979. p. 20.

dos sacerdotes que ensinavam aos aprendizes orações e fórmulas mágicas para curar doenças e epidemias. Na Assíria e Babilônia, segundo o código de Hamurabi (2100 a.C.), a medicina era fundamentada na religião, e acreditava-se que as doenças eram causadas por demônios. Os chineses também atribuíam um caráter religioso às suas experiências médicas e os templos eram cercados de jardins com plantas medicinais.³⁷ Dentre os povos antigos, os judeus propunham, na qualidade de dever sagrado, o cuidado de acordo com prescrições sanitaristas como profilaxias e desinfecções, como, também, a proteção de órfãos e viúvas e a hospitalidade aos estrangeiros, que podem ser verificadas em Levíticos 13.2-3:

Quando um homem tiver na pele de sua carne, inchação, ou pústula, ou mancha lustrosa, na pele de sua carne como praga da lepra, então será levado a Arão, o sacerdote, ou a um de seus filhos, os sacerdotes. E o sacerdote examinará a praga na pele da carne; se o pelo na praga se tornou branco, e a praga parecer mais profunda do que a pele da sua carne, é praga de lepra; o sacerdote o examinará, e o declarará por imundo.³⁸

E em Deuteronômio 15.11: “Pois nunca deixará de haver pobre na terra; pelo que te ordeno, dizendo: livremente, abrirás a tua mão para o teu irmão, para o teu necessitado, e para o teu pobre na tua terra”.³⁹

A palavra hospital deriva do latim “*hospitalis*”, que, em sentido etimológico, significa “lugar onde se hospedavam enfermos, viajantes e peregrinos”.⁴⁰

Na Índia, entre 273 a.C. e 232 a.C., foi construído um dos hospitais relevantes pelo rei Asok, e no século VI, Buda designou médicos para dez vilas e construiu hospitais para aleijados e pobres. Em 437 a.C., Hipócrates fez os templos assumirem características de hospitais.⁴¹

³⁷ PAIXÃO, 1979, p. 23.

³⁸ BÍBLIA ONLINE. Levítico 13. Almeida Corrigida Fiel. Disponível em: <<https://www.bibliaonline.com.br/acf/lv/13>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

³⁹ BÍBLIA ONLINE. Deuteronômio 15. Almeida Corrigida Fiel. Disponível em: <<https://www.bibliaonline.com.br/acf/lv/13>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

⁴⁰ FERREIRA e ZITTI, 2010, p. 42.

⁴¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *História e evolução dos hospitais*. 2 ed. Rio de Janeiro: 1965. p. 12.

Na era cristã, Constantino, em 335, ordenou o encerramento de hospitais pagãos e fomentou a abertura de hospitais cristãos. Entre os séculos IV e V, houve um grande progresso de hospitais. Após o Edito de Milão, as virtuosas romanas transformaram seus palácios em hospitais, e o primeiro, fundado em Roma, foi o de Fabiola. São Bento, o pai dos monges do Ocidente, que viveu no século VI, foi o organizador dos mosteiros beneditinos que se espalharam pela Itália, França, Inglaterra e Alemanha. Na direção dos conventos femininos, estavam as abadessas, que, também, contribuíram para o progresso dos hospitais com os cuidados dispensados às pessoas doentes. Com o início das Cruzadas, no século XI, foram fundados dois hospitais em Jerusalém: o de São João, para homens, e o de Santa Maria Madalena, para mulheres. Com a expulsão dos cristãos de Jerusalém, os cavaleiros transferiram o hospital para Rodes, e depois, para a Ilha de Malta, sendo este luxuoso e com mil leitos. A partir do século XII, com o incentivo ao combate à lepra, surgiram as instituições Franciscanas. Durante a Idade Média, a Europa foi acometida por três horríveis pestes: lepra, sífilis e peste bubônica. Os hospitais passaram por sérias deficiências devido à escassez de doativos, como falta de alimentação, roupas e leitos; sem contar que, após a Reforma Protestante, as religiosas foram expulsas dos hospitais, acarretando outro grave problema, pois não havia mão-de-obra para o cuidado às pessoas doentes. Pouco a pouco, a decadência se tornou quase que geral, quebrando a unidade da Igreja e abrindo novos rumos com as Confrarias de Misericórdia, no século XVI, que, com apoio dos poderes públicos, fundaram a Santa Casa de Misericórdia. Tudo isso contribuiu para o progresso da medicina e das ciências, com escolas anexas aos hospitais. O surgimento do hospital como lugar especializado da tecnologia de tratamento e cura é fato relativamente recente – final do século XVIII.⁴²

Uma característica marcante da medicina, no século XX, foi sua transformação em ciência, e seu apelo cada vez maior para uso de tecnologia e farmacologia cada vez mais sofisticadas. É o paradigma tecnocientífico dos hospitais que abraçam ganhos inegáveis, mas, em contrapartida,

⁴² ORNELLAS, Cleuza Panisset. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 51, n. 2, p. 253-262, abr./jun., 1998. p. 255.

há um sofrimento humano e despersonalização da pessoa enferma, que não pode ser negado. Dessa forma, o hospital passa a ser percebido como um ambiente hostil, caracterizado como um local de isolamento, incertezas, ameaças, sofrimento e morte, concretizando assim o estar doente.⁴³

Com a expansão do capitalismo, nova transformação acontece nos hospitais, como o aumento dos custos dos serviços hospitalares, tornando-o um espaço dinâmico e produtivo, de uso especializado e temporário; passando de um lugar de recolhimento e abrigo, na Idade Média, para um lugar de realização de lucros, de sacerdócio, transforma-se, gradativamente, em negócio. É o paradigma comercial-empresarial dos hospitais que prioriza a doença, em nome da geração de lucro. A promessa de saúde é uma isca boa para atrair clientes, mas o que rende, mesmo, é a doença.⁴⁴

Com a profissionalização e a evolução do paradigma tecnocientífico dos hospitais, o modelo empresarial de administração hospitalar começa a se implantar, mesmo no sistema estatal de assistência à saúde.

O paradigma benigno-humanitário dos hospitais tem a ver com seu valor funcional que é a dignidade do ser humano e respeito pelos direitos humanos, onde a pessoa deve ser considerada em primeiro lugar. É curar as doenças sem esquecer que o foco é a pessoa doente; é cuidar de seu bem-estar, e para isso, a capelania hospitalar tem seu importante papel.⁴⁵

Importância da Capelania Hospitalar

O ser humano é vulnerável e dependente de outros para o seu bem-estar integral. A enfermidade é uma experiência comum à humanidade, ocasionando uma perda da constância do bem-estar, como também atingindo toda a família, desestruturando-a. Essa instabilidade pode prejudicar a reação da pessoa enferma ao tratamento e sua qualidade de vida.

A pessoa doente tem suas crenças e valores abalados e postos à prova, o que pode afetar todo o tratamento clínico, se refletindo na escolha

⁴³ NEME, Carmen Maria Bueno (org.). *Psico-oncologia: caminhos e perspectivas*. São Paulo: Summus Editorial, 2010. p. 70.

⁴⁴ ORNELLAS, 1998, p. 260.

⁴⁵ MEZZOMO, Augusto A. et al. *Fundamentos da Humanização Hospitalar: uma visão multiprofissional*. Local: Editora, 2003. p. 255.

do paciente de aderir ou não ao mesmo, e também, a força e a esperança para lutar contra a doença.⁴⁶

A missão da capelania é oferecer assistência espiritual nos hospitais, e esta é assegurada conforme dispositivo legal encontrado na Lei 9.982 de 2000:

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.⁴⁷

A Capelania Hospitalar constitui-se em um ministério de apoio, fortalecimento, aconselhamento e consolação junto a pessoas enfermas e familiares, bem como a todas as pessoas colaboradoras do hospital.

Segundo Mateo Bautista, consiste em levar conforto em horas de angústia, incerteza, aflição e desespero, e compartilhar o amor de Deus, por meio de atitudes concretas, como presença, gestos, palavras, orações, textos bíblicos, música, silêncio, celebrações litúrgicas e ministração dos sacramentos.⁴⁸

Eleny Vassão de Paula Aitken explica:

Ao visitar os pacientes, ouvindo-os com paciência, discernimento e amor, notaremos que as suas maiores dores não são físicas, por

⁴⁶ CONSELHO PRESBITERIANO DE CAPELANIA. Disponível em: <<http://cpcipb.org.br/capelania-hospitalar/>>. Acesso em: 02 set. 2018.

⁴⁷ BRASIL. Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, e dá outras providências. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-9982-14-julho-2000-360444-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

⁴⁸ BAUTISTA, Mateo. *O que é Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulinas, 2000. p. 38.

maior que seja o ferimento ou a extensão de seus tumores. Eles sempre confessam ter uma dor na alma que nenhum medicamento pode aliviar ou curar. Sofrem de complexo de culpa, de ódio, de desejo de vingança, de solidão e de muitos outros problemas emocionais e espirituais que causaram suas doenças ou que estão ajudando a complicá-las.⁴⁹

No Brasil, a capelania hospitalar passa por crescimento e estruturação, ainda que o treinamento e a prática do aconselhamento pastoral não estejam difundidos como ocorre na Europa e nos EUA. Em termos de formação/treinamento, há, nos EUA, o que se chama de *Pastoral Counseling* seguindo o modelo de *Clinical Pastoral Training*,⁵⁰ que passa a ser conhecido como *Klinische Seelsorge Ausbildung* no modelo do contexto europeu.⁵¹ A tradução mais próxima para o português seria: Formação em Aconselhamento Pastoral Clínico/Hospitalar. A formação oferece uma mistura de teoria com prática e discussão e análise de protocolos de visitação. São formações intensivas, geralmente de 8 semanas, que ocorrem junto a instituições de cuidado à saúde. O aconselhamento pastoral hospitalar é entendido como uma intervenção de cunho da psicologia pastoral, com ênfase na busca de sentido de vida, a serviço da Igreja.⁵² Pela forma secular que a igreja, no contexto da Alemanha, se desenvolve, ela entende o trabalho pastoral em Hospitais como uma opção para as outras pessoas. Com isso, o atendimento não é confessional, mas sim de cunho inter-religioso.⁵³

É importante destacar também a valorização dos capelães nos EUA e na Europa como profissionais remunerados que fazem parte da equipe

⁴⁹ AITKEN, Eleny Vassão de Paula. *No leito da enfermidade*. 7 ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2013. p. 63.

⁵⁰ Surge em 1925 nos EUA. GESTRICH, Reinhold. Aus- und Fortbildung für Krankenhausseelsorge. In: KLESSMANN, Michael (Hg.). *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1996. p. 261.

⁵¹ WINKLER, Klaus. *Seelsorge*. 2., verbesserte und erweiterte Auflage. Berlin; New York: de Gruyter, 2000. p. 47.

⁵² WINKLER, 2000, p. 48.

⁵³ KLESSMANN, Michael. Ausblick: Krankenhausseelsorge als Dienst der Kirche in der pluralen Gesellschaft. In: KLESSMANN, Michael (Hg.). *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1996. p. 274.

interdisciplinar de assistência ao paciente, tendo acesso, inclusive, ao seu prontuário médico, no qual registram suas visitas, avaliações, intervenções e as demais atividades de assistência espiritual, sendo essa uma ação rotineira dentro dos hospitais tanto no sistema público como particular e estes ainda investem na formação, treinamento e aprimoramento constantes dos capelães. Isto ainda não ocorre no Brasil e os capelães buscam o devido reconhecimento de sua profissão e encontram dificuldades de acesso a cursos e processos de formação e capacitação na área.⁵⁴

Aqui, no Brasil, é em menor proporção que a capelania hospitalar, funciona como um departamento criado e organizado pelo próprio hospital, com ações religiosas definidas e desenvolvidas “de dentro para dentro”, conforme interesse, proposta e necessidade da instituição. Nesses casos, existe uma pessoa capelã hospitalar responsável, que pode ser sacerdote, ministra religiosa, com formação em Teologia e especialização em Capelania Hospitalar, Aconselhamento e Cuidado Pastoral, Clínica Pastoral ou Psicologia Pastoral.⁵⁵ Porém, seu crescimento é desfavorecido, devido a diversos fatores como a subjetividade de seu “objeto” de ocupação, a humanização como objeto ainda de um discurso, a cientificidade do ambiente hospitalar, a falta de formação específica e a consequente falta de pessoas capelãs qualificadas. Por outro lado, os hospitais que contam com esse serviço organizado são mais bem-conceituados junto à clientela, por terem uma visão de cuidado integral a pacientes, familiares e profissionais de saúde.

Infelizmente, aqui, no Brasil, a capelania hospitalar desenvolve-se, predominantemente, através de inserções pontuais ou isoladas de pessoas que são membros ou grupos de comunidades religiosas motivadas pela fé individual ou doutrina da igreja. São ações de “fora para dentro”⁵⁶, o que pode ocasionar alguns problemas sérios para a instituição hospitalar, devido à falta de preparo das mesmas para esse serviço.

⁵⁴ FRANCISCO, Daniel Pereira et al. Contribuições do serviço de capelania ao cuidado de pacientes terminais. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2015, Jan-Mar; 24(1). p. 213.

⁵⁵ SILVA, Alexandro C. A. Capelania Hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico. *Dissertação (Mestrado)* – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2010. p. 30.

⁵⁶ FELTZ, Deolindo. *Câncer e espiritualidade*. São Leopoldo: Sinodal, 2018. p. 70.

Um desses sérios problemas, e que é altamente antiético, é o proselitismo. A função dos capelães não é denominacional, nem deve ter como objetivo a preocupação em converter pessoas.⁵⁷

Considerando que a capelania hospitalar vem se tornando um serviço emergente nas instituições de saúde brasileiras, carece da implantação de uma organização ou instituição formal como já instalada em outros países.

Atuação da Capelania Hospitalar

Segundo Paul Rosseau, a morte é um percurso enigmático, progressivo, natural e absoluto da vida, e a espiritualidade, a ajuda que leva a pessoa a encontrar esperança no meio de um certo desespero que se instala, ao se abeirar desta fase inevitável.⁵⁸

Portanto, a essência da capelania hospitalar nos cuidados paliativos oncológicos é espiritual, pois ousa transcender o sofrimento humano e a morte, dando a ela um significado. A atenção aos aspectos espirituais em cuidados paliativos tem tanta relevância que chega a ser colocado como maior indicador de boa assistência a pacientes, no final da vida.⁵⁹ Assim, o envolvimento religioso positivo e espiritual está associado a uma vida mais longa e saudável e a um sistema imunológico mais eficaz.⁶⁰ Por outro lado, tem-se demonstrado que o estresse religioso negativo pode piorar o estado de saúde.⁶¹ Fica o desafio, na capelania hospitalar, de identificação e avaliação de questões espirituais importantes para a pessoa doente e sua família, providenciando o suporte adequado para tal.

⁵⁷ SANTOS, 2017, p. 44.

⁵⁸ ROSSEAU, Paul. Spirituality and the dying patient. *Journal of Clinical Oncology*, 18(9), 2000. p. 2000.

⁵⁹ WILLIAMS, A.L. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliat. Support. Care*, v. 4, n. 4, 2006. p. 407-417.

⁶⁰ MUELLER, P.S.; PLEVAK, D.J.; RUMMANS, T.A. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin. Proceed.*, v. 76, n. 12, 2001. p.1225-1235.

⁶¹ KOENIG, H.G.; PARGAMENT, K.I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J. Nervous Mental Dis.*, v.186, n.9, 1998. p. 513-521.

Como Cicely Saunders diz, “o sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida”.⁶² O capelão ou a capelã deve ajudar a pessoa enferma a desenvolver um relacionamento com o divino e encontrar um sentido para sua vida, independente das circunstâncias. E isso pode se dar através do cuidado.

Para Boff, a essência do ser humano se encontra basicamente no cuidado. É no cuidado que reside o *ethos* fundamental do ser humano, pois a partir dele os nossos gestos e atitudes são moldados e fazem da vida, das relações, dos valores, princípios e atitudes um bem-viver. Cuidar é “uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”.⁶³

De acordo com Marie de Hennezel e Jean Yves Leloup, a pessoa em sofrimento, necessita de cuidados de conforto e de ter alguém com quem falar e que a saiba ouvir. Assim, a sua expectativa será a de ser “aliviada de suas dores e receber a escuta e a atenção, que podem preencher a necessidade de presença e apaziguar a sua angústia”.⁶⁴

Através da capelania hospitalar nos cuidados paliativos, o cuidado acontece na interação com pessoas em situações de extremo sofrimento e fragilidade, buscando contribuir com a presença (o estar junto), da relação direta, do ouvir atentamente, da conversação e de outras formas de comunicação.⁶⁵ É importante salientar que o papel do capelão ou da capelã não se caracteriza por conselhos, mas por relação de ajuda. A ajuda é uma somatória de quatro dimensões: disponibilidade, afetividade, habilidades técnicas e habilidades interpessoais.⁶⁶

O capelão ou a capelã deve trazer alívio do peso dos problemas sendo uma pessoa ouvinte compreensiva; possibilitando a vazão de sentimentos num relacionamento de apoio; como pessoa ajudadora que não assume a posição de juiz.⁶⁷ Ouvir a outra pessoa, numa atitude de escuta,

⁶² SAUNDERS, Cicely. *Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach*. London: Edward Arnold, 1991. p. 116.

⁶³ BOFF, 2008, p. 11-14; 33; 102.

⁶⁴ HENNEZEL, Marie de; LELOUP, Jean Yves. *A Arte de Morrer*. Lisboa: Casa das Letras, 2001. p. 68.

⁶⁵ SCHNEIDER-HARPPRECHT, 2005, p. 292.

⁶⁶ FELDMAN, Clara apud OLIARI, 2008, p. 85.

⁶⁷ HURDING, 2013, p. 35.

requer todos os sentidos, não apenas a audição. É abrir-se para a outra pessoa, ouvir sua fala, seu corpo, suas dores, suas emoções, seus sentimentos, seus pensamentos, seus desejos, seu coração, olhar nos olhos da pessoa que fala e manter sua mente atenta a ela.

O acolhimento e a compreensão podem ser colocados como condições primordiais na capelania hospitalar. Acolhimento como ato de receber, acolher, reconhecer e compreender a outra pessoa como um ser legítimo, único, que não se repete, isto é, não há ninguém igual no mundo. Pode, sim, guardar semelhanças com outras pessoas, mas mantém sua individualidade e sua forma peculiar de ser. É necessário que o capelão ou a capelã se despoje de seus julgamentos, pratique a empatia buscando se colocar no lugar da outra pessoa para, desse lugar, acolher.

Quando se acolhe a pessoa como ser único e irrepetível, ela deve ser respeitada como tal. Respeitar significa aceitar que a outra pessoa pense, sinta e aja diferente de quem a acompanha. Significa cuidar com carinho, com atenção direcionada, com um olhar que envolve e aquece sem restrições. Ser olhado é ser visto, e ser visto é ser reconhecido.

A empatia “envolve um estado de identificação profunda das personalidades, em que uma pessoa se sente tão dentro da outra que chega a perder temporariamente sua identidade”.⁶⁸ O processo de empatia é misterioso e espiritual, pautado no amor, respeito e validação da outra pessoa em que o capelão ou capelã é capaz de pensar, vivenciar e sentir as mesmas emoções, dores, ideias e sensações. É desse estado profundo de identificação que emergem os sentimentos de compreensão e compaixão.

A tríade essencial de qualidades para a capelania hospitalar eficaz é: autenticidade, receptividade com distanciamento e empatia apurada.⁶⁹ Autenticidade no sentido do capelão ou da capelã ser coerente como indivíduo, com suficiente autoconsciência para enxergar as próprias fraquezas e com certo grau de transparência nos relacionamentos.⁷⁰ Receptividade com distanciamento no sentido de “consideração positiva incondicional”, ou seja, sentir interesse e respeito, mas, também, ser capaz de expressar uma consideração positiva, tanto verbalmente como com

⁶⁸ MAY, Rollo. *A arte do aconselhamento psicológico*. Petrópolis: Vozes, 1976. p. 65.

⁶⁹ Charles Truax e Robert Carkhuff apud HURDING, 2013, p. 40.

⁷⁰ ROGERS, Carl R. *Tornar-se pessoa*. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009. p. 89.

manifestações faciais, contato visual, gestos e silêncios. Já, o distanciamento deve ser entendido como isenção de juízo e não manipulador.⁷¹ Empatia apurada abrange a suficiente identificação com a outra pessoa, a fim de sentir algo de sua aflição ou desespero, ou seja, estar na “pele da outra pessoa”. Às vezes, o capelão ou capelã sente empatia imediatamente, porque também sofreu e aprendeu com o seu sofrimento, sendo uma pessoa “missionária do consolo”.

Na capelania hospitalar a pacientes paliativos oncológicos, deve-se oferecer amparo e consolo; sustento e nutrição espiritual; prover sentido realista, não alimentando fantasias, e sim, despertando sentido e uma esperança realista.⁷²

Escutar pessoas que se defrontam com a morte é um grande desafio na capelania hospitalar nos cuidados paliativos porque muitos capelães experimentam, também, crises existenciais e podem não dar conta de sua condição mortal e perecível. Para se obter êxito, é de extrema importância o autoconhecimento e uma reflexão profunda sobre sua vida e sua própria finitude.

O capelão ou a capelã nos cuidados paliativos também deve ser a pessoa facilitadora no processo de despedida. O aconselhamento a pessoas, diante da morte, é um dos acontecimentos mais íntimos e deve auxiliá-las nesse processo, que Elizabeth Kübler-Ross chama de *decatexia*, onde a pessoa que está morrendo precisa, aos poucos, desinvestir emocionalmente da vida, interiorizando-se cada vez mais. Esse é um exercício de abnegação e entrega, de realização espiritual plena.⁷³

Conclusão

A capelania hospitalar nos cuidados paliativos a pacientes oncológicos deve estabelecer um laço entre a vida presente e a morte anunciada,

⁷¹ Carl Rogers apud HURDING, 2013, p. 42.

⁷² CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento Pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento*. 5 ed. São Leopoldo: EST/Sinodal, 2011. p. 179.

⁷³ LUZ, Rodrigo; BASTOS, Daniela Freitas. *Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer: o legado de Elizabeth Kübler-Ross para os nossos dias*. São Paulo: Summus, 2019. p. 40.

auxiliando pacientes a encontrarem forças para enfrentar esse difícil momento e paz necessária para continuar vivendo, plenamente e intensamente, o tempo que lhe resta.

Os serviços hospitalares tornam-se mais humanos e sensíveis com a presença da capelania que leva conforto espiritual tanto a pacientes quanto a seus familiares através de pessoas que exercem a capelania, preparadas e qualificadas para levar conforto, consolo, esperança e ajudar pessoas a morrer em paz, com respeito e amor incondicional.

A morte se torna um ato vivido com dignidade. Acompanhado pelas pessoas mais queridas e cercado de cuidado multidisciplinar. A capelania hospitalar com pacientes oncológicos em cuidados paliativos tem como função auxiliar na passagem do terreno para o transcendente.

Referências

- AITKEN, Eleny Vassão de Paula. *No leito da enfermidade*. 7 ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2013.
- ALMEIDA, Lúcia V. et al. Câncer e agentes antineoplásicos, ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que integram com o DNA: uma introdução. *Química*, Nova Belo Horizonte, v. 28, n. 1, 2005. p. 118-129.
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *ANCP e cuidados paliativos no Brasil*. Disponível em: <<https://www.paliativo.org.br>>. Acesso em: 16 ago. 2019.
- ANTUNES, André. A vida de São Martinho: estudo introdutório, tradução e comentário. 2014. *Dissertação (Mestrado)* – Universidade de Coimbra, Portugal. 135 p. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10316/27980>>. Acesso em: 19 ago. 2018.
- BAUTISTA, Mateo. *O que é Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulinas, 2000.
- BELIZÁRIO, José E. O próximo desafio: reverter o câncer. *Ciência Hoje*, Departamento de Farmacologia – Universidade de São Paulo, v.31, n.184, 2002. p. 51-57.
- BOFF, Clodovis. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. 11 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

- CLINEBELL, Howard J. *Aconselhamento Pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento*. 5 ed. São Leopoldo: EST/Sinodal, 2011.
- FELTZ, Deolindo. *Câncer e espiritualidade*. São Leopoldo: Sinodal, 2018.
- FERREIRA, Damy; ZITI, Mário Lizwaldo. *Capelania Hospitalar cristã: manual didático e prático para capelães*. Santa Bárbara d'Oeste, SP: SOCEP Editora, 2010.
- FERRIAN, Andréa Malta; PRADO, Bernard Lobato. *Manual de oncologia clínica do Brasil: cuidados paliativos*. São Paulo: Dendrix Edição e Design Ltda., 2017.
- FRANCISCO, Daniel Pereira et al. Contribuições do serviço de capelania ao cuidado de pacientes terminais. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015, Jan-Mar; 24(1): 212-9.
- GESTRICH, Reinhold. Aus- und Fortbildung für Krankenhausseelsorge. In: KLESSMANN, Michael (Hg.). *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1996.
- HENNEZEL, Marie de; LELOUP, Jean Yves. *A arte de morrer*. Lisboa: Casa das Letras, 2001.
- HURDING, Roger F. *A Árvore da Cura: fundamentos psicológicos e bíblicos para aconselhamento cristão e cuidado pastoral*. São Paulo: Vida Nova, 1995.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Causas e prevenção: o que causa o câncer?* Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-causa-cancer>>. Acesso em: 19 fev. 2019.
- JEMAL, Ahmedin et al. *O Atlas do Câncer*. Tradução Hospital de Câncer de Barretos. 2 ed. Atlanta: American Cancer Society, 2014.
- KLESSMANN, Michael. Ausblick: Krankenhausseelsorge als Dienst der Kirche in der pluralen Gesellschaft. In: KLESSMANN, Michael (Hg.). *Handbuch der Krankenhausseelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1996.
- KOENIG, H.G.; PARGAMENT, K.I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J. Nervous Mental Dis.*, v. 186, n.9, 1998, p. 513-521.
- LUZ, Rodrigo; BASTOS, Daniela Freitas. *Experiências contemporâneas sobre a morte e o morrer: o legado de Elizabeth Kübler-Ross para os nossos dias*. São Paulo: Summus, 2019.

- MACEDO, Josué Campos apud ALVES, Gisleno Gomes de Faria. *Manual do capelão: teoria e prática*. São Paulo: Hagnos, 2017.
- MATTOS, Sérgio Luiz do Logar; AZEVEDO, Mauro Pereira de; CARDOSO, Mirlane Guimarães de Melo; NUNES, Rogean Rodrigues. *Dor e cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia/SBA, 2018.
- MAY, Rollo. *A arte do aconselhamento psicológico*. Petrópolis: Vozes, 1976.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA. ABC do Câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer, Rio de Janeiro, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *História e evolução dos hospitais*. 2 ed. Rio de Janeiro: 1965.
- MEZZOMO, Augusto A. et al. *Fundamentos da Humanização Hospitalar: uma visão multiprofissional*. Local: Editora, 2003.
- MUELLER, P.S.; PLEVAK, D.J.; RUMMANS, T.A. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin. Proceed*, v. 76, n. 12, 2001, p. 1225-1235.
- MUKHERJEE, Siddhartha. *O imperador de todos os males: uma biografia do câncer*. Tradução Berilo Vargas. São Paulo: Companhia das letras, 2012.
- NEME, Carmen Maria Bueno (org.). *Psico-oncologia: caminhos e perspectivas*. São Paulo: Summus Editorial, 2010.
- OLIARI, Anadir Thomé. *Aconselhamento: construindo relacionamentos significativos*. Curitiba: Eden, 2008.
- ORNELLAS, Cleuza Panisset. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 51, n. 2, abr./jun., 1998, p. 253-262.
- PAIXÃO, Waleska. *História da enfermagem*. 5 ed. Rio de Janeiro: Julio C. Reis Livraria, 1979.
- PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana. *O que entender por cuidados paliativos?* São Paulo: Paulus, 2006.
- ROGERS, Carl R. *Tornar-se pessoa*. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- ROSSEAU, Paul. Spirituality and the dying patient. *Journal of Clinical Oncology*. 2000, 18(9), p. 2000-2002.
- SALTZ, Ernani; JUVÉR, JEANE. *Cuidados paliativos em oncologia*. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio, 2008.

- SANTOS, Franklin Santana. *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- SCHNEIDER-HARPPRECHT, Christoph (Org.). *Teologia prática no contexto da América Latina*. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo, SP: ASTE, 2005.
- SEPULVEDA, C. Los cuidados paliativos: perspectiva de la Organización Mundial de la Salud. *Revista del Pontificio Consejo para la pastoral de la salud*. Dolentium Hominum, v. 58, n. 1, 2005.
- SILVA, Alexsandro C. A. Capelania Hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico. *Dissertação (Mestrado)* – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2010.
- SILVA, Célia Nunes. *Como o câncer (des)estrutura a família*. São Paulo: Annablume, 2000.
- WILLIAMS, A.L. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliat. Support. Care*, v. 4, n. 4, 2006, p. 407-417.
- WINKLER, Klaus. Seelsorge. 2., verbesserte und erweiterte Auflage. Berlin; New York: de Gruyter, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition of palliative care*. OMS 2002. Disponível em: <www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Acesso em: 02 jul. 2019.

Submetido em: 25/06/2022

Aprovado em: 02/12/2022