

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE E BIOCÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

SIMONI MARIA TEIXEIRA RICETTI

**BIOÉTICA E HUMANIZAÇÃO FRENTE AO VOLUNTARIADO E AO
ATENDIMENTO ESPIRITUAL HOSPITALAR**

CURITIBA

2015

SIMONI MARIA TEIXEIRA RICETTI

**BIOÉTICA E HUMANIZAÇÃO FRENTE AO VOLUNTARIADO E AO
ATENDIMENTO ESPIRITUAL HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética – PPGB – PUCPR – da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Waldir Souza

CURITIBA

2015

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

R497b Ricetti, Simoni Maria Teixeira
2015 Bioética e humanização frente ao voluntariado e ao atendimento espiritual
hospitalar / Simoni Maria Teixeira Ricetti ; orientador, Waldir Souza. – 2015.
189 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2015
Bibliografia: f. 160-169

1. Bioética. 2. Espiritualidade. 3. Humanização dos serviços de saúde.
I. Souza, Waldir. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de
Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola de Saúde e Biociências
Programa de Pós-Graduação em Bioética – Stricto Sensu

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 03/2015

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética

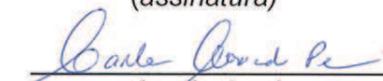
Aos quatro dias do mês de março do ano de dois mil e quinze, às oito horas, no Auditório Madre Leoni, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: "**Bioética e humanização frente ao voluntariado e ao atendimento espiritual hospitalar**", apresentada pela aluna **Simoni Maria Teixeira Ricetti**, sob orientação do **Prof. Dr. Waldir Souza** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguinte membros:

Prof. Dr. Waldir Souza,
PUCPR (Orientador e presidente)



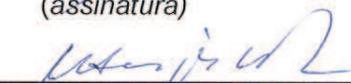
(assinatura)

Profª. Drª. Carla Corradi Perini
PUCPR (Examinador)



(assinatura)

Prof. Dr. Márcio Fabri dos Anjos
Centro Universitário São Camilo (Examinador)



(assinatura)

Início: 08:15 Término: 10:00

Conforme as normas regimentais do PPGB e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado APROVADA (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

Observações: a candidata fez uma boa apresentação sobre o seu texto, construído com ampla bibliografia; fez boa interação com a banca que lhe fez algumas observações e solicitações de correções, acolhidas em vista da entrega do texto final.

A aluna está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de ____ dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

ALUNO(A): Simoni Maria Teixeira Ricetti



(assinatura)



Prof. Dr. Mário Antonio Sanches
Coordenador do PPGB PUCPR

Dedico este trabalho a todos voluntários e agentes de cuidado espiritual que atuam como promotores e defensores da vida, dedicando seu precioso tempo no cuidado aos enfermos. Em especial, esta dissertação também é uma forma de expressar minha ternura a todos que estão acolhidos em ambiente hospitalar, passando por sofrimento e diversos tipos de dores. Espero que este trabalho possa contribuir para que vocês sejam respeitados na sua biografia e que o conforto espiritual que lhes seja passado, seja na forma de escuta, seja na forma de presença, seja na forma de palavra ajude-os no enfrentamento da doença, e se estiver na hora do seu encontro marcado, ajude-os no momento de despedida da sua vida.

AGRADECIMENTOS:

Agradeço primeiramente a Deus, autor da vida, que é paz, que é bondade, que é amor e que por conta deste amor que Ele derrama sobre nossos corações fomos chamados a amar e a cuidar dos nossos semelhantes e também daqueles que não são semelhantes a nós na nossa forma de pensar.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Waldir Souza, pela amizade, pela dedicação, competência com que me guiou na construção deste trabalho. Agradeço também pela oportunidade com que ele me desafiou a ministrar cursos, aulas, palestras sempre me oportunizando o contato com o trabalho docente. Assim como me acolheu nos momentos difíceis. Ao meu orientador, muito obrigada é pouco.

Agradeço aos Professores Doutores Mário Antônio Sanches, José Eduardo de Siqueira, Beatriz Helena Sottile França e Carla Corradi Perini que sempre que precisei pude contar com a ajuda deles.

Não poderei deixar de expressar meu agradecimento a Sandra Lopes, secretária do Programa de Pós-Graduação em Bioética, que sempre com competência, dedicação e amizade participou deste processo desde o início sempre nos encorajando e comemorando cada vitória deste processo.

Agradeço as minhas queridas amigas aqui do mestrado: Adriane Bonierski Heisler, Ivone Maria Germano, Jaqueline Sena Durães e Priscilla Andretta Melcherts que estiveram comigo nesta jornada participando dos momentos felizes e também das dificuldades surgidas durante o decorrer deste curso.

Agradeço ao serviço de capelania dos quatro hospitais onde realizei a minha pesquisa.

Agradeço a CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio financeiro.

Agradeço ao Pastor Jonas Batinga, modelo que inspira a forma como ele acolhe os amigos e estranhos morais, sempre respeitando a singularidade do ser humano.

Aos meus pais queridos Henrique Dacio Teixeira e Cacília Borges Teixeira, verdadeiros instrumentos de Deus sempre me incentivando e desejando o melhor para mim.

A minha sogra querida, Maria de Lourdes Ricetti, pelo incentivo e por entender meus momentos de ausência.

Ao meu filho amado, Augusto César, por me fazer sentar na sala e falar: Mãe, o que você gosta de fazer? Não desmerecendo seu trabalho, mas eu acho que você tem competência para mais!!! A partir desta conversa fui buscar a docência e a minha realização profissional. Muito obrigada, filhão!!! Te amo, meu lindo!!!

Ao meu amado esposo, Gilberto Ricetti, desde que você chegou com a Revista da PUC com a matéria sobre o mestrado em Bioética, seu sossego acabou e como ele mesmo diz, ele voltou a estudar, pois me levava cedo para as aulas e quando as aulas eram à noite lá estava ele, cansado, mas me esperando.

Obrigada pelo incentivo, pelas caronas, por entender a minha ausência e por participar deste processo comigo, sempre querendo o melhor para mim e se preocupando com o meu futuro profissional. Te amo muito, meu amor!!!

Cada um dos citados tem um lugar muito, mas muito especial mesmo no meu coração!!!

*E não vos conformeis com este século,
mas transformai-vos pela **renovação do vosso entendimento**,
para que experimenteis qual seja a boa, agradável e perfeita vontade de Deus.*

Romanos cap. 12, vers. 2.

RESUMO:

Em cenários hospitalares se evidencia por parte dos enfermos seus medos, angústias, preocupações e respostas sobre o sentido da vida. O sentido da vida é uma das mais antigas preocupações do ser humano. Ao se deparar com uma doença ou com a sua finitude o ser humano busca explicações do porquê da sua existência, da sua finitude e o que acontece depois da morte. O cuidado da dor e do sofrimento numa perspectiva humanista precisa ser visto e compreendido em todas as suas dimensões física, psíquica, social e espiritual. Diante da angústia e da dor há vários caminhos para trazer o alívio, mas a dimensão espiritual constitui um dos mais saudáveis. O conforto espiritual, o respeito a autonomia e biografia do enfermo em ambiente hospitalar como forma de cuidado tem contribuído tanto para o enfrentamento da doença, como também, no momento de despedida da vida. Embora religião e espiritualidade sejam duas coisas distintas, neste contexto, a religião é uma aliada no atendimento espiritual hospitalar, pois as crenças e práticas religiosas são a forma mais comum de se lidar com a doença e as mudanças causadas pela doença. É importante salientar que o cuidado espiritual não precisa estar ligado a atitudes religiosas, pois cada pessoa tem a sua espiritualidade e relaciona-se com o sagrado ou o transcendente à sua maneira, independente de praticar ou não uma religião. Neste contexto, numa sociedade com pluralidade de valores, onde os grupos religiosos apresentam-se como visitantes voluntários nos hospitais, estes devem estar preparados para conviver de uma forma pacífica com os “estranhos morais” evitando a imposição, a coerção e o preconceito, permitindo que o enfermo possa exercer a sua autonomia religiosa enquanto estiver acolhido em ambiente hospitalar. Na Declaração Universal sobre Bioética e direitos humanos de 2005, a UNESCO estabelece que a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitadas em sua totalidade. Diante disto objetiva-se investigar como o agente de cuidado espiritual hospitalar e os voluntários aplicam nos seus atendimentos conceitos de Bioética e de Cuidado. O método utilizado para a realização desta pesquisa foi Bibliográfico Conceitual e pesquisa de campo de abordagem qualitativa. Participaram desta pesquisa quatro hospitais de Curitiba: um hospital de confissão católica, um hospital de confissão evangélica e dois hospitais de confissão laica. Por meio de questionário foram entrevistados dois agentes de cuidado espiritual de cada hospital e vinte voluntários de cada hospital, totalizando um número de oitenta e oito sujeitos de pesquisa. Os resultados desta pesquisa revelam que os agentes de cuidado espiritual preocupam-se em humanizar cada vez mais este atendimento evitando o proselitismo religioso. Embora treinados para não fazer proselitismo religioso, certos grupos de voluntários ainda impõem sua verdade como absoluta. Como a espiritualidade faz parte da dimensão do cuidado em saúde, a preocupação em capacitar os voluntários para melhor lidar com as diferentes moralidades em ambiente hospitalar faz-se indispensável neste contexto. Promover a capacitação de voluntários frente a pessoa enferma contribui para fortalecer uma cultura mais sensível diante da dor, do sofrimento ou mesmo diante da finitude da vida.

Palavras-chave: Bioética. Espiritualidade. Diversidade.

ABSTRACT:

In hospital settings is evident from the sick ones their fears, anxieties, concerns and answers about the meaning of life. The meaning of life is one of the oldest concerns of human beings. When faced with a disease or its finitude the human being seeks explanations about their existence, of their finitude and what happens after death. The care of the pain and suffering in a humanistic perspective needs to be seen and understood in all its physical, psychological, social and spiritual dimensions. Faced with the anguish and pain for several ways to bring relief, but the spiritual dimension is one of the healthiest. The spiritual comfort, respect the patient's autonomy and biography in the hospital as a form of care has contributed so much to cope with the disease but also, at the time of departure from life. While religion and spirituality are two different things in this context, religion is an ally in the hospital spiritual care, because the religious beliefs and practices are the most common way of dealing with the disease and the changes caused by the disease. Importantly, the spiritual care need not be linked to religious attitudes, because each person has their spirituality and relates to the sacred or transcendent in its own way, independent practice a religion or not. In this context, a society with plurality of values, where religious groups present themselves as volunteers visitors in hospitals, they must be prepared to live peacefully with the "moral strangers" avoiding the imposition, coercion and prejudice, allowing that the sick one to exercise its religious autonomy while welcomed in hospital. The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights 2005, UNESCO states that human dignity, human rights and fundamental freedoms must be respected in its entirety. In view of this objective is to investigate how the hospital spiritual care agent and volunteers apply in their care concepts of Bioethics and care. The method used for this research was Bibliographic conceptual and qualitative approach of field research. The study gathered four hospitals of Curitiba: a hospital Catholic confession, a hospital evangelical confession and two hospitals in secular confession. A questionnaire were interviewed two spiritual care agents at a hospital and twenty volunteers at a hospital, with a total number of eighty eight research subjects. Our results show that spiritual care agents are concerned with increasingly humanize this care avoiding religious proselytism. Although trained to do religious proselytism, certain groups of volunteers still impose its truth as absolute. How spirituality is part of the care dimension, the concern empower volunteers to better handle the different moralities in the hospital it is indispensable in this context. To promote the training of volunteers across the sick person contributes to strengthen a more sensitive culture in the face of pain, suffering or even with the finiteness of life.

Keywords: Bioethics. Spirituality. Diversity.

LISTA DE TABELAS:

TABELA 1 – Identificação dos hospitais, números dos agentes e voluntários participantes da pesquisa

TABELA 2 – Caracterização dos agentes

TABELA 3 – Denominação, seleção, cuidado e características para prestar um bom atendimento

TABELA 4 – Religião, Espiritualidade, Cuidado e Pluralidade Religiosa

TABELA 5 – Caracterização dos Voluntários

TABELA 6 – Carga Horária e Motivação para fazer o voluntariado

TABELA 7 – Sinônimos de Atendimento Espiritual Hospitalar

TABELA 8 – Atividades Realizadas

TABELA 9 – Formação Continuada / Sugestões para melhoria do atendimento

LISTA DE GRÁFICOS:

GRÁFICO 1 – Sexo dos agentes

GRÁFICO 2 – Idade dos agentes

GRÁFICO 3 – Escolaridade dos agentes

GRÁFICO 4 – Religião dos agentes

GRÁFICO 5 – Sexo dos voluntários

GRÁFICO 6 – Idade dos voluntários

GRÁFICO 7 – Escolaridade dos voluntários

GRÁFICO 8 – Religião dos voluntários

GRÁFICO 9 – Categoria e motivação para o voluntariado

GRÁFICO 10 – Palavras correlacionadas com o atendimento espiritual hospitalar

GRÁFICO 11 – Atividades realizadas no atendimento

GRÁFICO 12 – Atividades que os enfermos mais solicitam

GRÁFICO 13 – Preparação para trabalhar com o cuidado espiritual hospitalar

GRÁFICO 14 – Solicitação pelo líder

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS:

ACAEBB – Associação Cristã de Assistentes Espirituais Hospitalares do Brasil

HCC - Hospital de Confissão Católica

HCE - Hospital de Confissão Evangélica

HCL1 - Hospital de Confissão Laica 1

HCL2 - Hospital de Confissão Laica 2

PIB CTBA – Primeira Igreja Batista de Curitiba

PIB Piraquara – Primeira Igreja Batista de Piraquara.

PNH – Política Nacional da Humanização

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

R/E – Religiosidade / Espiritualidade

T. Moral – Teologia Moral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

VE – Voluntários Espirituais

VS – Voluntários Sociais

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	14
2.	METODOLOGIA.....	24
3.	BIOÉTICA, HUMANIZAÇÃO E CUIDADO.....	26
3.1	CONTEXTUALIZANDO NOSSO MOMENTO HISTÓRICO.....	26
3.2	A HUMANIZAÇÃO COMO UM PROCESSO TRANSFORMADOR.....	34
3.3	O CUIDADO DO SER HUMANO NUMA PERSPECTIVA HUMANIZADORA.....	41
3.4	O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA COMO UM CUIDADO RESPEITOSO.....	46
3.5	A BIOÉTICA COMO ESPAÇO DE REFLEXÃO, DO DIÁLOGO E DA DELIBERAÇÃO.....	53
4.	VOLUNTARIANDO-SE NA TAREFA DO CUIDAR.....	58
4.1	DEFININDO VOLUNTÁRIOS E VOLUNTARIADO.....	59
4.2	REAÇÕES DO SER HUMANO DIANTE DA DOENÇA.....	65
4.3	ASSISTÊNCIA RELIGIOSA E ESPIRITUAL AOS ENFERMOS.....	72
4.4	DIVERSIDADE RELIGIOSA NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	76
5.	A ESPIRITUALIDADE DA SAÚDE EM DEFESA DO CUIDADO AO VULNERÁVEL.....	84
5.1	CONCEITUANDO ESPIRITUALIDADE.....	84
5.2	A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	88
5.3	A EMERGÊNCIA DE NOVOS PARADIGMAS PARA A PRÁTICA DA TEOLOGIA.....	94
5.4	O AGIR COMUNICATIVO NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO ESPIRITUAL.....	100
5.5	A BIOÉTICA DA PERMISSÃO NO ATENDIMENTO ESPIRITUAL HOSPITALAR.....	105
6.	A TRAJETÓRIA DA PESQUISA.....	112
6.1	A ABORDAGEM DA PESQUISA.....	112
6.2	O CAMPO EMPÍRICO, OS PARTICIPANTES E A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	114
6.3	A COLETA DE DADOS.....	117
6.4	A ANÁLISE DA PESQUISA.....	118
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157
8.	REFERÊNCIAS	160

ANEXO A – TCLE – AGENTES DE CUIDADO ESPIRITUAL.....	170
ANEXO B – TCLE – VOLUNTÁRIOS DE CUIDADO ESPIRITUAL.....	171
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO DO HOSPITAL.....	172
ANEXO D – QUESTIONÁRIO AGENTES DE CUIDADO ESPIRITUAL	173
ANEXO E – QUESTIONÁRIO VOLUNTÁRIOS DE CUIDADO ESPIRITUAL.....	178
ANEXO F – TCLE – VOLUNTÁRIOS.....	182
ANEXO G – QUESTIONÁRIO VOLUNTÁRIOS.....	184
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	187

1. INTRODUÇÃO

Os desafios encontrados visando dar um tratamento impecável às pessoas que se encontram numa situação de vulnerabilidade são muitos e peculiares. O cuidado da dor e do sofrimento numa perspectiva humanista precisa ser visto e compreendido em todas as suas dimensões: física, psíquica, social e espiritual. Para tanto, se faz necessário um processo de reflexão contínua e permanente quanto à importância dessa prática do cuidar (PESSINI, 2004).

Em cenários hospitalares se evidencia por parte dos enfermos suas preocupações, seus medos, suas angústias e respostas que o enfermo busca para saber o que está acontecendo com ele. Koenig (2012) relata que essas indagações pessoais são mais frequentes quando um paciente se depara com uma doença grave e que os profissionais devem levar mais a sério as preocupações espirituais dos pacientes:

DOUTOR, O SENHOR DISSE que eu tenho câncer terminal e que não pode fazer mais nada por mim. O Senhor diz que tenho dois ou três meses de vida. O que acontece agora? Tenho medo da dor e do sofrimento que me esperam. Tenho medo de não ter sido uma pessoa boa. Tenho medo de que Deus não me ame, pois as minhas orações de cura não foram atendidas. Tenho medo de para onde vou depois de morrer. Tenho medo de deixar minha filha e meu filho e nunca mais vê-los de novo. Tenho medo, doutor, tenho muito medo (p. 21).

O sentido da vida é uma das mais antigas preocupações do homem. Ao se deparar com a sua finitude o ser humano busca explicações do porquê da sua existência, do porquê da sua finitude e a mais angustiante: o que acontece depois da morte? (GAMBARINI, 2006).

Koenig, McCullough e Larson (2001) entendem a espiritualidade como “uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado ou com o transcendente”, que pode ou não levar ao conhecimento de práticas religiosas.

Para Hennezel e Leloup (2012), em uma sociedade laica como a nossa, o espiritual não é reconhecido. Além disto, é confundido com o religioso, o que não é verdade.

A palavra “religião” tem duas etimologias possíveis: em primeiro lugar, a de *religare* que significa ligar-se, entrar em relação com o que se considera como um absoluto ou um essencial. Essa etimologia é o sentido habitual da palavra “religião” que, posteriormente, encarnar-se-á num número de ritos, práticas, em que essa relação toma forma. Existe, igualmente, outra etimologia: *religere*, que significa “reler”. Reler um acontecimento com o objetivo de extrair, descobrir sua significação. Nessa ordem de ideias, uma religião representa um esforço empreendido por homens e mulheres para conferirem sentido ao seu sofrimento, à sua morte e à sua existência (p. 23).

Quanto à “espiritualidade”, ela é independente da experiência religiosa. Faz parte de todos os homens. Constitui a própria essência do ser humano [...] (p. 23).

Segundo Koenig (2012, p. 13):

O conceito de espiritualidade é encontrado em todas as culturas e sociedades. Ele é expresso em uma busca do indivíduo do significado definitivo por meio de participação religiosa e/ou da crença em Deus, na família, no naturalismo, no racionalismo, no humanismo e nas artes. Todos esses fatores podem influenciar o modo como os pacientes e os profissionais da saúde percebem a saúde e a doença e como interagem uns com os outros.

Pesquisas nos Estados Unidos evidenciaram que o aconselhamento em questões espirituais se destaca entre as três necessidades mais solicitadas pelos que estão morrendo e seus familiares (PESSINI, 2004).

Hennezel e Leloup (2012, p. 19), discutem a importância da ação do acolhimento, do acompanhamento da dimensão espiritual do sofrimento da pessoa que está morrendo e apontam que:

É uma tarefa fundamental que todas as pessoas podem e devem assumir pela simples razão de que é uma tarefa humana. Não se trata de pregar uma doutrina ou de referir-se a um dogma qualquer, mas de amor e de comprometimento. De ir ao encontro do outro, tão profundamente quanto possível, de penetrar no âmago de seus valores e de suas preocupações, a fim de permitir-lhe encontrar sua própria resposta íntima.

O cuidado se refere a uma preocupação, um compromisso e um desejo de atuar em benefício das pessoas com quem mantemos uma relação mais próxima. O ser humano tem a possibilidade de desenvolver a tarefa do cuidar a partir de uma abertura, um encontro e uma compreensão do outro.

Preocupar-se com o outro, procurar compreender o outro, ter um compromisso e responsabilidade com quem conhecemos e com quem não conhecemos é uma tarefa extremamente fascinante nos dias atuais. Um trabalho

muito digno é o trabalho dos visitantes voluntários dentro dos hospitais. Sem esperar nada em troca estas pessoas saem dos seus lares, da sua zona de conforto e vão ao encontro de pessoas que estão perdidas em sua vulnerabilidade no intuito de devolver-lhes a dignidade.

No encontro com o enfermo os voluntários enfrentam muitos obstáculos como: lidar com pacientes com raiva, com depressão, com medo de sofrer, com medo de morrer, com medo do futuro. Neste contexto o próprio voluntário ao perceber tamanha dor e sofrimento do outro acaba por sentir-se vulnerável também, mas mesmo assim ele permanece firme em seu compromisso: mostrar-se presente, mostrar-se à disposição e “cuidar”, cuidar para que estas pessoas tenham dignidade durante o seu tratamento de saúde e para aquelas pessoas que estejam fora de possibilidades terapêuticas, despeçam-se da vida com dignidade.

Segundo Oliveira e Heimann, “debruçar-se sobre o tema cuidado humano é tarefa tanto urgente, quanto fascinante” (2005, p. 79). Urgente, pois vivemos um tempo de falta de cuidado e fascinante, pois trata de questões que lidam com identidades humanas. Podemos diferenciar três grandes grupos de cuidadores. “O primeiro grupo é mediado pelas relações de afeto” (2005, p. 80). A família ocupa papel primordial neste grupo. “O segundo grupo de cuidadores é mediado pelo que chamamos relações solidárias” (2005, p. 80), representado por pessoas que se voluntariam e se dedicam, sem qualquer remuneração, ao cuidado daqueles que não estão firmes, os chamados “infirmus”, nesse grupo inclui-se doentes, enfermos e necessitados. O terceiro grupo de cuidadores faz parte da chamada terceirização do cuidado, é mediado pelas relações profissionais, comerciais e burocráticas: médicos, enfermeiros, psicólogos, pastores, capelães, assistentes sociais entre outros. São pessoas que são remuneradas para realizar a tarefa do cuidar.

O segundo grupo que é mediado por relações solidárias, no caso, os voluntários geralmente pertencem a alguma denominação religiosa e mesmo que que não seja da sua competência entrar em questões de ordem espiritual estes sempre são surpreendidos e interrogados pelos enfermos com questões espirituais, isto também acontece com os agentes de cuidado espiritual que se traduzem na maioria das vezes na figura dos capelães e que fazem parte do terceiro grupo, que é mediado pelas relações profissionais, comerciais e burocráticas.

Diante dos questionamentos de ordem espiritual levantados pelos enfermos, é importante lembrar como deve ser o trabalho dos agentes de cuidado espiritual e do visitador voluntário.

Prestar cuidado espiritual no mundo dos enfermos deve ter a finalidade de ajudar o doente a partir da fé, da esperança e da caridade. Através de um bom diálogo, estes cuidadores podem propiciar ao enfermo para que vejam na dor a oportunidade de crescimento, para que valorizem o significado da sua existência, para que retomem seus entendidos, assim como, retomem a capacidade de perdoar e ser perdoado e se despeçam da vida com dignidade (ALARCOS, 2006).

Apesar de religião e espiritualidade serem duas coisas distintas, em ambiente hospitalar a religião é vista como uma aliada no atendimento espiritual hospitalar, propiciando ao enfermo conforto e suporte para o enfrentamento de suas doenças, como também, auxiliando na busca pelo sentido da existência (HENNEZEL e LELOUP, 2012).

As crenças e práticas religiosas são a forma mais importante de lidar com a doença e com as mudanças causadas pela doença.

Segundo Friesen, 2007, p. 87, os enfermos são muito beneficiados com as visitas dos agentes de cuidados espiritual e com as visitas dos visitantes voluntários, pois elas permitem:

- a) a quebra da monotonia e solidão;
- b) que o enfermo crie novas perspectivas de sua situação;
- c) que se gerem situações de esperança;
- d) que o enfermo tenha contato com o mundo através de terceiros;
- e) que os enfermos se sintam à vontade para pedir orações;
- f) que os enfermos usufruam de benefícios espirituais: comunhão, compartilhamentos e orações.

Elisabeth Kübler-Ross, 2008, no livro “Sobre a morte e o morrer” transcreveu as experiências, as agonias, as expectativas e as frustrações que seus pacientes com doença em estágio terminal lhe comunicaram. Os enfermos sentiam que com a doença passaram a ser alguém sem direito de opinar, que deixaram de ser pessoa e que os profissionais e familiares tomavam atitudes por eles. Os pontos relevantes traduzidos pelos enfermos eram: a necessidade de se expressar, de se sentirem ouvidos e de não perder a autonomia.

Estabelecer uma boa comunicação é essencial nos cuidados em saúde, ela envolve muito mais que informação, ela é um componente vital. Segundo Bertachini, 2011, p. 123:

O desempenho da comunicação eficiente é condição determinante na qualidade do vínculo empático que permeia vários momentos do processo terapêutico, exigindo clareza, verdade e sensibilidade nos momentos de escolhas de decisões. Para tanto, a estabilidade emocional e as atitudes de apoio ao paciente expressos pela assertividade comunicativa são condições essenciais para o profissional que se propõe a compreender as interrogações, silêncios e reações do paciente e de seus familiares.

Entendemos que o cuidado no atendimento espiritual hospitalar auxilia a amenizar a dor e o sofrimento do enfermo frente à doença ou mesmo frente à proximidade da morte. Uma comunicação ética entre prestadores de cuidado espiritual e o enfermo poderá leva-los a uma reflexão sobre o sentido da vida e o significado da dor, contribuindo para “fortalecer uma cultura mais sensível diante da dor, do sofrimento, da deficiência, da agonia, da morte, do duelo e da defesa da vida” (ALARCOS, 2006, p. 201).

É indispensável que as pessoas como, os agentes de cuidado espiritual e visitantes voluntários valorizem a liberdade e a convivência, que reflitam o paradigma ético que preside no trabalho do visitador, a fim de ajustá-lo buscando sempre a comunhão das pessoas convivendo na liberdade e na progressiva realização de si mesmas.

A liberdade como valor social e pessoal é indissociável da consciência e da responsabilidade, a liberdade é o cerne do senso moral que devemos cultivar e educar. Designam-se por liberdade três aspectos fundamentais do agir humano:

- a) a capacidade de poder optar por esse ou aquele comportamento ou ação: liberdade de escolha ou livre arbítrio;
- b) a possibilidade de fazer o que se quer, sem ser impedido psicológica, social, política, econômica, cultural ou religiosamente;
- c) “a propriedade do agir humano de autodeterminar-se, pois a ação só é verdadeiramente humana na medida que brota do íntimo da pessoa e traduz o que ela fez opção de fazer dentro dos limites de sua escolha e dentro das possibilidades reais que tem de agir, do ponto de vista psicológico, social, político, econômico, cultural e religioso” (CATÃO, 1995, p.69).

Santo Agostinho defendia que sem o livre arbítrio não existe amor. O amor precisa ser precedido por uma vontade livre. Para que haja uma ética do amor, há a necessidade de uma livre vontade capaz de fazer opções. Deus deu ao homem o livre arbítrio para que ele pudesse, por amor e em amor, corresponder com o seu Criador, portanto sem liberdade não pode haver amor. A ausência da livre-escolha se traduz em espinhos que sufocam qualquer pretensão de amor. “A liberdade redistribui as implicações e participação de cada um no processo de construção da ordem social” (DUSILEK, 2013, p.86).

De acordo com Pessini:

O cuidado da dor e do sofrimento é a chave para o resgate da dignidade do ser humano neste contexto crítico, é um dos objetivos da medicina desde tempos imemoriais. A problemática da dor e do sofrimento não é pura e simplesmente uma questão técnica – para além disso, estamos diante de uma das questões éticas contemporâneas de primeira grandeza, e que precisa ser vista e enfrentada nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual (2004, p.14).

Lidar com a dor e sofrimento é ter um cuidado não somente com o corpo, mas é ter um cuidado com a alma, com o ser humano integral, pois dor e sofrimento não devem ser silenciados e nem dopados, ao contrário disto, devem ser tratados com compaixão, sensibilidade, paciência, atenção e amor. O objeto do atendimento espiritual hospitalar é oferecer saúde-salvação, assistência, libertação, reconciliação, sentido vital e crescimento humano e integral (ALARCOS, 2006).

Segundo Assumpção:

De qualquer forma, é importante salientar que nem a quem atende uma dessas pessoas, nem aos amigos e familiares dela, é eticamente permitido tentar fazer proselitismo religioso, aproveitando um momento de fragilidade. Nem tampouco menosprezar suas crenças, pois isso poderá agravar ainda mais o sofrimento de quem já está padecendo muito. Respeitar a crença de cada um é fundamental no atendimento e no apoio às pessoas que sofrem. (2010, p.90).

Segundo Catão:

Mas será que se pode construir uma ética totalmente consistente e promotora de autêntica humanização das pessoas e da sociedade visando em última análise a superação dos limites impostos à capacidade de escolher dos indivíduos? A questão é decisiva para a pedagogia ética. Sua simples colocação, porém, mostra que a libertação não pode constituir o eixo da ética: é por natureza uma conquista a ser obtida na história, na medida em que se vá superando os condicionamentos de toda a sorte, que cerceiam de fato a efetivação das opções humanas. Apesar do caminho dialético seguido pelo desenrolar da história humana, o momento primordial da ética não pode ser de maneira alguma a denúncia ou a luta contra tudo que oprime o ser humano, mas a percepção e a fidelidade ao que está na raiz dessa denúncia e dessa luta, o fato de que só é realmente humano, só é realmente ético, o agir que brota do fundo do coração e se exprime efetivamente em atitudes, gestos ou feitos, sempre delimitados, enquanto caminarmos na história, pelos determinismos inerentes à condição humana. (1995, p.76).

Diante dessas peculiaridades, faz-se necessário que o agente de cuidado espiritual e os voluntários ao prestar um cuidado humanizado estejam em constante treinamento para não se deixar levar pelo preconceito individualista querendo impor determinada religião ao enfermo, estes devem respeitar os princípios teológicos, morais e bioéticos de cada pessoa.

A Bioética proporciona um novo modo de ver e enfocar os problemas éticos, por ter um enfoque interdisciplinar ela possibilita um diálogo contínuo de caráter universal e pluralista em torno dos problemas vitais: saúde, vida, morte e dignidade. Por isto é imprescindível que haja uma interação entre diretoria técnica do hospital, equipe de saúde, familiares, capelães e visitantes para que atendimento espiritual hospitalar proporcione um bem terapêutico e espiritual ao enfermo (FRIESEN, 2007).

A temática do cuidado da dimensão espiritual no cuidado ao enfermo vem sendo discutida pelos especialistas no assunto, dada a importância deste cuidado e também para a deliberação de conflitos morais na Bioética diante de uma sociedade com uma pluralidade de valores.

A necessidade de se fazer esta pesquisa nasceu a partir de um depoimento do meu aluno, J. B. L. Este aluno trabalhava num hospital de Curitiba e ficou muito desapontado quando um paciente no seu leito de morte pediu para que chamasse um “religioso” até seu leito para lhe atender nos seus últimos momentos de vida. Este suporte lhe foi negado, pois o religioso alegou que não poderia atender o paciente porque o mesmo fazia parte da maçonaria. Este paciente faleceu sem o apoio espiritual que buscava.

Este assunto muito me angustiou pensando nos últimos momentos de vida daquele homem, deve ter sido muito triste. Se o apoio lhe fosse dado, independente da sua crença, credo ou filosofia de vida, com certeza ele teria tido mais dignidade no momento de despedida da vida. Este acontecimento me fez lembrar Jesus na Cruz do Calvário que pôde manifestar o seu amor em meio ao seu sofrimento e ainda deu suporte espiritual ao ladrão que estava na cruz ao lado dele. Este pediu perdão e misericórdia para Jesus e Jesus lhe conferiu o que o seu coração desejara. Com certeza o ladrão da cruz teve uma despedida da vida mais digna do que este homem que acabou não tendo seu pedido realizado, porque não compartilhava da mesma moralidade que o “religioso”.

Engelhardt afirma que a Bioética surgiu para preencher o vácuo cultural e moral gerado pela marginalização das moralidades tradicionais. Superar os pontos de desacordo moral e metafísico exige “levar a diversidade moral a sério exige o reconhecimento do que separa as moralidades” (2010, p. 435).

Todas as pessoas são merecedoras do atendimento espiritual, neste caso, de atendimento espiritual hospitalar. No hospital circulam pessoas com uma pluralidade de moralidades, e é neste contexto que se deve estabelecer uma pedagogia ética para lidar com essas pessoas. Dialogar com os amigos morais é fácil, precisamos estabelecer critérios onde possamos dialogar com os estranhos morais.

Tendo em conta a complexidade desta temática e o forte apelo social que merece essa questão, resolvi pesquisar em quatro hospitais de Curitiba como acontece o atendimento espiritual hospitalar diante de um contexto onde a pluralidade religiosa merece papel de destaque.

O texto que se segue está organizado em quatro capítulos que discutem a temática do atendimento espiritual hospitalar. Os três primeiros capítulos contemplam uma revisão teórica de literatura e o quarto capítulo traz o resultado da tabulação dos dados da pesquisa “Bioética e humanização frente ao voluntariado e ao atendimento espiritual hospitalar” realizada entre maio a novembro de 2014 em quatro hospitais de Curitiba. Os sujeitos de pesquisa foram dois agentes de cuidado espiritual (padres e pastores) e vinte voluntários de cada hospital que prestam este tipo de atendimento, totalizando um número de oitenta e oito sujeitos.

O primeiro capítulo traz a contextualização do momento histórico vivido, bem como a questão da humanização e do cuidado como um processo transformador.

Salienta-se a questão do princípio da autonomia e a bioética como espaço para a reflexão, para o diálogo e deliberação.

O segundo capítulo aborda sobre a questão de voluntariar-se na tarefa do cuidar, neste capítulo define-se voluntários e voluntariado. Aborda a questão das reações do enfermo diante da doença, da assistência religiosa e espiritual dos enfermos e a diversidade religiosa no contexto hospitalar.

O terceiro capítulo refere-se sobre o conceito da espiritualidade, a espiritualidade e a religião no contexto hospitalar, a emergência de novos paradigmas sobre a prática da teologia, o agir comunicativo na prestação do cuidado espiritual e a bioética da permissão no atendimento espiritual hospitalar.

O quarto capítulo refere-se ao resultado das pesquisas feitas nos quatro hospitais de Curitiba e análise das questões como, o que o voluntário entende por cuidado espiritual, qual a motivação que eles têm para fazer este trabalho de visitação ao enfermo, o que eles costumam fazer durante a visitação, se eles se sentem preparados para fazer este tipo de trabalho, se eles procuram falar de sua religião para o enfermo. Outros questionamentos: o que eles fazem quando o enfermo pede para chamar seu líder religioso e quando este líder pertence a uma religião bem diferente do voluntário. Os voluntários são questionados quanto a necessidade de ter uma formação continuada para atuar frente aos enfermos e qual a proposta deles para poder melhor lidar com a pluralidade religiosa.

O quarto capítulo também traz o resultado das questões feitas aos agentes de cuidado espiritual. Como eles selecionam as pessoas para fazer o voluntariado, o que eles esperam do enfermo durante o cuidado espiritual, quais as características que eles consideram importantes para prestar um bom atendimento espiritual hospitalar. Se eles diferenciam religião e espiritualidade. Como eles veem a importância do cuidado espiritual no enfrentamento da dor e do sofrimento. Quais as diferenças entre agentes e voluntários de cuidado espiritual. Quais os critérios para que o paciente seja recebedor da atenção dos voluntários.

Neste caminho pergunta-se se os voluntários passam por algum tipo de treinamento, como acontece este treinamento. Como os voluntários são treinados para lidar com a pluralidade religiosa e como eles veem a necessidade de ter formação continuada para os voluntários. Finaliza-se estes questionamentos com sugestões, comentários e observações que não foram contempladas na pesquisa.

Os anexos contendo os documentos foram elaborados por mim sob a orientação do Prof. Dr. Waldir Souza e encontram-se ao final desta dissertação.

A forma de redação deste trabalho, no entanto, sugere às vezes a repetição de algumas ideias e citações ao longo do texto que são essenciais para a fundamentação deste trabalho.

O objetivo primário desta dissertação é investigar como o agente espiritual hospitalar e os voluntários aplicam nos seus atendimentos conceitos de Bioética e Humanização. Este objetivo primário desdobra-se em outros dois mais específicos: 1) investigar o papel do atendimento do assistente espiritual hospitalar e do voluntariado; 2) avaliar o serviço de assistência espiritual hospitalar e do voluntariado na perspectiva da Bioética e da Humanização do Cuidado.

A aplicação do instrumento para esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR com o parecer de número 563.714 na data de 19/03/2014.

O poema de Fernando Pessoa pode sugerir que precisamos buscar novas formas de lidar com as questões espirituais dos pacientes e que a emergência de novos paradigmas são o espírito deste trabalho: “Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já têm a forma de nosso corpo; esquecer os caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia e se não ousarmos fazê-la teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos”.

2. METODOLOGIA

Bibliográfico conceitual.

Pesquisa de campo de abordagem qualitativa.

Os sujeitos de pesquisa foram pessoas que prestam cuidado espiritual a pessoas enfermas dentro dos hospitais. Foram escolhidos para a pesquisa os agentes de cuidado espiritual e os visitantes voluntários, de ambos os sexos, acima de dezoito anos de idade e que tivessem mais de dois anos na assistência hospitalar ou no voluntariado.

O método de investigação utilizado para processamento das informações foi análise de conteúdos.

Quando se fala de atendimento espiritual hospitalar automaticamente nos remete a ideia de atendimento religioso. Outra questão que também paira sobre esta temática é que muitos voluntários religiosos acham que devem falar de sua religião para o enfermo e eles mesmos confundem o que é espiritual e o que é religioso. Tendo em vista a riqueza e a importância do atendimento espiritual hospitalar frente ao enfrentamento da doença ou mesmo diante da iminência da morte surgiu o propósito de construir, um instrumento de pesquisa que fosse capaz de detectar estas controvérsias.

A pesquisa foi efetivada a partir da aplicação do Instrumento de Pesquisa (questionário) que conta com o número de vinte questões para os agentes de cuidado espiritual (ver anexo D) e dezesseis questões para voluntários (ver anexo E). A aplicação do instrumento para esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR com o parecer de número 563.714 na data de 19/03/2014.

A escolha dos hospitais para a aplicação do instrumento de pesquisa foi a partir de hospitais religiosos e hospitais leigos. A pesquisa foi realizada, portanto, entre as lideranças religiosas dos hospitais e voluntários engajados na arte de prestar atendimento espiritual aos enfermos. Participaram desta pesquisa dois agentes de cuidado espiritual e vinte voluntários de um hospital de confissão evangélica, dois agentes de cuidado espiritual e vinte voluntários de um hospital de confissão católica, dois agentes de cuidado espiritual e vinte voluntários de um hospital de confissão leiga e dois agentes de cuidado espiritual e vinte voluntários de mais um hospital de confissão leiga.

Em alguns cenários de pesquisa o questionário foi preenchido pelos voluntários e pelos agentes de cuidado espiritual individualmente e estes ficaram na

companhia da pesquisadora para que caso houvesse alguma dúvida ela pudesse esclarecê-la. Em outros cenários de pesquisa reuniram-se em grupo e a pesquisadora deu as orientações necessárias para o preenchimento do instrumento de pesquisa. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE e tiveram tempo hábil para responder, depois do qual as respostas foram recolhidas pela pesquisadora.

Por enquanto os dados coletados dos instrumentos de pesquisa estão sob posse da pesquisadora, em local protegido, que ficará arquivado por um período de 05 anos, não sendo em hipótese alguma, repassados a outros projetos ou grupos de pesquisa.

Em síntese, foram percorridas as seguintes etapas: a) determinação dos participantes da pesquisa; b) a aplicação dos instrumentos de pesquisa em campo; c) tabulação dos dados coletados; d) análise dos dados.

3. BIOÉTICA, HUMANIZAÇÃO E CUIDADO

Neste primeiro capítulo procura-se conceituar os principais termos em torno dos quais se conduz esta pesquisa, a saber, bioética, humanização e cuidado. Contextualiza-se como está sendo visto o valor da vida neste momento histórico dentro de uma sociedade individualizada. Neste contexto, busca-se salientar a questão da humanização e do cuidado como uma importante ferramenta para resgatar o “valor humano” do “ser humano”. Por fim, busca-se apresentar a bioética como um espaço importante para este resgate do valor humano e o respeito ao princípio da autonomia como sendo um ponto de partida para o reconhecimento sagrado do valor da vida humana.

3.1 CONTEXTUALIZANDO NOSSO MOMENTO HISTÓRICO

Vivemos um momento histórico marcado por um enorme crescimento dos avanços tecnológicos, mas também marcado por uma profunda crise de humanismo, os valores humanos foram esquecidos, a vida já não é vista como algo sagrado, e sim como uma mercadoria, um instrumento a ser estudado ou algo sem valor.

Segundo Pessini, Siqueira e Hossne: A sociedade individualizada, “modelo de sociedade que herdamos do século XX privilegia o circunstancial, o efêmero, o individual, o descartável, a cultura fast-food” (2010, p. 20). Privilegia o Ter como valor moral ao mesmo tempo em que o ser é destituído de valor moral algum:

Relações interpessoais flexíveis e frágeis seguem o modelo do jogo capitalista, em que tudo é decidido por meio das regras do mercado. A alteridade é substituída por relacionamentos virtuais descompromissados, nos quais o Ter apresenta-se como única moeda de troca. O Ser torna-se objeto destituído de valor, sendo armazenado no alojamento dos ingênuos, tíbios e pobres de espírito (2010, p. 21).

Com a evolução dos conhecimentos científicos, o ser humano foi perdendo a dimensão do transcendental, novos deuses e uma nova religião foram criados e a ciência tornou-se esta religião, a quem se obedece cegamente aceitando tudo, sem objeções e reflexões morais e éticas (D’ASSUMPÇÃO, 2011).

Diretamente ampliado na razão direta dos conhecimentos tecnológicos que passa a dominar surge o *HOMO MODERNUS*, cheio de incertezas e sofrimentos, deixando pouco a pouco que a máquina substitua o ser humano criando “incontáveis

‘necessidades’, as quais lhe trazem algum conforto e, ao mesmo tempo, muita angústia e sofrimento” (D’ASSUMPÇÃO, 2011, p.33).

Na nossa sociedade tecnologizada obtemos um considerável desenvolvimento material, porém ocorre que simultaneamente nos diluimos enquanto pessoa, buscando adequar todas as nossas interações naquilo que nos tragam vantagens imediatas. Na sociedade pós-moderna as pessoas procuram escapar das experiências dolorosas e tristes na busca de um prazer utópico de estado de prazer eterno. Bauman diagnostica a era em que vivemos, como a era da liquidez, pois os valores que a cultura ocidental considera como nobre, são tão inconsistentes e cada vez mais se diluem feito a água escorrendo em nossas mãos (BITTENCOURT, 2011).

A “vida líquida” e a “modernidade líquida” estão diretamente ligadas. “Líquido-moderna” é uma sociedade em que as condições sob as quais agem seus grupos mudam num tempo muito curto não tendo tempo necessário para solidificar seus comportamentos. Tanto a vida líquida, como a modernidade líquida não pode manter a forma por um longo período. Num piscar de olhos, na sociedade e na vida líquida, os ativos se transformam em passivos, os capazes se transformam em incapazes e as ações e reações envelhecem velozmente, se tornando arcaicas antes mesmo de terem a chance de aprendê-las de fato (BAUMAN, 2009).

Em suma: a vida líquida é uma vida precária, vivida em condições de incerteza constante. As preocupações mais intensas e obstinadas que assombam esse tipo de vida são os temores de ser pego tirando uma soneca, não conseguir acompanhar a rapidez dos eventos, ficar para trás, deixar passar as datas de vencimento, ficar sobrecarregado de bens agora indesejáveis, perder o momento que pede mudança e mudar de rumo antes de tomar um caminho sem volta. A vida líquida é uma sucessão de reinícios, e precisamente por isso é que os finais rápidos e indolores, sem os quais reiniciar seria inimaginável, tendem a ser os momentos mais desafiadores e as dores de cabeça mais inquietantes. Entre as artes da vida líquido moderna e as habilidades necessárias para praticá-las, livrar-se das coisas tem prioridade sobre adquiri-las (BAUMAN, 2009, p. 8).

Numa sociedade líquido-moderna, a indústria da remoção do lixo ocupa papel de destaque, pois a sobrevivência desta sociedade depende da rapidez que os produtos são enviados ao lixo. A vida numa sociedade líquido-moderna deve moderizar-se. Incomodada pelo terror do prazo de expiração, o essencial agora é correr com todas as forças para permanecer no mesmo lugar, bem distante da lata de lixo que é o destino dos que tem costume de se atrasar:

“Destruição criativa” é a forma como caminha a vida líquida, mas o que esse termo atenua e, silenciosamente, ignora é que aquilo que essa criação destrói são outros modos de vida e, portanto, de forma indireta, os seres humanos que os praticam. A vida na sociedade líquida moderna é uma versão perniciosa da dança das cadeiras jogada para valer. O verdadeiro prêmio nessa competição é a garantia (temporária) de ser excluído das fileiras dos destruídos e evitar ser jogado no lixo. E como a competição se torna global, a corrida agora se dá numa pista também global (BAUMAN, 2009, p. 10).

Observando essa era líquida que faz parte da nossa realidade social, podemos observar que os seres humanos possuem uma inclinação toda especial para caírem nas suas próprias armadilhas tentando negar a realidade da morte, a realidade da dor e mesmo a realidade da vida, remetendo bem para o fundo do seu inconsciente os seus medos mórbidos. Morgan compara à ideia de prisão psíquica através da famosa alegoria da caverna do livro a República de Platão, onde Sócrates estabelece as relações entre aparência, realidade e conhecimento. Descrição e comparativo da alegoria da caverna com a atualidade segundo Morgan:

A alegoria da caverna mostra uma caverna subterrânea, cuja entrada se acha voltada para uma fogueira crepitante. Dentro dela encontravam-se pessoas acorrentadas de tal modo que não possam mover-se. Conseguem enxergar somente a parede da caverna diretamente à sua frente. Esta parede é iluminada pela claridade das chamas que nela projetam sombras de pessoas e objetos. Os moradores da caverna tomam as sombras por realidades, atribuindo-lhes nomes, conversando com elas e até mesmo ligando sons fora da caverna com os movimentos que observam na parede. Para estes prisioneiros, é este universo sombrio que constitui a realidade, uma vez que não possuem conhecimento de nenhum outro.

Entretanto, conforme relata Sócrates, caso fosse autorizado a qualquer um dos habitantes deixar a caverna, este iria perceber que as sombras nada mais são que reflexos escuros de uma realidade mais complexa e que o conhecimento e as percepções dos seus antigos companheiros na caverna são imperfeitos e distorcidos. Voltando à caverna, não seria mais capaz de viver como antes, já que agora para ele o mundo era um lugar bastante diferente. Sem dúvida, teria dificuldade em aceitar o confinamento e sentiria pena do destino dos próprios amigos. Todavia, se tentasse compartilhar com eles o seu novo conhecimento, seria provavelmente ridicularizado pelas suas ideias. Isto porque para os prisioneiros da caverna as imagens com as quais estavam acostumados possuíam muito mais significado do que qualquer história sobre um mundo que eles nunca haviam visto. Além disso, já que a pessoa portadora desse novo conhecimento não é capaz de atuar mais como antes, uma vez que não seria mais capaz de agir tomando as sombras por realidade, os companheiros sem dúvida, passariam a considerar seu conhecimento como extremamente perigoso. Provavelmente, iriam encarar o mundo fora da caverna como uma fonte potencial de perigo a ser evitado e não como uma fonte de sabedoria e conhecimento. A experiência daquele que pode sair da caverna poderia, então, realmente levar os outros habitantes a se apegarem ainda mais à maneira habitual de encarar a realidade.

A caverna representa o mundo das aparências, enquanto a viagem ao exterior a conquista do conhecimento. As pessoas no dia-a-dia são

enganadas por ilusões, já que o modo pelo qual compreendem a realidade é limitado e imperfeito. Reconhecendo este fato e fazendo um esforço obstinado para enxergar além do superficial, as pessoas adquirem a habilidade de se libertarem do modo imperfeito de encarar as coisas. Entretanto, conforme sugere a alegoria, frequentemente, muitos de nós resistem ou então ridicularizam os esforços de esclarecimento, preferindo permanecer na escuridão do que enfrentar os riscos de exposição a um novo mundo que ameaça as antigas crenças. (1996, p. 205).

A necessidade, a irrealidade e a ausência do pensamento são marcas características do homem contemporâneo, muito bem descritas por Hannah Arendt ao analisar o comportamento do homem, no caso, Adolf Eichmann, que durante a Segunda Guerra Mundial obedecia cegamente sem reflexão alguma às ordens do ditador alemão Adolf Hitler para matar ciganos, judeus, eslavos, crianças de mista herança racial, crianças com deficiência e mais, tudo isto na irrealidade e com o objetivo de promover a superioridade de uma raça.

Quando observamos o comportamento dos seres humanos na nossa sociedade tão banalizada, impossível não citar Hannah Arendt que quando voltou à Alemanha após a Segunda Guerra ficou muito assustada com a reação das pessoas, que agiam com total indiferença como se nada houvesse acontecido. Em 1961, Hannah Arendt vai a Jerusalém a fim de assistir ao processo de Eichmann e considera que, a corte vacilou ao julgar um homem ao invés de julgar a história. Eles julgaram Eichmann como um destruidor especial ao invés do sistema nazista. Desde 1945, um dos principais pontos de partida de sua reflexão, foi à constatação da facilidade com que um povo, na sua grande maioria, cedeu ao apelo do carrasco e a estranha docilidade com o qual os conselhos judaicos cooperaram com as autoridades nazistas, participando indiretamente do extermínio do próprio povo.

Eichmann era o homem que na Segunda Guerra Mundial tinha o cargo e atribuição de transportar judeus para os campos de concentração, o que resultou na matança de seres humanos apenas porque eram judeus. O resultado do seu trabalho foi à morte de milhões de pessoas, incluindo crianças e velhos, que seguiam nos trens sem comida e sob o frio extremo e que no destino eram queimados em massa nas câmaras de gás e os mais fortes eram postos em tortura e trabalhos forçados (VELTMAN, 2014).

Eichmann é o paradigma do homem contemporâneo, prisioneiro da necessidade, é o homem que precisa ser reconhecido, o homem que perde a noção de pertinência em prol apenas de uma vida social. Desagregado das relações

humanas esse homem se torna um ser supérfluo, com seu valor relativizado, ele se torna ao mesmo tempo, a vítima e o agente desse mal banal (SOUKI, 1998 apud ARENDT).

Para Hannah Arendt, o lugar do homem que pensa é o oposto do homem que age. O pensar tem o objetivo de comunicar-se consigo mesmo, e a comunicação é a ação do mundo:

O pensamento é a expressão de uma necessidade do espírito humano de pensar para além da possibilidade de todo conhecimento, pois os homens têm uma inclinação, talvez a necessidade de pensar para além desse limite e de fazer dessa habilidade algo mais do que um instrumento para conhecer e agir (SOUKI, 1998, p. 109, apud ARENDT).

“O pensamento pós-moderno carrega consigo a proposta de que não há sentido no processo pela busca do entendimento dos movimentos da história, para assim se entregarem ao presente, ao prazer momentâneo, ao consumo e ao individualismo” (Barchifontaine, 2012, p. 362). Neste contexto a sensibilidade tem mais valor que a inteligência, a dor não faz parte do viver com prazer, e quanto as questões do futuro? Se preocupar com o futuro para quê? O pensamento pós-moderno ocupa-se apenas de questões do presente. Nesse mesmo cenário se cultiva uma mentalidade imediatista em que tudo é relativo e ilusório, sem ideologia e ideais verdadeiros, onde não existem normas e valores a serem cumpridos e quem dirá, uma moral transcendente.

As novas tecnologias como a informática, a cibernética, o descartável, também fazem parte do movimento da pós-modernidade, assim como também questões relacionadas à apatia política e grande valorização da imagem, questões estas que repercutem no processo de transformação social. Enquanto isso, “o amor situa-se dentro de uma liberalização sem limites, sem fidelidade, sem compromisso” (BARCHIFONTAINE, 2012, p. 362).

Em meio a tantos movimentos da pós-modernidade, o amor ao próximo na nossa sociedade líquida parece não ter muito sentido. Bauman, 2004, em sua obra “Amor Líquido” fala sobre a fragilidade e a dificuldade dos laços humanos, amar alguém simplesmente por ser o meu próximo sem que eu tenha algum benefício com isto é algo surreal. E os questionamentos não param: “Por que devo fazer isso? Que benefício me trará”? Amar o próximo exige um salto de fé, aceitar o preceito de amor ao próximo é o ato de origem da humanidade. Nesta perspectiva, a

sobrevivência de um ser humano se torna a sobrevivência da humanidade no humano.

Nesse contexto não desconsideramos o amor-próprio, pois precisamos do amor-próprio para garantir nossa sobrevivência e tentar com todas as forças permanecer vivo, mas ele já está ali, como um dado indiscutível, já a questão de amar ao próximo como a si mesmo torna a sobrevivência humana diferente de qualquer outra criatura.

A exortação a “amar o próximo como a si mesmo” (ou seja ter a expectativa de que o próximo desejará ser amado pelas mesmas razões que estimulam nosso amor-próprio) evoca o desejo do próximo de ter reconhecida, admitida e confirmada a sua dignidade de portar um valor singular, insubstituível e não descartável. A exortação nos leva a pressupor que o próximo de fato representa esses valores – ao menos até prova em contrário. Amar o próximo como amamos a nós mesmos significaria então respeitar *a singularidade de cada um* – o valor de nossas diferenças, que enriquecem o mundo que habitamos em conjunto e assim o tornam um lugar mais fascinante e agradável, aumentando a cornucópia de suas promessas (BAUMAN, 2004, p. 101).

No momento em que a vida está sendo tratada com descaso e indiferença faz-se necessário resgatar o encantamento e a vivência responsável do cuidado do nosso próximo. Uma reflexão ética humanista é o caminho para nos humanizarmos neste processo. Somente cuidando e zelando desta unidade vulnerável é que estaremos sendo instrumentos propiciadores de uma vida digna.

Propiciar uma vida digna demanda enxergar o outro, reconhecer o outro e se preocupar com o outro, o ser humano merece ser cuidado em qualquer situação que se encontre, mas é em meio ao sofrimento que este sente uma enorme necessidade de ser acolhido.

Cuidar não é um fim, a realização do cuidado envolve um nível de excelência ao tratar o outro que necessita de cuidados. O cuidado exige cautela, é preciso saber aproximar-se. Aproximar-se do sofrimento do sofrimento da pessoa vulnerável com respeito, sem incomodar. Saber o que dizer e saber e o mais importante, saber quando é apropriado ficar em silêncio. A comunicação é fundamental para o ato de cuidar e o ouvir é uma prioridade na arte de cuidar. É uma maneira de estar atento para o outro e deixar que a voz do outro nos deixe tocar (ALONSO, 2011).

Brykczynska encontra os pontos essenciais do cuidado marcados pelas seguintes virtudes: a compaixão, a competência, a confiança, a confidência e a

consciência. Virtudes estas que Torralba descreve a seguir considerando-as na ética do cuidado:

a) **Compaixão:** é perceber o sofrimento do outro como se fosse seu próprio sofrimento, a pessoa que cuida sofre ao ver o sofrimento do outro como se fosse sua própria experiência. Na ética do cuidado, a compaixão é a ação, é um vetor fundamental com o intuito de melhorar a situação, no caso a situação da pessoa que está sofrendo.

b) **Competência:** é a virtude básica da ética. Ser responsável significa ser capaz de desenvolver habilidades a partir de conhecimentos no intuito de fazer dialogar os tipos de cuidado.

c) **Confiança:** para cuidar de um ser humano em situação de vulnerabilidade requer uma relação de confiança.

d) **Confidência:** em situações de vulnerabilidade o homem precisa de confidentes. Suas principais características são capacidade de ouvir, discrição e capacidade de manter segredos. Implica silêncio e respeito, capacidade de preservar a vida íntima de outro ser humano, sua privacidade e seu universo interior.

e) **Consciência:** entendida como virtude, esta envolve reflexão, prudência, cautela e conhecimento da situação antes de agir (ALONSO, 2011, p. 41)¹.

A essência do cuidar é a realização da sua tarefa no seu melhor e tem como carro-chefe respeitar o mundo axiológico do outro, o mundo simbólico do outro, o contexto cultural e religioso do outro e também o mundo espiritual do outro. Numa sociedade plural como a que vivemos, onde as culturas convergem, Torralba discute a necessidade de desenvolver uma ética do cuidado que aborde uma enorme gama de universos simbólicos para que todos os seres humanos possam ser reconhecidos e respeitados na sua singularidade (ALONSO, 2011).

Mas para que cheguemos a uma ética do cuidado, após o primeiro passo que é o respeito pelo mundo simbólico do outro, devemos partir para a responsabilização para com o outro. Em sua obra “Humanismo do outro homem”, Emmanuel Lévinas escreve sobre a relação que une o Eu ao Outro e da responsabilidade do Eu diante do Outro:

Descobrir para o Eu uma orientação assim é identificar Eu e moralidade. O Eu diante do Outro é infinitamente responsável. O Outro que provoca este

¹ Traduzido pela autora.

movimento ético na consciência, que desordena a boa consciência da coincidência do Mesmo consigo próprio, comporta um excesso inadequado à intencionalidade. É isto o Desejo: queimar de um fogo diverso que o da necessidade que a saturação apaga, pensar além daquilo que se pensa. Por causa deste excesso inassimilável, por causa deste além, chamamos a relação que une o Eu a Outro de ideia do Infinito (2012, p. 53).

Essa ideia da ética do cuidado de Torralba com o humanismo diante do outro de Lévinas deveria ser um mandamento nos dias atuais, o ser humano deveria provocar em outros seres humanos esse movimento ético quanto ao valor sacro da vida humana. O ser humano como sacralidade e fundamento da Bioética é um ser sagrado desde o primeiro instante de sua existência até ao seu fim natural. O valor de uma vida humana é algo sagrado e ninguém tem o direito de violar ou destruir em qualquer fase que se encontre.

Considerar a vida sagrada, defender a dignidade do ser humano nos leva assegurar ao máximo a qualidade de vida promovendo as condições básicas para a sustentação da vida. “Se a vida é previamente um bem pré-moral, isso significa que ela ainda carece de uma valorização ética a ser dada pela intencionalidade do agir humano” (JUNGES, 1999, p. 117).

O ser humano não pode ser reduzido simplesmente a uma realidade biológica, a vida não é um bem a ser privatizado e muito menos deve ser controlada por circuitos digitais, a vida é um dom a ser vivido prazerosamente e partilhado solidariamente com os outros. O Ser humano como um nó de relações possui corpo, psiquismo e coração. Precisa conviver com os outros, cultivar a esperança, crescer na perspectiva de fé e valores humanos. Neste contexto histórico faz-se necessário uma visão holística, multi, inter e transdisciplinar para que tenhamos a chance e o privilégio de crescer em sabedoria (BERTACHINI, 2011).

Segundo Souza,

Hoje constatamos que o processo de secularização levou a uma superação do sagrado. A ciência e a tecnologia ocupam mais o lugar da religião, e o sagrado tende a diminuir como princípio explicativo dos fenômenos. Tudo o que é quantificável é mais fácil de ser provado. A secularização vai tomando parte no âmbito da vida e, dessa forma, a vida vai deixando de ser algo sagrado e intocável (2012, p. 188).

O ser humano já não consegue acompanhar em suas reflexões éticas o processo evolutivo da ciência, bem como as transformações que a tecnologia produz e lhe oferece. Prevalece então um conceito totalmente equivocado, de que tudo o

que é científica e tecnicamente possível é moralmente válido (D'ASSUMPÇÃO, 2011).

Nunca estivemos tão próximos do precipício, a irreflexão nos momentos de crise tão aguda neste contexto histórico que estamos vivendo pode ser fatal para a sobrevivência humana. Faz-se necessário propor a criação de mecanismos de entre o pensar e o agir, para fundar uma nova época na história, fazendo renascer a esperança diante das incômodas incertezas do nosso tempo (PESSINI, SIQUEIRA e HOSSNE, 2010).

3.2 A HUMANIZAÇÃO COMO UM PROCESSO TRANSFORMADOR

Alguns mecanismos entre o pensar e o agir começaram a surgir do meado do século XX até o presente momento, algumas práticas vem ganhando espaço no dia-a-dia das pessoas: Direitos Humanos, Bioética, Proteção Ambiental, Cidadania, mais do que conceitos emergentes, são conceitos que nos chamam para o trabalho de construção de uma outra realidade mais humanizada.

E nessa busca para a construção de uma nova realidade, a humanização desponta na sociedade pós-moderna rememorando movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos num momento em que a sociedade vive um período de frouxidão ética. Portanto, não é possível pensar em humanização de uma forma geral e humanização no contexto da saúde sem antes olhar para o que está acontecendo no mundo contemporâneo (RIOS, 2009).

O mundo contemporâneo vive em tempos de crise, ou melhor dizendo, o mundo vive uma crise de valores éticos, onde a vida humana perdeu o valor sagrado e a individualidade tomou conta do ser humano a ponto de nos fixarmos num ponto, no caso, no nosso eu e não nos preocuparmos em promover a dignidade dos nossos próximos. E se não bastasse não promover a dignidade dos nossos semelhantes, situações piores acontecem como atentados à vida humana em todas as suas dimensões: física, social, psíquica e espiritual. O abuso do poder tem levado muitos seres humanos a agirem como não humanos e numa sociedade onde os freios morais foram perdidos, este é o momento de gritarmos em favor dos seres humanos, de gritarmos por atitudes que nos reconheçam por atitudes que devolvam a nossa dignidade.

Diante de tamanha desconsideração com o ser humano e tudo que está relacionado com a vida humana, existe um setor da nossa sociedade onde a vida humana encontra-se totalmente vulnerável passando por sofrimentos produzidos pela enfermidade e por todos os procedimentos invasivos que a doença desencadeia, é o setor da saúde. Embora a necessidade de se humanizar se referir a outras áreas, é no mundo da saúde que podemos perceber nitidamente a necessidade de se aplicarem recursos e políticas para que tanto paciente, quanto profissionais da saúde, usuários, funcionários e todos que fazem parte deste processo possam ser reconhecidos como pessoas e consequentemente possam ser tratados como pessoa.

O MS (Ministério da Saúde) entende a humanização como:

O “aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos” e “mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (MELLO, 2008, p. 39).

Segundo Rios:

Há alguns anos, quando o assunto humanização chegou aos serviços de saúde a reação dos trabalhadores foi variada. Algumas pessoas (que já trabalhavam com ações humanizadoras) sentiram-se finalmente reconhecidas e encontraram seus pares, mas a maioria (que não fazia a mínima ideia do que se tratava) reagiu com desdém ou com indignação. Não eram humanos afinal? Humanizar os serviços soava como um insulto. Entretanto, tão logo se começava a discutir a humanização como o processo de construção de uma ética relacional que recuperava valores humanísticos esmaecidos pelo cotidiano institucional ora aflito, ora desvitalizado, ficava clara a importância de trazer tal discussão para o campo da saúde. A medicina (e certamente todas as profissões que se destinam ao cuidar) é uma prática ético-dependente, ou seja, ainda que o mundo se acabe em um livre agredir, em que vença o mais forte, o mais rico ou o mais bonito, na área da saúde é imprescindível a educação para a ética nas relações entre as pessoas, sem a qual não é possível realizar a missão que nos destina essa escolha profissional. [...] No sentido filosófico, humanização é um termo que encontra suas raízes no Humanismo, corrente filosófica que reconhece o valor e a dignidade do homem, este é a medida de todas as coisas, considerando sua natureza, limites, interesses e potenciais. O Humanismo busca compreender o homem e criar meios de se compreender uns aos outros. [...] Na leitura psicanalítica, o termo fala do lugar da subjetividade no campo da saúde. Humanização, enquanto tornar humano, significa admitir todas as dimensões humanas – históricas, sociais, artísticas, subjetivas, sagradas ou nefastas – e possibilitar escolhas conscientes e responsáveis (2009, p. 255).

“Na área da saúde, surgiram novas iniciativas com o nome de humanização” (RIOS, 2009, p. 254). O setor público começou a desenvolver as chamadas, ações humanizadoras, ações estas que tornavam o ambiente hospitalar mais acolhedor:

“atividades lúdicas, lazer, entretenimento ou arte, melhorias na aparência física dos serviços” (RIOS, 2009, p. 254). Hoje a humanização é um instigante campo de inovação na área da saúde, graças as várias sondagens conceituais e as novas buscas ideológicas na qualidade prestada aos seus usuários. Podemos entender hoje que a humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, é um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio de construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão nos serviços (RIOS, 2009).

No intuito de disseminar a humanização na comunidade hospitalar no ano de 2000 o MS – Ministério da Saúde criou o (PNHAH), Programa Nacional de Humanização com o objetivo de promover uma cultura de atendimento à saúde que buscasse melhor qualidade e eficiência nos serviços prestados, além de aprimorar as relações de trabalho entre trabalhadores da saúde, usuários e profissionais; hospitais e comunidade.

Em 2003, o MS transforma O PNHAH em política. A PNH (Política Nacional de Humanização), essa mudança teve o intuito de favorecer a troca e a construção de saberes, favorecendo o diálogo entre profissionais, o trabalho em equipe, levando sempre em consideração às necessidades, os desejos e os interesses dos diferentes atores do campo da saúde (MELLO, 2008).

A PNH também exerce um papel peculiar na gestão dos trabalhadores. Em um ambiente humanizado, o trabalhador que se sente reconhecido e cuidado tem mais motivação para realizar o seu trabalho, visto que ele não representa apenas um número para sua empresa e sim uma pessoa com a dignidade que lhe é de direito. Esta atenção ao trabalhador refletirá de forma positiva ao realizar o seu trabalho e neste contexto empregador, empregado e usuário saem em vantagem, pois a transversalidade na produção do cuidado torna o ambiente mais digno e humano.

A exemplo disto, podemos citar os profissionais da saúde que vivenciam no seu cotidiano o fogo cruzado entre a vida e a morte. As experiências intensas com a dor e o sofrimento dos enfermos é um processo doloroso para os profissionais que vivem neste meio, pois estes sentem-se sensibilizados com o sofrimento presente em seu ambiente de trabalho, isto quando o sofrimento do outro os leva a pensar na sua própria finitude. Neste contexto muitos profissionais ao lidar com a vulnerabilidade dos enfermos e até mesmo a de seus familiares vivem situações de

estresse e o resultado é que eles mesmo acabam se perdendo nas suas próprias vulnerabilidades.

Vejamos a seguir, como exemplo o cotidiano que vive o profissional da saúde, mais especificamente, algumas atribuições que compete ao profissional da enfermagem citadas por Kovács:

- a) execução de procedimentos indicados pela equipe médica;
- b) cuidar das demandas feitas pelos pacientes e familiares de alívio do sofrimento e do atendimento às necessidades básicas.
- c) escutar dos pacientes suas questões mais íntimas, levando-os ao constrangimento por não ter respostas a todas as questões.
- d) “contato mais constante com os familiares que acompanham o paciente e que estão vivendo situações de ansiedade e desespero diante do sofrimento e da possível perda do ente querido” (KOVÁCS, 2011, p.84). Neste contexto os familiares buscam respostas, querem confirmação de sua esperança e acabam por sobrecarregar mais ainda o profissional da enfermagem.
- e) pacientes e familiares podem nutrir sentimentos ambivalentes em relação à equipe de cuidados como por exemplo: agradecimento pelo cuidado, raiva pelo sofrimento infligido ou culpa pelo agravamento da doença.
- f) no intuito do cuidar, a enfermagem é responsável por realizar exames e intervenções invasivos e dolorosos (2011).

Ainda dentro deste contexto o profissional da enfermagem vive o dilema entre cuidar do paciente e a obrigação de salvar ou prolongar sua vida a todo custo. O silenciamento da morte nos hospitais remete a ideia de fracasso profissional e estes vivem um processo de luto, que não é reconhecido e nem autorizado. A repressão das emoções provoca esgotamento psíquico deste profissional e sem contato com suas emoções e intuições, sem contato com recursos criativos e espirituais este profissional pode vir a adoecer (KOVÁCS, 2011).

O relato acima dado como exemplo o profissional da enfermagem mostra como é fundamental a PNH, uma vez que esta política inclui não somente os enfermos, mas também inclui o cuidado para quem cuida. O Grupo Marista entende a valorização e cuidado como:

Entendemos por Valorização o conjunto de processos de ações que proporcionem ao profissional de saúde a promoção de sua dignidade pessoal e social e a sua realização profissional. Por cuidado entendemos as ações voltadas ao desenvolvimento e promoção da qualidade de vida, como

também de relações saudáveis no ambiente de trabalho (2012, p. 31).

Seguindo a definição acima de valorização e cuidado algumas tarefas são desenvolvidas para que o cuidador de pessoas enfermas, no caso os profissionais de saúde também sejam cuidados e para tanto a Política Institucional de Humanização do Grupo Marista sugere algumas ações que podem ser necessárias para que os profissionais de saúde tenham qualidade de vida no seu trabalho:

- a) Garantia de ações permanentes de promoção de qualidade de vida no trabalho, por meio de projetos específicos segundo as necessidades das diferentes funções dos profissionais de saúde.
- b) Organização de palestras formativas, com periodicidade mensal, sobre temas de desenvolvimento global do ser humano.
- c) Implementação de um acompanhamento para colaboradores em situação de vulnerabilidade social por meio de inclusão dos mesmos em redes de assistência ou encaminhamento para atendimento de profissionais específicos, conforme o caso.
- d) Desenvolvimento de um processo de Educação Continuada para todos os gestores em gestão de pessoas baseada em valores.
- e) Implementação de um processo de gestão de pessoas baseada em valores.
- f) Organização de espaços coletivos de convivência que possibilitem a integração, o desenvolvimento de atividades particulares, o descanso e o lazer para os colaboradores em horário de intervalo (2012, p. 53).

Não há dúvida que o termo humanização é atualmente um dos mais difundidos em vários segmentos da sociedade: no ambiente educacional, no mundo corporativo, no universo filosófico e religioso e principalmente na área da saúde. No nosso universo histórico vários movimentos humanistas têm se dedicado a resgatar a dignidade de nascer, viver e morrer. [...] “O processo de humanização busca a superação de uma relação funcional assimétrica para uma relação empática centrada nas pessoas” (RUTHES, 2012, p. 18). Não basta ter competência profissional e técnica, faz-se necessário também uma competência humana e relacional para que o ser humano possa ser tratado de forma integral. A gestão procura contribuir na organização dos processos de atendimento a partir de padrões de qualidade assistencial e na promoção de uma gestão participativa a fim de que todos os sujeitos implicados no processo de produção de saúde possam realizar o seu papel de protagonista referente às suas funções. Por sua vez, a Política Institucional de Humanização do Grupo Marista define a humanização como:

A globalidade de processos que tem como finalidade tornar digna a assistência à saúde. Está fundamentada em uma nova relação entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários/clientes, bem como em

uma nova forma de gestão dos processos de saúde. (2012, p. 18).

Wiese afirma que o assunto humanização precisa ser muito discutido e explorado e que se faz necessário o entendimento de que, no contexto hospitalar, a humanização precisa ser prioridade porque os valores estão bastante enfraquecidos devido ao cotidiano das instituições da área da saúde estarem debilitados e carentes de reflexões calorosas que envolvam o entendimento que a humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana:

Os questionamentos passam a ser a base do processo de construção de uma ética relacional que retoma valores humanísticos, segundo a qual devemos nos posicionar diante de um Ser maior, do amor incondicional, da interdependência, da bondade e sinceridade, bem como da participação em uma união na e com a diversidade, no diálogo e na convivência com o outro para assim humanizar (WIESE, 2013, p. 82).

A pessoa enferma nem sempre é tratada com dignidade que lhe é de direito, quando nas relações ocorrem processos de despersonalização, quando as necessidades não são satisfeitas à medida do ser humano, quando a tecnologia anula ou toma o lugar do fundamental e do insubstituível encontro interpessoal, quando os critérios econômicos impedem que os valores mais genuinamente humanos sejam o foco dos programas e serviços que têm a finalidade de prevenir, curar, cuidar ou proteger os que deles necessitam, as queixas diante da desumanização existente constituem um clamor universal de nosso tempo (BERMEJO, 2008).

“A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas” (RIOS, 2009, p. 255). Reconhecer a importância das características humanas é o primeiro passo para a humanização. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de se fazer saúde e “sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional” (RIOS, 2009, 255).

O não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais no interior de uma estrutura caracterizada pela rigidez hierárquica, controle, ausência de direito ou recurso das decisões superiores, forma de circulação da comunicação apenas descendente, descaso pelos aspectos humanísticos e disciplina autoritária fizeram do hospital um lugar onde as pessoas são tratadas como coisas e prevalece o não respeito à sua autonomia e a falta de solidariedade (RIOS, 2009, p.

256).

O desejo de humanizar converteu-se num anseio universal, em todo o mundo se sente a importância e a necessidade da humanização. Humanizar não é uma tarefa que tenha a ver exclusivamente com o mundo da saúde, afeta da mesma forma a cultura, a política, a educação, a economia, refere-se a todos os âmbitos que o ser humano se realiza ou atua.

Segundo Bermejo:

Quando a resposta à fragilidade do outro, que nos interpela e necessita de nós, nos permite falar de justiça, de saúde protegida, criada e vivida como experiência biográfica; de saúde física, relacional, emocional, mental e espiritual; de saúde no modo de viver o limite e a relação em meio à impotência; de suporte emocional e cuidado paliativo; então, sentimos o orgulho de sermos humanos, de sermos pessoas chamadas a fazer-nos *humanos* uns aos outros (2008, p. 10).

Rios, 2009, p. 257 afirma que “pensar a humanização enquanto política significa menos *o que* fazer e mais *como* fazer” e que o grande desafio é criar uma nova cultura de funcionamento institucional e de relacionamentos na qual, cotidianamente, se façam presente os valores da humanização. Rios lembra ainda que a humanização só se torna realidade quando seus gestores fazem dela mais do que uma retórica, fazem dela um modelo de fazer gestão e para tanto:

Boas intenções e programas limitados a ações circunstanciais não sustentam a humanização como processo transformador. Os instrumentos que de fato asseguram esse processo são a informação, a educação permanente e a gestão participativa (2009, p. 257).

A ação do cuidar é tão necessária quanto imprescindível para a realização do ser humano, faz-se necessário encontrar mais do que o pluralismo no âmbito dos valores, buscar os fundamentos de uma ética partilhada, tácita ou explicitamente, pelos diferentes seres humanos que têm em suas mãos a tão nobre e nada fácil tarefa de cuidar humanamente (BERMEJO, 2008).

Mas para que esse cuidar humanamente seja realizado de forma integral, nós como seres espirituais, capaz de nos autotranscendermos precisamos ir ao encontro do outro, ver a face do outro, sentir a fragilidade do outro e muito mais, reconhecer o valor desse outro que nos inspira atenção e cuidado.

3.3 O CUIDADO DO SER HUMANO NUMA PERSPECTIVA HUMANIZADORA

O ser humano está sempre presente nos discursos atuais, porém a multiplicidade das ciências que estudam o ser humano nos trouxe maior confusão do que nos ajudaram a entender o conceito de ser humano. Temos hoje inúmeras teorias antropológicas sobre o homem, porém são teorias que não se conhecem e não dialogam entre si. Faz-se necessário que antropologias de cunho científico, filosófico e teológico se conheçam e dialoguem entre si visando encontrar um consenso mínimo que guie nossa compreensão acerca do homem (PESSINI, 2010).

Nenhuma época acumulou conhecimentos tão numerosos e tão diversos sobre o homem como a nossa. Nenhuma época conseguiu apresentar seu saber acerca do homem sob uma forma que nos afete tanto. Nenhuma época conseguiu tornar esse saber tão facilmente acessível. Mas também nenhuma outra época soube menos o que é o homem (HEIDEGGER, apud PESSINI, 2010, p. 24).

Não podemos mais ignorar a pergunta “quem é o homem”? “É a pedra fundamental sobre a qual se fundamenta o paradigma bioético” (PESSINI, 2010, p. 24). Como dar à luz a uma visão antropológica que não reduza o ser humano à sua dimensão meramente material, mas que o considere na sua integralidade de ser? (PESSINI, 2010).

Nos dias atuais, esta integralidade do ser humano parece tão aceita pela sociedade quando observamos o avanço dos direitos humanos. A partir disto temos uma falsa impressão que a humanidade amadureceu o suficiente e que esta busca e respeito pela dignidade humana é algo que já está totalmente incutido no homem, porém neste mesmo momento isto passa a ser totalmente contraditório quando percebemos que este mesmo ser humano que é tão defendido e valorizado como pessoa vive em situação desumanizante sem ter condições mínimas necessárias para sobrevivência, isto quando muitas vezes está sendo submetido a práticas de experimentação consideradas totalmente indignas contra a pessoa humana. E como deveria ser o agir para com a pessoa humana?

Agir corretamente, agir com sentido, como já foi visto, é um agir que parte da interioridade do ser humano num contínuo movimento de transcendência que contemple a realidade integral da vida, da própria vida humana e de toda a vida existente na terra. A exigência de sentido coerente para a ação leva à superação do individualismo – pois o ser humano é um ser social – sem negar os valores inerentes a cada ser humano. Exige ir além da própria

cultura – pois a diversidade é uma das riquezas da humanidade – sem negar a identidade histórica da pessoa. Estimula pensar o sentido da vida a partir de sua realidade última – pois a busca de transcendência é marca concreta do cotidiano humano -, sem desprezar a sua constituição bioquímica. (SANCHES, 2004, p. 79).

Sanches, 2004, considera que agir corretamente, é agir com sentido, de acordo com o sentido da vida. Esta relação deve ser baseada numa reflexão ética de quem somos e como nos relacionamos com os outros. Mas para que tenhamos um agir ético devemos “desmascarar práticas e teorias que desejam diminuir o ser humano ou estabelecer sua relação com o mundo de maneira insustentável” (p.79). E é neste contexto que a contribuição da Bioética é fundamental na compreensão do ser humano, pois ela ilumina com reflexões críticas e oportunas situações de conflitos acerca do homem enquanto pessoa humana.

Sendo o ser humano um ser biológico, ser espiritual, naturalmente também é um ser psicossocial. No inter-relacionamento das pessoas, o homem pensa, sente, age e reage, porém ele precisa sentir-se direcionado. Somos seres complexos e necessitamos viver em harmonia com Deus, conosco mesmo e com o próximo, pois existir é fazer parte e identificar-se com uma comunidade formada de pessoas significativas, onde a nossa individualidade é apreciada e estimulada (Fisch & Shelly, 1986).

A preocupação com o ser humano, ao longo do século XX fez com que diferentes ciências como a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia valorizassem a sua inter-relação com os outros a partir do seu meio. Neste mesmo caminho, a Teologia Moral passa a falar de uma moral ‘personalista’, uma moral de aliança, dialogal, que considera os atos morais como da pessoa, que considera e valoriza a responsabilidade e o compromisso como exercício da opção fundamental interior. Neste contexto é importante destacar que o conceito de pessoa é cultural, visto que, é o modo como a sociedade ocidental fala do ser humano. Quando falamos em humano somente a partir da Biologia, o conceito de pessoa desaparece, pois, a biologia desconhece o que é pessoa (SANCHES, 2004).

Pessoa é um termo de valorização cultural com pressupostos sociológicos e decorrência ética. Características como consciência, autoconsciência, capacidade de fazer avaliações, capacidade de tomar decisões com base nestas avaliações, capacidade de agir livremente de acordo com estas decisões e capacidade de assumir responsabilidade por tal ação pertencem ao conceito relacional de pessoa.

“A fala sobre Deus reflete no conceito de humano” (Sanches, 2004, p. 86), como Deus é pessoa e o ser humano foi feito à sua imagem e semelhança, portanto é também pessoa. O pensamento cristão que deu conteúdo, na cultura ocidental ao conceito de pessoa. Esta reflexão sobre pessoa surge e se fundamenta na Teologia cristã. Jesus Cristo, assimilado como o homem-Deus, com sua natureza humana e divina se torna parte da história humana, se engajando sempre em favor do ser humano (SANCHES 2004).

Baseados neste pensamento que Deus sempre está a favor e quer o melhor para o ser humano, muitas pessoas desenvolvem atitudes que promovem o bem-estar de outras pessoas e isso demanda algo que é fundamental em qualquer relação humana, isso demanda cuidado.

Qualquer relação humana, que constitui a própria vida humana, se não cuidada fenece: amizade, amor conjugal, relações familiares, relação entre profissional da saúde e paciente, relação multiprofissional. “O cuidado consiste em esforços transpessoais no sentido de proteger, promover e preservar [...]” (p. 58). “O cuidado é qualquer ação que contribui para que as pessoas e os grupos possam viver bem [...]” (ZOBOLI, 2011, 58).

Para Boff, 2012, a sociedade existe porque o amor existe e não o contrário, o amor dá origem à sociedade, se falta o amor (fundamento) destrói-se o social, o amor é o fundamento do fenômeno social e não uma consequência dele. Quando se destrói o amor, destrói-se a sociabilidade. O amor é sempre uma abertura ao outro e uma con-vivência e co-munhão com o outro.

Para Zoboli,

O cuidado como proposta ética corresponde a uma atitude, um modo-de-ser-no-mundo. É a maneira como a pessoa estrutura e funda suas relações com as coisas, os outros, o mundo e com ela mesma. É uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização radical e aproximação vincular com o outro que parte, e ao mesmo tempo possibilita a sensibilidade para com a experiência humana e o reconhecimento do outro como pessoa e como sujeito digno (2011, p. 59).

Camargo, 2010, afirma que devemos construir formas concretas para vivenciar os valores fundamentais do ser humano, como justiça, honestidade, solidariedade, espiritualidade, liberdade, responsabilidade, respeito, veracidade e confiança. Conceitualmente valores e virtudes vão juntos, pois valores e virtudes formam o dinamismo próprio da Bioética. “A Bioética na sua realização concreta

exige uma filosofia de vida, uma cosmovisão, uma antropologia não só cultural, mas principalmente metafísica [...]” (p. 16).

Segundo Comte-Sponville:

A virtude, repete-se desde Aristóteles, é uma disposição adquirida de fazer o bem. É preciso dizer mais, porém: ela é o próprio bem, em espírito e em verdade. Não o bem absoluto, não o Bem em si, que bastaria conhecer ou aplicar. O bem não é para se contemplar, é para se fazer. Assim é a virtude: é o esforço para se portar bem, que define o bem nesse próprio esforço (1996, p.9).

Comte-Sponville diz que não nascemos virtuosos, mas nos tornamos através da educação, polidez, moral e pelo amor. É o início de um processo. A moral é um simulacro do amor, agir moralmente é agir como se amássemos. A moral imita esse amor que falta, e pelo hábito, pela interiorização, pela sublimação ela se aproxima e nos aproxima. Para este autor: “Agir bem é, antes de mais nada, fazer o que se faz (polidez), depois o que se deve fazer (moral), enfim, às vezes, é fazer o que se quer, por pouco que se ame (ética)” (1996, p. 243).

Heidegger fala do cuidado como “o solo em que se move toda a interpretação do ser humano” salienta que o cuidado é o fundamento para qualquer interpretação do humano. A partir do cuidado, é possível aproximar-se de uma compreensão acerca do modo como se organiza e vive o ser humano (SILVA, 2004, p. 15).

Buscar compreender o humano não é algo fácil, mais difícil ainda é prestar cuidado para com o ser humano que está sofrendo. O cuidado neste contexto apresenta-se como uma ferramenta essencial no nosso agir, pois é através dele e de uma escuta sensível que podemos coordenar a nossa ação. Neste mesmo pensamento é que deveriam ser gerenciadas as catedrais de sofrimento humanos.

“Os processos de gestão institucional precisam ser estudados e gerenciados sob a ótica da escuta sensível [...]” (SILVA, 2004, p. 15). Percebe-se que a ética do cuidado se forma a partir de uma prática de co-gestão nas relações educativas, políticas e administrativas, aceitando a temporalidade na qual o ser humano se encontra imerso. Para tanto se faz necessário aceitar a vulnerabilidade e perceber como o sujeito se constrói em interação. O sujeito terno é aquele que respeita as diferenças, que aprende e respeita o outro no seu jeito de ser, pois só assim será possível tecer e gerir relações de ternura (SILVA, 2004).

Hans-Martin Sass apresenta a Comunicação, Cooperação, Competência, Compaixão, Cultivação como cinco capacidades universais do ser humano em atividades moral e culturalmente bem-sucedidas e as cinco capacidades e competências que diferenciam os seres humanos das outras criaturas. A ação é uma capacidade fundamentalmente humana independente da motivação de visão de mundo específica, necessária para a vida e para a sobrevivência. Esses 5 Cs são um guia para planejar, treinar, rever e executar práticas pessoais e profissionais na esfera comercial, na política, na saúde, na cultura e em muitos campos de liderança e trabalho. Embora escorado por várias religiões e visões de mundo, os 5 Cs não se baseiam em nenhuma visão específica do mundo e não requerem uma visão particular do mundo, eles são universalmente relevantes no suporte à criatividade, à diversidade, à responsabilidade, à tolerância e à competição (2012).

A Comunicação é uma capacidade humana, expressa em muitas linguagens diferentes, incluindo a linguagem corporal e terminologias técnicas de vários tipos. A comunicação raramente tem um fim em si, ela visa à ação, ao grupo de trabalho, à produção, a serviços oferecidos individualmente, mas na maioria das vezes em grupos, instituições e corporações. A comunicação é fundamental para descobrir os vários recursos e modos de autonomia que um paciente deseja expressar, portanto num contexto da saúde ela exerce um papel mais privilegiado, pois, ela propicia o diálogo de quem está lá para se tratar com os demais profissionais de saúde e profissionais de outras áreas propiciando interação e integração para melhor compreensão da pessoa humana (SASS, 2012).

A Cooperação é o objetivo em muitas formas de comunicação, que preparam, revisam e acompanham a cooperação. Para que a cooperação funcione é necessário competência e habilidade. A compaixão é outro ingrediente essencial na tarefa de definir e alcançar objetivos. A cooperação deve ter como base a confiança, mesmo nas atividades mais técnicas expressando responsabilidades cooperativas de todas as partes envolvidas liberando o paciente ou sujeito do papel passivo de apenas dizer sim (SASS, 2012).

A Competência é indispensável para que a comunicação e a cooperação sejam eficientes e bem-sucedidas. São necessários treinamentos e mais treinamentos em cooperação para poder experimentar os efeitos positivos da competência nas atitudes e estilos de vida compassivos, o que demonstra que a

ação precisa da habilidade manual, portanto as ações devem ser conduzidas com competência e experiência (SASS, 2012).

A Compaixão, na maioria das vezes, é o know-how mais central para as ações bem-sucedidas moralmente. Atividade sem compaixão é cega e moralmente ineficiente, a compaixão para a navegação da ética é o ponto de referência mais importante, pois, ela supera e refina o simples interesse antropocêntrico da proteção e cultivação da natureza em benefício da cultura humana (SASS, 2012).

A Cultivação vem sendo um ponto de referência e um objetivo em todas as épocas da história cultural. Para evitar os enganos das gerações passadas e melhorar aquilo que já foi alcançado, o aperfeiçoamento sempre foi um objetivo para tornar permanente as boas coisas, as boas atitudes e a boa moral da educação jovem. Indivíduos e equipes devem e podem refinar suas atividades e co-operações estabelecendo regras passo-a-passo e culturas de procedimento a fim de agir com mais facilidade e bem-estar aprendendo com seus erros e tentativas anteriores (SASS, 2012).

A Bioética liga de maneira inovadora as humanidades (ética – valores humanos) e a biologia (bios) através do diálogo, como uma ponte. A Bioética como ponte vital entre bios e ética liga esses dois campos de vida e nos desafia a problematizar a realidade que estamos construindo para os tempos atuais e para o futuro da terra, mas para que a Bioética dê frutos, temos que buscar a sua eficácia conquistando respostas de cuidado (intersubjetividade) numa rede de responsabilidades recíprocas (ZOBOLI, 2010).

Zelar pelo cuidado do ser humano, em especial pelo cuidado do ser que padece implica em nos sentirmos responsáveis por ele, e neste mesmo caminho cruzamos com a importância do respeito à autonomia da pessoa, onde a pessoa tem o direito de escolher as suas ações sem ser julgada pela sua escolha. Neste contexto consideramos o respeito a autonomia como fundamental no processo do cuidar.

3.4 O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA COMO UM CUIDADO RESPEITOSO

Respeitar a autonomia de uma pessoa significa reconhecer que esta pessoa possui certos pontos de vista, cabendo a ele deliberar e tomar decisões segundo

sua vida, baseado em suas crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando a sua decisão diverge da maioria do seu contexto. O respeito à autonomia requer que sejam tolerados crenças e escolhas das pessoas desde que a escolha dessa pessoa não constitua uma ameaça à sociedade (MUÑOZ e FORTES, 1998).

Em 1979 Tom Beauchamp e James Childress publicaram o livro *The Principles of Bioethics*. A obra destes dois autores praticamente norteou a bioética dos anos 70 e início dos anos 80, sob uma linha que veio a ser cunhada de principialista. Discorreremos a seguir sobre o principialismo nos aprofundando um pouco mais sobre a importância do princípio da autonomia.

No intuito de defender, desenvolver, cuidar, proteger a vida Beauchamp e Childress pautavam a Bioética a partir de quatro princípios básicos, dois deles de caráter deontológico: (não-maleficência e justiça) e outros dois de caráter teleológico (beneficência e autonomia) (MUÑOZ e FORTES, 1998).

Princípio da autonomia: A autonomia “significa autogoverno, autodeterminação da pessoa para tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais” (MUÑOZ e FORTES, 1998, p. 57). Refere-se à capacidade de o ser humano saber o que é bom para o seu bem-estar. Uma pessoa autônoma tem liberdade de pensamento, é livre de coações internas ou externas para escolher entre as alternativas que lhe são colocadas.

Para que exista uma ação autônoma faz-se necessário que exista alternativas de ação ou que seja possível que o agente as crie, pois se existe apenas um caminho único, não há propriamente o exercício da autonomia.

Princípio da beneficência: “A beneficência, no seu significado filosófico moral, quer dizer: fazer o bem” (KIPPER e CLOTET, 1998, p. 42), é uma manifestação da benevolência, um conceito bem mais utilizado. A benevolência tem as seguintes características:

- 1) é uma disposição emotiva que tenta fazer o bem aos outros;
- 2) é uma qualidade boa do caráter das pessoas;
- 3) é uma disposição para agir de forma correta;
- 4) de forma geral, todos os seres humanos normais a possuem (KIPPER e CLOTET, 2004).

Num primeiro momento o princípio da beneficência tenta a promoção da saúde e a prevenção da doença, num segundo momento pesa os bens e os males buscando que se prevaleça os primeiros. A beneficência também tem seus limites, o

primeiro dos quais seria a dignidade individual intrínseca a todo ser humano. É difícil poder mostrar onde fica o limite da beneficência como obrigação ou dever. “A beneficência como ideal ético que deve animar a consciência moral de qualquer profissional” (KIPPER e CLOTET, 1998, p. 46).

O **princípio da não-maleficência** remonta também à tradição hipocrática: “cria o hábito de duas coisas: socorrer ou, ao menos, não causar danos” (p. 47). Beauchamp e Childress os classificam da seguinte forma: não-maleficência ou a obrigação de não causar danos, e beneficência ou a obrigação de prevenir danos, retirar danos e promover o bem. Na maioria das vezes, o princípio da não-maleficência envolve abstenção, enquanto o princípio da beneficência requer ação. (KIPPER E CLOTET, 1998).

A prática da medicina, às vezes, pode causar danos para a obtenção de um benefício maior, portanto, nem sempre o princípio da não-maleficência é entendido corretamente, pois a sua prioridade pode ser questionada. Este princípio não tem caráter absoluto e, nem sempre este princípio terá prioridade em todos os conflitos.

Princípio da Justiça: Desde Aristóteles a justiça é considerada como a disposição de dar a cada um, o que é seu, de acordo com a natureza, a igualdade ou a necessidade. Neste contexto histórico, o princípio da justiça foi lembrado diante das dificuldades de a saúde pública atender os interesses de todos, deixando as necessidades específicas para as empresas privadas.

Em 1971, John Rawls publicou *A Theory of Justice*, onde procura estabelecer a justiça com equidade, ressalta que o ser humano, uma vez alcançada a idade da razão, é autônomo e tem perfeito senso de justiça. Estabelece uma ponte entre os conceitos de “pessoa moral” e “sociedade bem-ordenada”. Rawls acredita que uma sociedade somente será justa se todos os valores sociais como liberdade e oportunidade, ingressos e riquezas, assim como as bases sociais e o respeito a si mesmo forem distribuídos de maneira igual, a menos que uma distribuição desigual fosse para beneficiar os mais necessitados. (SIQUEIRA, 1998, p.77).

Estabelece como imprescindíveis alguns direitos individuais e sociais primários:

- 1) Liberdades básicas de pensamento e de consciência que capacitariam o indivíduo para tomar decisões e buscar a implantação do bem e da justiça;
- 2) Liberdade de movimento e de livres escolhas de ocupações;
- 3) Liberdade de vendas e riquezas;

4) Condições sociais para o respeito a todo indivíduo como pessoa moral. (SIQUEIRA, 1998, p.77).

Há muito a se fazer, e nossa responsabilidade é grande em buscar implantar o princípio da justiça que transforme a nossa sociedade numa prática eficiente, equânime e justa. (SIQUEIRA, 1998).

A aplicação de quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, exerceu grande fascínio sobre os profissionais da saúde por identificar e tratar questões morais na vida dos principais interessados, os pacientes. Transformou-se em um porto seguro para o encaminhamento de soluções bastante pragmáticas em bioética clínica.

Foi um grande avanço, mas hoje se considera indispensável à realização de ampla reflexão sobre os diferentes valores morais expressados por cada um dos envolvidos no caso clínico e principalmente que as condutas adotadas sejam longa deliberação entre profissional de saúde e paciente, para que as decisões sejam as mais razoáveis e prudentes possíveis. É importante salientar que o princípalismo é apenas um dos vários conceitos do chamado “idioma” ou “linguagem bioética”. (COSTA, GARRAFA e OSELKA, 1998).

Grande foi a contribuição do princípalismo nos momentos de tomadas de decisões, porém novas necessidades foram surgindo e para além das linguagens dos princípios, fez-se necessário a existência de outras linguagens alternativas que ajudassem a captar a riqueza da experiência ética.

No Brasil, desde a década de 80, os códigos de ética profissional vêm tentando estabelecer uma relação dos profissionais com seus pacientes para que o serviço de autonomia tenda a se ampliar. Este princípio associa-se com o princípio da dignidade da natureza humana, considerando o ser humano como um fim em si mesmo e não como um meio. Portanto, o ser humano não pode servir para a satisfação de interesses de terceiros: comerciais, industriais, ou dos próprios profissionais da saúde. Respeitar a pessoa autônoma pressupõe a aceitação do pluralismo ético-social, característico do nosso tempo. (COSTA, GARRAFA e OSELKA, 1998).

Com o crescimento dos avanços tecnológicos, surgiram grandes dilemas morais que necessitavam de uma reflexão bioética para resolver questões de forma ordenada, justa, respeitando e tolerando a ética e as diversas crenças profissionais e pessoais. As Declarações de Direitos do Paciente unidas aos questionamentos de

ordem ética surgidos com os avanços tecnológicos e ao aparecimento da Bioética provocaram e estão provocando até agora uma verdadeira revolução, na ética dos profissionais da saúde que poderia ser enfocada como a Revolução Francesa na Medicina, ou melhor, a Revolução Francesa nas ciências da saúde (MUÑOZ e FORTES, 1998).

Para que os homens pudessem viver com dignidade, a Revolução Francesa estabeleceu três princípios básicos onde os homens pudessem viver numa sociedade mais humana e justa: liberdade, igualdade e fraternidade. A relação médico-paciente em bioética poderia ser traduzida assim: o médico, o paciente e a sociedade. “O paciente atua guiado pelo princípio de autonomia, o médico pelo princípio da beneficência e a sociedade pelo princípio da justiça” (MUÑOZ e FORTES, 1998, p. 57), pois cada um tem um significado moral específico. “Nesse sentido, a autonomia corresponde ao princípio de liberdade, a beneficência ao de fraternidade e a justiça ao de igualdade” (MUÑOZ e FORTES, 1998, p. 57).

O princípio da autonomia só assume seu significado num sistema ético que possua outros princípios. Geralmente o princípio da autonomia associa-se aos princípios da beneficência, de não-maleficência e de justiça. O princípio de autonomia permite a uma sociedade democrática e pluralista abarcar comunidades morais diversas, sem que nenhuma possa impor sua moral. Segundo Hanson:

O princípio da autonomia situa-se na herança de Kant, para quem a aliança da razão e da liberdade é a finalidade última. Cada pessoa deve desenvolver em si essa razão e essa liberdade – quer dizer; aumentar a sua autonomia, entendida como a capacidade de ser ela própria a criar regras que cumpre. A heteronomia, pelo contrário, é a condição dos indivíduos que obedecem aos seus instintos, às suas pulsões que não foram objeto de reflexão, ou que se conformam cegamente com os princípios morais impostos por uma autoridade política ou religiosa. Para Kant, o imperativo prático é um princípio supremo: “Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como um fim, e nunca simplesmente como um meio”. A autonomia deve ser desenvolvida tanto para a própria pessoa como para os outros. [...] O princípio da autonomia injeta os valores próprios do doente na deliberação ética e é nisso que se distingue das abordagens tradicionais. [...] Uma das vantagens mais importantes do princípio de autonomia reside no fato de ele permitir o estabelecimento de uma ética que autoriza a coexistência pacífica de cujas crenças e valores são diferentes. Com efeito, se as crenças fundamentais são diferentes, não há discussão racional que possa demonstrar que determinada atitude é boa. Na ausência de acordo sobre a natureza do bem, só com o acordo de todos é possível a existência de um tecido de moralidade comum. Concretamente, essa trama moral depende da vontade de todos de resolver os desacordos morais sem recorrer à força. Isso implica o respeito mútuo e exige o respeito pela liberdade de cada um, não como valor em si, mas como condição de

possibilidade de respeito mútuo. (1998, p. 71).

Num seminário em Michigan nos Estados Unidos foram estabelecidos os “Direitos do Paciente em Fase Terminal de sua Doença”. Assumpção salienta a importância de conhecê-los observando a sua legitimidade:

- 1) Tenho o direito de ser tratado como pessoa humana até que morra.
- 2) Tenho o direito de ter esperança, não importa que mudanças possam ocorrer.
- 3) Tenho o direito de ser cuidado por pessoas que mantêm o sentido da esperança, mesmo que não ocorram mudanças.
- 4) Tenho direito de expressar a minha maneira, sentimentos e emoções diante de minha morte.
- 5) Tenho direito de participar das decisões referentes a meus cuidados e tratamentos.
- 6) Tenho direito de receber cuidados médicos e de enfermagem, mesmo que os objetivos de “cura” mudem para objetivos de “conforto”.
- 7) Tenho o direito de não morrer sozinho.
- 8) Tenho direito de ser aliviado na dor e no desconforto.
- 9) Tenho direito de que minhas questões sejam respondidas honestamente.
- 10) Tenho o direito de não ser enganado.
- 11) Tenho o direito de, ao aceitar minha morte, receber ajuda de minha família, e que ela seja ajudada.
- 12) Tenho o direito de morrer em paz e com dignidade.
- 13) Tenho o direito de conservar a minha individualidade e não ser julgado por minhas decisões que possam ser contrárias às demais.
- 14) Tenho o direito de discutir e aprofundar a minha religião e/ou experiências religiosas, seja qual for seu significado para os demais.
- 15) Tenho o direito de esperar que meu corpo seja respeitado.
- 16) Tenho o direito de ser cuidado por pessoas sensíveis, humanas e competentes, que procurarão compreender e responder às minhas necessidades, e me ajudem a receber a morte e a garantir a minha privacidade (ASSUMPÇÃO, 2011, p. 134, apud LINS).

A partir da leitura dos direitos dos pacientes com doença em estágio terminal, podemos perceber que estes direitos também são válidos para pacientes que não estejam com doenças em fase terminal, pois o respeito à autonomia de uma pessoa faz parte do compromisso da ética do cuidado.

A ética vai além da consciência profissional, tem a ver com o compromisso de cuidado. Enquanto a consciência profissional leva a trabalhar duro para cumprir com as tarefas, os deveres e respeitar os princípios, o compromisso de cuidado cobra uma responsabilização radical pela promoção da autonomia e cidadania das pessoas, pela viabilização do desenvolvimento pleno de suas capacidades, enfim pela promoção de uma vida saudável a todos (ZOBOLI, 2010, p. 69).

A Constituição Brasileira de 1988, no art. 10, inciso III, elegeu o “princípio da dignidade da pessoa humana” como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil.

A UNESCO, na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005, estabelece como primeiro princípio (Art. 3º) a “dignidade humana e direitos humanos”, que devem ser respeitados em sua totalidade: “a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade” (PESSINI, 2010).

A ética dos direitos humanos pretende indicar não somente a dignidade fundamental do ser humano, mas as dimensões antropológicas básicas, sem as quais o bem-estar e o florescimento do ser humano são possíveis e, portanto devem ser protegidos por direitos fundamentais. Se cada indivíduo humano tem tais direitos e liberdades fundamentais, o sistema destes direitos deve ser considerado como uma estrutura básica para todas as normas legais ou éticas mais específicas. Em relação à área da assistência médica, alguns destes direitos têm importância particular, por exemplo, o direito à autodeterminação (autonomia), o direito à integridade da vida e do corpo e o princípio de equidade (HONNEFELDER, 2011, p. 143).

Para Muñoz e Fortes:

O ser humano não nasce autônomo, torna-se autônomo, e para isto contribuem variáveis estruturais biológicas, psíquicas e socioculturais. Porém, existem pessoas que, de forma transitória ou permanente, têm sua autonomia reduzida, como as crianças, os deficientes mentais, as pessoas em estado de agudização de transtornos mentais, indivíduos sob intoxicação exógena, sob efeitos de drogas, em estado de coma, etc. (1998, p. 59).

Autonomia é um termo considerado, tanto psicológico, quanto moral. Psicologicamente, autonomia é um termo descritivo de estado mental de pessoas livres para decidir sobre planos de vida e ações substanciais independentes sobre constrangimentos internos e externos. Uma influência de vida em pessoas autônomas, é um grau de livre auto-legislação. Porém, muitas pessoas podem ter total carência em autonomia, pois possuem capacidade limitada para fazer escolhas. Crianças pequenas, de mentalidade retardada, doentes mentais e senis, todos talvez com limites para basear-se em suas crenças e valores e ainda com dificuldade de autonomia suficiente para falar de autodeterminação significativamente. (Veatch, Haddad e English, 2010).

Desordens emocionais ou mentais, e mesmo alterações físicas, podem reduzir a autonomia do paciente, podendo comprometer a apreciação e a racionalidade das decisões a serem tomadas. Nesta situação, cabe a terceiros, familiares ou aos profissionais de saúde decidir pela pessoa. A deliberação, no campo da ética, se faz dentro de possível.

“O Senhor é quem sabe, doutor”. Apesar de no Brasil estarmos passando por uma mudança de cultura no sentido de respeitar a autonomia e a autodeterminação da pessoa e informá-la sobre os seus direitos diante da doença, ainda vivemos uma ética paternalista e a verdade como vemos na frase acima, acaba sempre caindo nas mãos do médico (MANIR, 2011).

Neste sentido, mesmo que o princípio da beneficência seja muito importante, ele próprio torna-se insuficiente e incapaz de demonstrar que a decisão do médico ou do profissional de saúde deva sempre anular a decisão do paciente.

A autonomia expressa-se como princípio da liberdade moral, que pode ser assim formulado: todo ser humano é agente moral autônomo e como tal deve ser respeitado por todos os que mantêm posições morais distintas (...) nenhuma moral pode impor-se aos seres humanos contra os ditames de sua consciência (MUÑOZ e FORTES, 1998, p. 58).

Ser agente moral, ter o direito de exercer uma escolha quanto a receber ou não receber um tratamento em saúde foi uma conquista a partir do principialismo. Hoje embora existam vários idiomas da linguagem Bioética não podemos esquecer que o exercício da liberdade de escolha nas decisões sobre certos tratamentos, ou melhor dizendo, o exercício da autonomia sobre certos tratamentos se deu a partir das contribuições do principialismo, que foram as molas propulsoras nas resoluções dos conflitos morais.

3.5 A BIOÉTICA COMO ESPAÇO DE REFLEXÃO, DO DIÁLOGO E DA DELIBERAÇÃO

A Bioética, como a Ética deve ter por base a Filosofia e não a Biologia. Não rejeitamos o conhecimento da Biologia, pois tanto ela como as outras ciências também são importantes para a compreensão da realidade que envolve decisões de Bioética. A Bioética considera muito importante a reflexão sobre a vida, especialmente a vida humana, enfatizando a necessidade de tratar o ser vivo como unidade. (CAMARGO, 2010).

Para Hossne, Albuquerque e Goldim:

A Bioética nasceu em momento talvez de *angústia* e de profunda reflexão crítica. Diante das possibilidades do mau uso dos avanços da biologia molecular essa angústia se expressou no neologismo: *bios + ethica*, buscando na ética uma solução em favor da sobrevivência humana e

ambiental. Resulta então claro que a Bioética é uma atividade filosófica, enquanto a ética é um ramo da filosofia. Este caráter reflexivo há de estar sempre presente ao se falar em desenvolvimento da Bioética, embora outros aspectos devam ser considerados para que ela possa se realizar. (2007, p. 145).

O neologismo “Bioética” foi cunhado pelo bioquímico cancerologista Van Rensselaer Potter em 1970 com a publicação do livro *Bioethics: Bridge to the Future* (Bioética: ponte para o futuro). A palavra “ética” deriva do grego *ethos*, que além de significar costume, significa morada. Heidegger já definia a ética como “morada do ser”, a casa onde o ser humano poderia desabrochar as suas virtualidades.

Potter salientava a urgência em usar a sabedoria como um guia para a ação, essa nova sabedoria iria fornecer o conhecimento e como usá-lo para uma melhor sobrevivência do homem e para a melhoria da qualidade de vida, chamado de Ciência da Sobrevivência. Potter dizia que a Ciência da Sobrevivência deve ser construída sobre a biologia e ampliada para além dos limites tradicionais, incluindo os elementos mais importantes das ciências sociais e humanas, com ênfase na filosofia, no sentido estrito, que significa “amor à sabedoria”: “Ciência é conhecimento, mas não é sabedoria. A sabedoria é o conhecimento de como usar a ciência e como equilibrá-la com outros conhecimentos” (POTTER, 1971, p. 41)².

Potter relata que como indivíduos, falamos de “instinto de sobrevivência”, mas as somas totais dos nossos instintos individuais para a sobrevivência não são suficientes para garantir a sobrevivência da raça humana de uma forma que qualquer um de nós aceitaria de bom grado. Um instinto de sobrevivência não é suficiente. Seria necessário desenvolver a ciência da sobrevivência que começasse com um novo tipo de ética – bioética. Uma ética interdisciplinar, definindo a interdisciplinaridade de uma maneira especial para as ciências e as humanidades.

A Bioética como um estudo filosófico, não acontece por acaso ou por um decreto de autoridade, “é um empenho total de constante construção e reconstrução de dados na mente da pessoa” (CAMARGO, 2010, p. 14). A Bioética se constrói com atitude, é um ato consciente e volitivo, com validade de juízos, valores, ideias, conceitos de senso comum, buscando sempre aumentar a riqueza de informações para construção do conhecimento. (CAMARGO, 2010).

² Traduzido pela autora.

Os pensamentos éticos de alguns filósofos foram baseados através de admiração, observação, questionamentos e evidências. Camargo coloca a questão da Filosofia como um exercício do saber, a exemplo disto espelha-se na figura de Platão que “afirmava que a Filosofia é o uso do saber em proveito do homem” (CAMARGO, 2010, p. 15).

A Bioética aponta formas para que o ser humano possa colocar em prática todo o seu saber construído, portanto, ela não pode se contentar com propostas simplistas e imediatistas. Ela deve ir além, procurando razões numa visão profunda do ser humano e do universo numa construção de harmonia, facilitando o diálogo de opiniões, estimulando a mente para, ao conhecer fatos, produzir ideias, juízos e raciocínios que ajudem a consciência a fazer escolhas mais adequadas nos momentos de tomadas de decisões. (CAMARGO, 2010).

Para Sanches a Bioética tem se tornado um espaço de diálogo interdisciplinar e plural, ela não rejeita a milenar reflexão que os diferentes povos acumularam sobre a ética, mas, paradoxalmente, ela nasce em decorrência da novidade que os problemas atuais nos trazem como desafios. Foi o desenvolvimento das ciências biológicas que fez surgir a Bioética como uma ponte que liga para a reflexão aos avanços ocorridos nas biociências e no mundo da saúde.

A bioética é, desse modo, o fruto do esforço de todos aqueles que entendem que cada novo movimento das biociências precisa ser acompanhado por um outro movimento: o da reflexão crítica sobre tal novidade. Cada conquista inusitada precisa ser acompanhada de uma reflexão sobre as suas consequências para a sociedade. Cada novo procedimento precisa ser seguido de orientações que possam garantir a continuidade e o aprimoramento do processo de cuidar. Por isso, em alguns momentos, a bioética aponta caminhos e em outros defende grupos vulneráveis, num esforço contínuo de extrair princípios que possam orientar a prática (2007, p.7).

Ainda segundo Sanches:

A bioética está num processo de amadurecimento no Brasil, e é preciso que profissionais de diferentes áreas – pois a interdisciplinaridade é uma das suas marcas – se dediquem cada vez mais ao seu estudo e desenvolvimento, com pesquisas e reflexões verdadeiramente adaptadas à nossa realidade. Buscando respostas para nossos problemas e com perspectivas e critérios nossos, talvez possamos afirmar que estamos construindo de fato uma Bioética latino-americana. É desejável também que ela adquira visibilidade social, que saia dos círculos de reflexões das universidades para as ruas, pois as causas que ela defende são cruciais para o bem de toda a sociedade. Ninguém pode ficar indiferente, pois a bioética “envolve os profissionais da saúde e todos aqueles que, com

competência e responsabilidade, dispõe-se a refletir eticamente sobre a melhor conduta a ser prestada à pessoa humana, à sociedade, ao mundo animal e vegetal e à própria natureza” (2007, p.8).

Hannah Arendt percebe que os problemas fundamentais da sociedade moderna consistem na falta de organização política e na utilização irrefletida dos avanços tecnológicos, pois as pessoas não exercem mais o poder de pensar criticamente, são simplesmente conduzidas a assumir condutas passivamente. Ela buscava a reconciliação entre pensamento e ação, esse princípio seria a operacionalização de ações que buscassem a construção de uma sociedade solidária (SIQUEIRA, 2010).

Gilbert Hottois coloca a questão da aculturação continuada, que seria a condição de possibilidade de uma relação com as ciências e as técnicas ao mesmo tempo livre e esclarecida, vigilante e crítica, uma relação que não seja crispada nem angustiada devido à incompreensão e à sensação de que as coisas se passam ao lado dos cidadãos e que por outro lado, o multiculturalismo, a diversidade das tradições, históricas, mentalidades, crenças e visões do mundo e morais que constituem a nossa sociedade é que explicam a maior parte dos problemas bioéticos:

É esta diversidade, com o seu potencial conflitual, que explica a maior parte dos “problemas bioéticos”. Por conseguinte, é indispensável adquirir e propagar uma espécie de metacultura, a cultura do multiculturalismo, chave para a possibilidade de compreensão respeitosa do outro, do “estrangeiro no plano moral”, chave para a possibilidade de dialogar com o outro de resolver os diferendos de uma maneira inteligente, não violenta. A metacultura do multiculturalismo é uma escola da tolerância esclarecida. Na nossa civilização e para o futuro de uma civilização preocupada com uma integração diferenciada e pacífica de toda a humanidade, esta metacultura é tão indispensável como a cultura científico-técnica (1998, p.13).

Na obra “O princípio responsabilidade”, Jonas nos propõe uma nova ética fundamentada em torno das categorias do bem, do dever e do ser, uma ética compromissada com o futuro do ser humano, dos animais, da natureza, da sociedade, do nosso planeta e das gerações futuras. A preocupação com a questão ambiental torna-se importante quando pensamos nos seres que estão por vir, portanto, o ser humano deve se questionar se tem o direito de arriscar, ou não, a vida futura da humanidade e do planeta.

O imperativo da responsabilidade de Jonas é princípio primordial e norteador neste momento da história onde o ser humano e o planeta encontram-se

perigosamente ameaçados devido ao esquecimento do ser humano integral e ao desordenado crescimento da ciência e da técnica, acarretando muitas vezes efeitos desmoralizantes por esse crescimento estar acontecendo desacompanhado de uma reflexão ética.

Segundo Anjos e Siqueira:

De fato, a Bioética tem facilitado o encontro com a complexidade da realidade que não se explica apenas por um saber. Tem promovido, com certa evidência, a consideração sobre os avanços dos conhecimentos científicos nas áreas biológicas; mas não menos importante, tem igualmente favorecido o encontro com os conhecimentos que dizem respeito à construção da subjetividade humana e ao tecido de suas relações sociais e ambientais. Desta forma, pelo viés da Bioética, as questões de ética nas práticas profissionais da Medicina se encontram com outras éticas levantadas por outros saberes, em outras áreas; ao mesmo tempo em que é provocada a se perguntar sobre princípios ou valores comuns que amparam sua fundamentação ética (2007, p. 21).

Ao longo de vinte séculos, a humanidade parece não ter se dado conta do valor intrínseco do homem. Pela primeira vez na história o século XXI coloca cada ser humano, nação e cultura diante da necessidade de elaborar soluções razoáveis e prudentes para a humanidade diante dos problemas morais. A partir do momento que as decisões forem tomadas mediante deliberação realizada por pessoas de diferentes culturas e moralidades, estaremos recriando uma ética universal da solidariedade.

Solidariedade é um sentimento de identificação ao sofrimento dos outros, é o que faz pessoas saírem da sua zona de conforto e colocar-se à disposição do outro, voluntariando-se na tarefa do cuidar no intuito de aliviar a dor e o sofrimento do outro.

4. VOLUNTARIANDO-SE NA TAREFA DO CUIDAR

“A vida humana, desde seu instante inicial até o momento final, reveste-se de mistério, beleza, razão, emoção, perdas, alegrias, conquistas, derrotas, despedidas, encontros e transcendência” (BERTACHINI e PESSINI, 2011, p. 11). Comemorar as alegrias, ficar perto de quem sorri, é muito bom, mas como dentro da vida humana o adoecer também faz parte, damos um destaque especial a atitude de doação. Doar-se enquanto pessoa é ter uma atitude de reconhecimento para com o outro. Neste contexto, enalteçamos o trabalho daqueles que dedicam uma parte do seu tempo, no caso, os voluntários para o “cuidar” do outro, em especial para “cuidar” daqueles que se encontram enfermos num momento em que a vida, a sociedade, o mundo vive uma crise de cuidados.

Boff, (1999) afirma que a palavra “cuidado” deriva do latim cura ou coera, que, usada em um contexto de relações de apreço e amizade, expressa atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação pela pessoa querida ou por objeto de estimulação.

A atitude se nos sentirmos responsável pelo outro implica também reconhecer que ao nos relacionarmos com o outro estaremos nos confrontando com pessoas com uma pluralidade de moralidades, pois os seres humanos como pessoas únicas e irrepetíveis tem valores, opiniões e crenças diferentes das nossas e diante disto a leitura que os outros seres humanos fazem da vida pode não ser a mesma que a nossa.

No contexto hospitalar, além dos voluntários ter como regra básica o respeito ao enfermo, é muito importante também que ele saiba por quais estágios o enfermo passa a partir do momento que ele recebe a notícia da sua doença. Segundo Baldessin, saber semear é uma arte, não é recomendável que as sementes sejam jogadas de qualquer forma por alguém num momento difícil da vida: “É preciso certa técnica para abordá-las. Algumas pessoas estão revoltadas com a religião e até com Deus. O coração está ferido. Daí a pergunta: Como “semear Deus” no coração dessas pessoas”? (2008, p. 22).

É importante que o agente ou o visitador voluntário estejam sempre atentos àquilo que o enfermo fala, mas também aquilo que ele não expressa para ver que rumo a conversa tomará. A missão do agente e do visitador voluntário é transformar,

facilitar, crescer, fazer o outro crescer e mais uma vez fechamos este pensamento com a citação de Baldessin: “Ser agente de pastoral é ser luz, ser sal, procurar transformar e deixar que o mundo nos transforme. Transformar a vida dos que sofrem é um dom que precisa desabrochar” (2008, p. 25).

Neste capítulo será definido o que é voluntário e o que é o voluntariado, quais as reações do enfermo diante da doença e as fases por quais os enfermos passa no período da doença. A questão da assistência religiosa e espiritual aos enfermos, bem como, as leis federal e municipal que dispõe sobre a assistência religiosa, a declaração sobre a diversidade cultural, o que fala a cartilha de diversidade religiosa e direitos humanos. Neste capítulo também se apresenta a figura do capelão e as leis que garantem o exercício da capelania hospitalar.

4.1 DEFININDO VOLUNTÁRIOS E VOLUNTARIADO

Nascemos com um determinado caráter, com o tempo ele vai se modificando pelo nosso agir. O nosso agir, as nossas escolhas do presente determinarão o nosso futuro. A ética consiste num treinamento vital, como um fazer é preciso conhecê-la e levá-la a sério, encarnando valores, cumprindo deveres e assumindo virtudes (ALARCOS, 2006).

O resultado da nossa ação é produto da possibilidade que tínhamos para ser ou fazer algo para sua conversão em realidade. Tanto é assim, que o homem é constitutivamente moral, a maneira que ele conduz as possibilidades que preferiu se constituirão num hábito em relação à sua autodefinição, à definição de sua personalidade. (ALARCOS, 2006).

O homem por ser o único ser vivo portador de liberdade para fazer suas escolhas, é um animal de possibilidades, mas também de preferências. Neste contexto à preferência pode ser considerada como a realização de uma possibilidade. A forma como se conduz as possibilidades é o que determinará o ethos, caráter ou personalidade moral do ser humano. Diante do dinamismo dos acontecimentos históricos há a necessidade de a ética sempre estar se construindo e como temos o desafio de justificar as nossas escolhas precisamos de uma ética aberta à história passada, presente e futura para dar valor e sentido à realização das nossas possibilidades. (ALARCOS, 2006).

Segundo Alarcos, “a ética dá sentido à história na medida em que é capaz de dar significado e orientação à vida e à história humana individual e coletivamente” (2006, p.41).

Com a correria do dia a dia não estamos tendo tempo para pensar na solidariedade, na prática das virtudes, no amor, no respeito ao próximo, enfim, estamos esquecendo o valor humano das pessoas. Perdemos tempo com tantas outras coisas e deixamos de lado na nossa decisão prática a realização de possibilidades que ajudariam no reconhecimento da dignidade humana nas pessoas que estão perdidas nas suas vulnerabilidades.

Segundo Barchifontaine,

Passamos por uma profunda crise de humanismo. Em escala mundial, presenciamos grandes transformações em várias instâncias, tais como economia, política, desenvolvimento tecnológico, direitos e deveres dos cidadãos, funções familiares, saúde e sobrevivência de muitos povos, entre outras. Da globalização excludente seria possível passar à globalização da solidariedade? O que está acontecendo com as pessoas? Onde está o humano? O simples estar com o outro, a compaixão, a tolerância, a solidariedade se tornaram valores descartáveis que contam pouco ou até nada? Até quando? (2010, p. 284).

Aos questionamentos de Barchifontaine podemos adicionar mais uma pergunta que talvez seja o ponto de partida para começarmos a sair dessa crise de humanismo: Até quando não enxergaremos o rosto do outro?

Emmanuel Levinas, em seu trabalho filosófico busca indagar a filosofia do ser, que não contempla o rosto concreto de outra pessoa e esta visão da incapacidade do ser humano de não reconhecer e respeitar o rosto do outro moveu sua filosofia. Ele acreditou e dedicou sua vida a temas que giram em torno da subjetividade humana: o outro, o infinito, o Bem, Deus, a justiça, a paz, o rosto, conceitos estes que nos remetem a uma perspectiva ética, a partir do respeito e consideração pelo outro homem.

Para Levinas o rosto não se reduz aos contornos físicos, o rosto não se confunde com a face, pois o rosto brilha na face. O rosto humano é mais que boca, olhos, ouvidos, beleza ou feiúra, cor ou raça. O rosto reluz o infinito, irradia a personalidade do homem, sua alteridade, significando que uma pessoa está sempre além de qualquer conceito, julgamento ou apreensão, refugiando-se em sua alteridade. O rosto é o homem todo, é uma infinita transcendência, é um “Eis-me

aqui”. Na antropologia levinasiana a humanidade decorre da bondade, do sair de si em direção ao outro (VOLPE, 2009).

O visitador voluntário em contato com o enfermo deve se disponibilizar em presença, sua postura deve dar a entender ao enfermo um “Eis-me aqui”. O enfermo ao ler no rosto do visitador voluntário este “Eis-me aqui”, se sentirá reconhecido, respeitado, acolhido, se sentirá pessoa com toda a sua dignidade, mesmo em meio à sua vulnerabilidade.

Segundo Lévinas:

O Outro que se manifesta no rosto perpassa, de alguma forma, sua própria essência plástica, como um ser que abrisse a janela onde sua figura no entanto já se desenhava. Sua presença consiste em se despir da forma que, entretantes, já a manifestava. Sua manifestação é um excedente sobre a paralisia inevitável da manifestação. É precisamente isto que nós descrevemos pela fórmula: o rosto fala. A manifestação do rosto é o primeiro discurso. Falar é, antes de tudo, este modo de chegar por detrás de sua aparência, por detrás de sua forma, uma abertura na abertura (2012, p. 51).

A alteridade conforme ponto de partida para Levinas, é a possibilidade de criação de um humanismo diferente pautado no rosto do outro, no reconhecimento e respeito pelo outro, é o começo da consciência moral. A alteridade é inatingível, está sempre além de nossas mãos e fora do nosso alcance. A alteridade é o que move os visitantes voluntários a deixar seu precioso tempo, se dirigir ao hospital, reconhecer o rosto de pessoas em situação de sofrimento e o mais importante dispor-se a acolhê-las.

Colocar-se como voluntário hospitalar é ir ao encontro de pessoas abaladas pelo sofrimento decorrentes de uma doença, significa oferecer-se como pessoa, uma pessoa que está disponível para escutar, para falar, se for preciso, para ajudar naquilo que é de primordial importância para o enfermo, para estar ao seu lado, para leva-los a refletir sobre a grandiosidade da sua existência e sobre o valor sagrado da sua vida, respeitando todo o seu invisível, sua intimidade, seu segredo e seu mistério. O atendimento espiritual hospitalar se resume em presença, escuta e confiança. Estar presente, estar à escuta e ter confiança no que vai brotar, mas para tanto faz-se necessário que o agente de cuidado espiritual e os visitantes voluntários ultrapassem a barreira do seu eu, vendo no outro uma relação ética.

O Desejo do Outro, que nós vivemos na mais banal experiência social, é o movimento fundamental, o elã puro, a orientação absoluta, o sentido. Em toda a sua análise da linguagem, a filosofia contemporânea insiste,

certamente com razão, sobre sua estrutura hermenêutica e sobre o esforço cultural que se exprime. Não se terá esquecido uma terceira direção para Outrem, que não é somente o colaborador e o vizinho de nossa obra cultural de expressão ou o cliente de nossa produção artística, mas o interlocutor: aquele para quem a expressão exprime, para quem a celebração celebra, e que é, ao mesmo tempo, termo de uma orientação primeira? Dito de outro modo, a expressão antes de ser celebração do ser, é uma relação com aquele para quem eu exprimo a expressão e cuja presença já é requerida para que meu gesto cultural de expressão se produza. O Outro que está diante de mim não está incluído na totalidade do ser expresso. Ele ressurge por detrás de toda reunião do ser, como aquele para quem eu exprimo isto que exprimo. Eu me reencontro diante do outro. Ele não é uma significação cultural, nem um simples dado. Ele é primordialmente, sentido [...] (LÉVINAS, 2012, p. 49).

Relacionamentos com pessoas angustiadas e aflitas cujo sofrimento intenso, acaba por nos machucar também, permite-nos levar conforto aos outros, é fazer da nossa preferência a realização de uma possibilidade de olhar e reconhecer o outro que sofre, fazendo o bem sem esperar qualquer tipo de reconhecimento oficial.

Segundo Baldessin a missão do agente é transformar e facilitar, crescer e fazer o outro crescer:

Portanto, precisamos colocar a serviço do mundo o dom que recebemos de Deus para que ele cresça e tenha sabor de vida plena. Ser agente de pastoral da saúde é ser luz, ser sal, procurar transformar e deixar que o mundo nos transforme. Transformar a vida dos que sofrem é um dom que precisa desabrochar (2008, p.25).

Para Falola, o serviço do voluntariado e do voluntário não é um serviço tão simples quanto parece, é um compromisso que se sabe onde começa, mas não se sabe onde levará, mas que através da consciência solidária podemos tornar realidade uma sociedade mais justa, solidária e fraterna. É muito importante distinguir entre a pessoa e o processo, portanto precisamos definir o que é voluntário e o que é voluntariado.

Voluntária é a pessoa que, por escolha própria, dedica parte do seu tempo, de forma continuada, à ação solidária e altruísta, sem receber remuneração por isso (2009, p.22).

Voluntariado é o modo e o processo de trabalho, mediante o qual pessoas de boa vontade, inteligentes e criteriosas se associam em virtude da solidariedade social ou de princípios sociais, religiosos ou filosóficos, com o objetivo de realizar uma tarefa de bem comum, em uma função determinada (2009, p.22).

O voluntário é a pessoa, enquanto o voluntariado é um processo e a organização que estas pessoas formam. A pessoa voluntária é fruto desse caminho que nos envolve na realidade do outro para transformar o meu em nosso. O voluntário é essa pessoa que assume a necessidade do outro sem ser o centro dessa resposta.

Já o processo necessita de outros, porque ninguém é autossuficiente em si. Precisamos de alguém que nos convide a dar o primeiro passo ajudando-nos a nos levantar e começar a caminhar, ajudando-nos a nos preparar e a nos sustentar. Essa necessidade de uns e de outros constitui-nos em comunidade, em sociedade moldando-nos a uma nova cultura, que perdurará para além de nós fazendo-nos reconhecer o quanto precisamos dos outros e quanto os outros nos salvam. (FALOLA, 2009).

Segundo Falola para fazer o serviço de voluntário, boa vontade não basta, é preciso educar a vontade da pessoa para fazer bem o que é bom. É preciso conhecer-se a si mesmo e buscar formação, é preciso ter compromisso com o imediato e o concreto. Em seus pequenos passos, chega a grandes horizontes. Sua marcha diária é um ato de fé em Deus que semeia esperança nos corações dos necessitados tornando o mundo mais humano (2009).

Pessoas que se voluntariam na tarefa do cuidar devem tomar como exemplo a parábola do Bom Samaritano (Lucas 10.25-37), que quando se voluntariou a cuidar do caído não o fez para cumprir alguma lei, nem para que o aplaudissem, mas o fez de uma forma natural, como algo que brotasse do seu interior.

Na parábola do “bom samaritano”, Jesus usa a narração não só para transmitir uma mensagem, mas para fazer uma terapia de vida. Ele encontra nas imagens do mundo da ficção o meio mais adequado para expressar suas ideias:

Um homem ia de Jerusalém a Jericó, um caminho muito conhecido por todos que estavam escutando Jesus naquela hora. Era um caminho que vinha descendo com curvas imprevistas, um lugar ideal para roubos e assaltos, que ocorriam quase que cotidianamente. Quem se metia por ali sabia o que se podia esperar, e a esse pobre caminhante ocorre o mesmo que outros já haviam passado anteriormente. Assaltam-lhe, tiram-lhe a roupa e o deixam muito ferido. Passam um levita e um sacerdote – dois especialistas em religião, duas pessoas que seguramente conheciam melhor do que o povo o que teriam que fazer, mas duas pessoas que já tinham seu programa para o dia, que já tinham seus horários controlados-, dão uma olhada ao redor, quase como quem titubeia e não sabe bem o que fazer, mas finalmente se impõem a ordem e o plano que eles tinham: deixam-se guiar por sua agenda daquele dia! E por ali passa um samaritano, um inimigo, um estranho, alguém que não participava dos

costumes religiosos judaicos, mas que, com um gesto natural, faz o que tem de fazer: levanta o homem, leva-o a um alojamento e inclusive cobre presumíveis gastos para o futuro (SANTOS, 2008, p.33).

A capacidade de amar faz o ser humano clarividente para as verdadeiras necessidades da pessoa que sofre. As necessidades do outro determinam o que se deve fazer em cada situação concreta e nos mostra que a presença solidária da família, dos amigos e dos profissionais de saúde é fundamental neste processo de cuidar, mas a vivência e presença samaritana dos voluntários ou do voluntariado nas cadeiras de sofrimento humanos têm contribuído e iluminado à vida daqueles que precisam entender e compreender a sua vulnerabilidade ou mesmo a sua própria finitude.

Ao ir ao encontro do enfermo os agentes de cuidado espiritual e visitantes voluntários devem oferecer-se como pessoa, eliminando preconceitos e a suposta superioridade em relação ao doente, tomando consciência de que são necessitados também, que necessitam de informações do enfermo para melhor direcionar a sua prestação de cuidado. Segundo Baldessin:

Agindo como facilitador, o agente restaurará o aspecto espiritual, abalado pelo sofrimento, bem como, junto com o doente, poderá visualizar novas possibilidades de caminhos que poderão leva-lo a uma vida melhor (2008, p.15).

Mais uma vez, voltando ao pensamento de Levinas os agentes de cuidado espiritual e voluntários ao ir ao encontro do enfermo, devem ir de mãos cheias, não no sentido caridoso ou assistencialista, mas em dar na justiça, contrariando muitas vezes até seu próprio interesse. Prestar cuidado é respeitar o rosto do outro com toda a sua singularidade e história, reconhecendo sua humanidade.

Os agentes e voluntários de cuidado espiritual após estabelecida uma relação de confiança com o enfermo devem sempre renovar o valor da esperança para os enfermos, seja para a possibilidade de um novo tratamento, para a possibilidade de não sentir dor, para a possibilidade de se despedir dos seus entes queridos, para a possibilidade de sentir-se confortado nos momentos mais difíceis e até mesmo para terem certeza que não irão morrer sozinhos, pois o ser humano mesmo nos momentos difíceis tem o direito de enxergar uma luz de esperança em meio a dificuldade, como nos lembra a filósofa Hannah Arendt no livro "*Homens em tempos sombrios*":

“Que mesmo no tempo mais sombrio temos o direito de esperar alguma iluminação, e tal iluminação pode bem provir, menos das teorias e conceitos e mais da luz incerta, bruxuleante e frequentemente fraca que alguns homens e mulheres, nas suas vidas e obras, farão brilhar em quase todas as circunstâncias e irradiarão pelo tempo que lhes foi dado na Terra”. (p. 9, 1987).

4.2 REAÇÕES DO SER HUMANO DIANTE DA DOENÇA

Gastamos muita energia de pensamento para definir nossa existência no planeta terra. Fechar ou não um contrato, trocar ou não de carro, de trabalho, buscar a realização profissional, independência financeira, realizar “aquela” cirurgia plástica para corrigir as imperfeições ou mesmo para “tentar” retardar o envelhecimento, comprar ou não algo que precisamos ou comprar algo porque simplesmente queremos. Durante essas buscas na nossa vida o que queremos realmente é resolver o nosso problema porque queremos que a nossa vida seja toda perfeita e porque não queremos sofrer.

Contraditoriamente quando algo inesperado chega como a doença, surpresa de sabor amargo para alguns, que se revoltam e de reencontro para outros, que assumem como sendo uma oportunidade educativa e desafio de crescimento, podemos perceber que a doença favorece o espaço para reflexão e a busca para o sentido da existência.

Quando menos esperamos, a doença nos surpreende, lembrando nossa condição mortal. Não somos eternos aqui, não nos bastamos a nós mesmos e precisamos uns dos outros. Esta presença incômoda da doença, dor e sofrimento se introduz sub-repticiamente em nossas vidas pelas portas dos fundos... sem pedir licença. Estes tornaram-se companheiros indesejados de nossa jornada, hóspedes inoportunos que pedem um lugar à mesa, no auge do banquete da vida, nos questionando, desmontando nossos planos, sem que, ao menos, tenhamos escolhido ou sequer possamos esboçar uma reação contrária (PESSINI, 1990, p. 23).

De acordo com Kübler-Ross as reações dos pacientes frente a dor e a morte aparecem em cinco estágios:

Primeiro Estágio - Negação e Isolamento: Ao tomar conhecimento da sua doença ou da sua fase terminal os pacientes negam a realidade dos fatos. A negação funciona como um para-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas

menos radicais. Normalmente a negação é um mecanismo de defesa temporário, mais frequente no começo da doença séria do que no fim da vida, como podemos constatar na citação da autora abaixo:

Em suma, a primeira reação do paciente pode ser um estado temporário de choque do qual se recupera gradualmente. Quando termina a sensação inicial de torpor e ele se recompõe, é comum no homem esta reação: "Não, não pode ser comigo." Como somos todos imortais no nosso inconsciente, é quase inconcebível reconhecer que também temos de enfrentar a morte. Dependendo de como se diz ao paciente, do tempo de que dispõe para se conscientizar gradualmente do inevitável desfecho e de como se preparou durante a vida para lutar em situações de sucesso, aos poucos ele se desprenderá de sua negação e se utilizará de mecanismos de defesa menos radicais. (2008, p. 47).

Somente mais tarde quando o paciente lança mão da sua negação é que ele consegue falar de sua morte, de sua doença, de sua mortalidade, encarando assim a morte como se fossem irmãs gêmeas coexistindo lado a lado, mas não perdendo as esperanças.

Segundo Estágio – A Raiva: A partir do momento em que não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento e as perguntas logicamente são: Por que eu? Por que não poderia ter sido ele? Do ponto de vista familiar e hospitalar é muito difícil lidar com o estágio da raiva, pois esta raiva se propaga a todas as direções e projeta-se num ambiente, muitas vezes sem razão plausível:

Os médicos não prestam, não sabem que exames pedir e qual regime prescrever; mantêm os pacientes nos hospitais mais do que o necessário ou não respeitam os desejos deles quanto a certos privilégios; permitem que acomodem no quarto outro doente, menos grave, quando se paga tanto por um pouco de sossego e privacidade, etc. Na maioria das vezes, as enfermeiras são alvo constante da raiva dos pacientes. Tudo o que pegam, pegam errado; assim que deixam o quarto, a campanha toca de novo; nem bem se sentam para fazer o relatório para o pessoal do turno seguinte, já se acende a luz de chamada; quando vão arrumar a cama e fofar os travesseiros são acusadas de jamais deixá-los em paz; quando são deixados em paz, a luz se acende de novo para que elas venham ajeitar a cama com mais conforto. As visitas dos familiares são recebidas com pouco entusiasmo e sem expectativa, transformando-se em penoso encontro. A reação dos parentes é de choro e pesar, culpa ou humilhação; ou, então, evitam visitas futuras, aumentando no paciente a mágoa e a raiva. (2008, p. 56).

É muito importante neste estágio analisarmos o motivo da raiva do paciente, poucos aqui se colocam no lugar do paciente e buscam entender de onde pode vir esta raiva. Quando nossos projetos de vida são interrompidos prematuramente,

quando percebemos que nossos projetos ficarão inacabados, quando pensávamos que poderíamos gastar aquele dinheirinho suado que economizamos para gastar mais tarde com viagens prazerosas e passatempos prediletos e de repente nos deparamos com o fato de que “isso não é para mim”.

Neste estágio da doença nada agrada o paciente e qualquer atividade de entretenimento que lhes ofereçam comparam-na com seus familiares ou com o pessoal do hospital achando que irão esquecê-lo. A partir disto para não ser esquecido, ele passa aumentar o tom da sua voz, faz exigências, reclama a atenção, quer ter o controle da situação e lembra as pessoas do seu meio que ainda não está morto.

É muito importante neste estágio tolerar a raiva, racional ou não, do paciente. Precisamos aprender a ouvir os nossos pacientes, suportando-os no momento da explosão de sua raiva, pois o fato do paciente externar a sua raiva contribuirá para melhor aceitar a sua doença ou mesmo a iminência da morte.

Terceiro Estágio – Barganha: Superadas a negação e o isolamento e o estágio da raiva a pessoa enferma entra no terceiro estágio, o da barganha, é um estágio curto, mas, útil ao paciente. Se nos primeiros estágios não conseguimos ser bem-sucedidos, talvez se nos comportarmos melhor podemos entrar em um acordo com Deus: “Se Deus decidiu-me levar-me deste mundo e não atendeu a meus apelos cheios de ira, talvez seja mais condescendente se eu apelar com calma” (2008, p.87).

O enfermo pensa em uma nova forma de abordar o problema, a partir de experiências anteriores ele prevê uma leve possibilidade de ser recompensado por um bom comportamento e receber um prêmio, geralmente o prêmio que o enfermo almeja são o prolongamento de seus dias ou alguns dias sem dor ou sem males físicos. Por isso a autora através de suas experiências com os enfermos destaca a importância do cuidado interdisciplinar ao lidar com o enfermo e a importância de entender pelos quais estágios o mesmo passa:

Psicologicamente, as promessas podem estar associadas a uma culpa recôndita. Portanto, seria bom se as observações feitas por esses pacientes não fossem menosprezadas pela equipe hospitalar. Ao considerar essas atitudes, um capelão ou um médico dedicados podem muito bem querer descobrir se o paciente está sentindo culpa por não ter frequentado a igreja com mais assiduidade, ou se existem desejos hostis mais profundos e inconscientes que aceleram tais culpas. É por esse motivo que achamos de grande valia uma abordagem interdisciplinar no cuidado com o nosso paciente, pois frequentemente o capelão era o primeiro a ouvir estes assuntos. Continuávamos o tratamento até que o paciente se sentisse aliviado de temores irracionais ou do desejo de punição causado por culpa excessiva, que as novas barganhas e as promessas não cumpridas haviam imposto, quando a “meta” escolhida já fora superada (2008, p. 89).

Segundo Kübler-Ross, a maioria das barganhas que os enfermos fazem são feitas com Deus e são mantidas em segredo, ditas nas entrelinhas ou no confessional do capelão. As promessas geralmente são “uma vida dedicada a Deus” ou “uma vida a serviço da igreja”, tudo no intuito do prolongamento de seus dias de vida.

Quarto Estágio – Depressão: A partir do momento que o paciente em fase terminal já não pode negar a sua doença, quando é forçado a submeter-se a mais uma cirurgia ou hospitalização, quando novos sintomas aparecem tornando-o mais debilitado ou magro, o paciente passa a sentir um grande sentimento de perda. Esta perda pode apresentar muitas facetas: pacientes do sexo feminino que tem câncer de mama, pode reagir à perda da sua imagem, uma paciente com câncer no útero pode sentir que não é mais mulher. Neste mesmo contexto, aparecem os problemas financeiros devido aos tratamentos e hospitalizações. O custo elevado do tratamento e da hospitalização obriga muitos pacientes a venderem suas posses e se privar de sonhos que haviam programado para o futuro.

Existe ainda a possibilidade de o enfermo perder seu emprego devido ao excesso de faltas ou à impossibilidade de exercer a sua função. Muitas mães podem ser obrigadas a trabalhar mais, privando as crianças da atenção que recebiam anteriormente. No caso de as mães adoecerem, os filhos pequenos talvez tenham que ir para casa de parentes. Todas essas perdas acabam por aumentar a tristeza e o sentimento de culpa dos pacientes.

A autora tenta diferenciar dois tipos de depressões, classifica a primeira como uma depressão reativa. As assistentes sociais e os capelães podem auxiliar muito neste tipo de depressão, nesta fase do processo de reorganização do lar e se os

membros das profissões auxiliares estivessem mais a par da discrepância e do conflito entre o paciente e o seu ambiente, poderiam ser de grande ajuda para o paciente e seus familiares.

O segundo tipo de depressão, ao invés de lidar com perdas passadas, leva em conta perdas iminentes. É uma depressão preparatória, é importante salientar que estas depressões devem ser tratadas de forma diferente uma da outra.

Quando a depressão é um instrumento na preparação da perda iminente de todos os objetos amados, para facilitar o estado de aceitação, o encorajamento e a confiança não tem razão de ser. O paciente não deveria ser encorajado a olhar o lado risonho das coisas, pois isto significaria que ele não deveria contemplar a morte iminente. Dizer-lhe para não ficar triste seria contraproducente, pois todos nós ficamos profundamente tristes quando perdemos um ser amado. O paciente está prestes a perder tudo e todos a quem ama. Se deixarmos que ele exteriorize seu pesar, aceitará mais facilmente a sua situação e ficará agradecido aos que puderem estar com ele neste estado de depressão sem repetir constantemente que não fique triste. Este segundo tipo de depressão geralmente é silencioso, em contraposição ao primeiro, que requer muita conversa e até intervenções ativas por parte dos outros em muitos assuntos, o paciente tem muito para comunicar. No pesar preparatório há pouca ou nenhuma necessidade de palavras. É mais um sentimento que se exprime mutuamente, traduzido, em geral, por um toque carinhoso de mão, um afago nos cabelos, ou apenas por um silencioso “sentar-se ao lado”. É esta a hora que o paciente pode pedir para rezar, em que começa a se ocupar das coisas que estão à sua frente e não com as que ficaram para trás. É a hora em que a interferência excessiva de visitantes que tentam animá-lo retarda sua preparação emocional, em vez de incentivá-la. (2008, p. 93).

Este estágio de depressão é necessário e benéfico para o paciente passar para o estágio de aceitação, pois somente aqueles que conseguiram superar suas angústias e ansiedades são capazes de alcançar a aceitação e a paz.

Quinto estágio – Aceitação: Um paciente que recebeu ajuda para superar os estágios anteriores, não sentirá mais raiva ou depressão quanto ao seu destino. Já pôde externar seu sentimento de inveja pelas pessoas vivas e sadias e a sua raiva por aqueles que não são obrigados a enfrentar a morte tão cedo. Na maioria dos casos, já está bastante cansado e fraco, terá lamentado a perda iminente de pessoas e lugares queridos. Neste contexto é possível para o enfermo contemplar o seu fim próximo com um certo grau de tranquilidade.

Neste estágio ocorre uma necessidade gradual e crescente de aumentar as horas de sono. Este sono frequente e de intervalos curtos é diferente do sono do estágio da depressão, que é um sono de fuga ou um sono que busca um momento de alívio da dor. É como um recém-nascido, mas em sentido inverso.

O estágio de aceitação não pode ser confundido com um estágio de felicidade, é como se a dor tivesse esvanecido, a luta houvesse cessado e chegasse o momento do “repouso derradeiro antes da longa viagem”. Neste período a família precisa de muito apoio e compreensão até mesmo para compreender o comportamento do enfermo.

[...] À medida que ele, às vésperas da morte, encontra uma paz e aceitação, seu círculo de interesse diminui. E deseja que o deixem só, ou pelo menos, que não o perturbem com notícias e problemas do mundo exterior. Os visitantes quase sempre são indesejados e o paciente já não sente mais vontade de conversar com eles. Geralmente pede que seja limitado o número de pessoas e prefere visitas curtas. É o período em que se “desliga a televisão”. Nossas conversas, então passam de verbais a não-verbais. O paciente já indica com um gesto de mão que nos sentemos um pouco. É provável que só segure nossa mão num pedido velado para que fiquemos em silêncio. Para quem não se perturba diante de quem está prestes a morrer, estes momentos de silêncio podem encerrar as comunicações mais significativas. Podemos juntos ouvir o canto de um pássaro lá fora. Nossa presença pode até ser uma garantia de que vamos ficar por perto até o fim. Quando já estiverem sendo providenciadas as coisas mais importantes, podemos simplesmente deixar que saiba que tudo está bem sem precisar dizer alguma coisa. É só uma questão de tempo até fechar os olhos para sempre. Isto pode lhe dar certeza, quando não puder mais falar, de que não foi abandonado, e um leve aperto de mão, um olhar, um recostar no travesseiro podem dizer mais do que muitas palavras “proferidas” (2008, p. 118).

Existem pacientes que se agarram à esperança lutando até o fim, tornando impossível atingir o estágio de aceitação. Tentam driblar a morte inevitável e quanto mais tentam negá-la, mais difícil fica para alcançar o estágio de aceitação com paz e dignidade. Outro cuidado que a família e a equipe hospitalar devem ter é que por achar que esses pacientes são resistentes e fortes, estes devem ser encorajados a lutar pela vida até o fim, deixando transparecer que aceitar o próprio fim é uma entrega covarde, uma decepção e uma rejeição da família. Neste contexto é fundamental distinguir “entrega” do estágio de aceitação, quando geralmente nosso desejo de prolongar a vida contrasta com o desejo do paciente de descansar e morrer em paz.

Segundo Agnolin, com certeza o processo de hospitalização não faz parte dos planos existenciais de ninguém e a doença pode ser entendida como interrupção biográfica da pessoa. Quando a doença aparece ela traz à tona uma realidade não desejada que obriga, temporariamente, deixar de lado projetos ou mesmo a reestruturar toda a sua existência. O modo de se relacionar com a doença, com o tratamento e com a hospitalização não segue um padrão preestabelecido, pois cada pessoa tem a sua dinâmica e cada pessoa lida com a doença à sua maneira.

Assim como Klübler- Ross, Agnolin cita a fase da negação, da depressão e da aceitação como mecanismos de defesa do enfermo diante da doença, porém ele descreve mais algumas manifestações psíquicas que podem ser bem frequentes nos enfermos:

a) **Regressão:** a pessoa enferma volta a ter comportamentos infantis, ela pode ser percebida quando o enfermo demonstra uma necessidade exagerada de cuidados, de chantagens para explorar o amor da família. Caso a família demonstre muito amor, solidariedade e carinho durante a doença pode ser melhor não melhorar. A regressão pode ser útil ao paciente quando o enfermo deixa suas preocupações e exigências habituais e recentraliza suas forças sobre si e quando ele aceita ajuda e apoio por parte das pessoas mais próximas, confiando-se a elas no processo de tratamento (AGNOLIN, 2007, p. 19).

b) **Neutralização do afeto:** a pessoa enferma reprime seus afetos e emoções que acompanham a tomada de consciência da doença. Parece assumir muito bem a doença inclusive utilizando-se de termos científicos e fala como se estivesse falando de outra pessoa e não de si próprio (AGNOLIN, 2007, p. 20).

c) **Dependência:** para o enfrentamento de uma situação ameaçadora o indivíduo busca o fortalecimento do eu por meio de identificação projetiva estabelecida com outro considerado potente, delegando ao outro a resolução dos passos do tratamento ou da própria vida (AGNOLIN, 2007, p. 20).

d) **Reação persecutória:** ao se deparar com a perda da saúde, da autonomia e da liberdade pode ocorrer uma atitude de contra-agressão ou contratransferência por parte das pessoas que estão com o enfermo. É um estado de revolta do enfermo e para preservar a sua individualidade ele passa a considerar o outro como causador do seu sofrimento físico e psíquico. Em situações de revolta do paciente deve-se buscar entender a sua verdade ao invés de querer mostrar que o paciente está errado (AGNOLIN, 2007, p. 21).

e) **desamparo:** com a hospitalização ocorre uma reação psíquica devido às perdas de referenciais significativos na vida do indivíduo que afeta sua rotina, seus hábitos, seus costumes, perda da autonomia e do controle do seu destino (AGNOLIN, 2007, p. 21).

f) **fantasias:** é muito comum os enfermos ter fantasias mórbidas que revelam temores relacionados à crise do adoecer, tratamento e hospitalização, tais fantasias estão sempre associadas com conteúdos de características destrutivas e

ameaçadoras apontando para o comprometimento do juízo da realidade (AGNOLIN, 2007, p. 21).

A crise de uma doença pode proporcionar a experiência de estar no deserto, fazendo surgir muitas dúvidas, incertezas e medos. O convívio com agentes de cuidado espiritual e visitantes voluntários nos hospitais poderá ajudar o enfermo a resgatar aquilo que é mais importante na vida do enfermo, como também ajudará na busca pelo sentido da sua existência. A sensibilidade perante o sofrimento pode ser um tempo de provação, mas também um tempo de autodescoberta e aperfeiçoamento da identidade.

4.3 ASSISTÊNCIAS RELIGIOSA E ESPIRITUAL AOS ENFERMOS

É muito comum as pessoas procurarem cuidados espirituais em situação de enfermidade ou em outras experiências dolorosas. Tanto o enfermo quanto a família do enfermo buscam recursos espirituais para enfrentar os altos níveis de angústia durante sua própria enfermidade ou para enfrentar a enfermidade de um ente querido.

Diante da angústia e dor, cada enfermo tem as suas características peculiares, há vários caminhos para trazer alívio ao ser que sofre, mas a dimensão espiritual constitui um dos mais saudáveis. Não temos como negar que a espiritualidade é parte fundamental da nossa vida, especialmente em momentos que nos sentimos fragilizados, daí a importância de cuidar dessa dimensão. Schallenberger salienta a importância desse cuidado.

Cuida-se do corpo, da vida social, das trocas, da psique, da vida prática, mas – não raramente – não se dá atenção da dimensão espiritual. No entanto ela está presente. Ela faz parte da vida. Sempre se leva em consideração, o que é muito importante, **que não se fala propriamente em religiosidade**. Esse ser espiritual existe e é capaz de desenvolver-se mesmo sem algum dogma ou religião específica. Todos somos seres completos, portanto, todos temos o que chamamos de espírito, ou alma, ou como preferirmos nomear (2012, p. 96).

Ainda segundo este autor:

Como tudo em nós, cada pessoa encontra dentro de sua individualidade caminhos próprios que a levam ao encontro com essas respostas, ou seja a espiritualidade e seu exercício estão sempre presentes, porém em lugares diversos da vida de cada um, é algo absolutamente particular e peculiar. E é exatamente nessa constante busca que cada um será capaz de, no encontro consigo, encontrar-se com algo sagrado. (2012, p. 97).

Voltando na história podemos perceber que o tratamento das doenças começou com a religião. Pela Bíblia podemos constatar que os sacerdotes eram os grandes “médicos” ou terapeutas e por muitas vezes os templos faziam às vezes de hospitais e por aí podemos constatar que a assistência religiosa e espiritual em conjunto com a arte de curar as enfermidades físicas buscavam uma perfeita harmonia em prol do homem integral. Com Hipócrates (460 a.C), começou a surgir uma medicina científica, pois até então, a cura das enfermidades estava misturada com divindades superstições e encantamentos.

Na era Cristã, em 335 A.D., foi determinada a extinção dos hospitais pagãos e estimulada a abertura de hospitais cristãos. O Papa Inocêncio III construiu em Roma o Hospital Espírito Santo, este hospital existiu até 1922, quando foi destruído por um incêndio.

O século 19 foi marcado pelos materialismos e nós, os seres humanos do século XXI, somos herdeiros diretos dessa pletera de materialismos. O meio universitário foi marcado profundamente pela visão materialista, não dando espaço para discussão de outra alternativa, nutrindo preconceitos contra uns poucos espiritualistas que conseguiram sobreviver nesse meio (FERREIRA e ZITI, 2010).

Segundo Ferreira e Ziti:

Então a medicina começou a tomar uma direção separada da religião, até cair num certo materialismo. Estas duas linhas paralelas seguiram pela história. Em dado momento a linha da ciência se desvincula da religião entrou pelo caminho do ateísmo e muitos médicos passaram a não crer em nada a respeito da fé e do espírito (2010, p. 24).

Com os constantes avanços da tecnologia, o homem foi tomando consciência do seu poder sobre a vida e a morte, esses avanços trouxeram ganhos, perdas, discussões sobre o início, desenvolvimento e fim da vida. As questões religiosas, que sempre estiveram presentes na vida das pessoas foram deixadas de lado devido ao avanço científico, ocorrendo a diminuição do espaço do sagrado no mundo da saúde.

Com as divergências entre crentes, não crentes, pessoas indiferentes à religião surgiram nas mais importantes universidades e revistas do mundo da saúde pesquisas ressaltando a importância da religião e da fé na recuperação da saúde. (BALDESSIN, 2007).

Nas últimas décadas do século surgiu um grande despertar por parte dos profissionais da saúde para os aspectos espirituais dos pacientes. Muitos profissionais da saúde passaram a concluir que a medicina também precisa de Deus. Dentre os esforços na área da saúde para tratar a saúde na sua integralidade ou globalidade chegou-se à conclusão do valor do aspecto espiritual frente às enfermidades. Isto quer dizer que além do aspecto físico, psicológico e social, o espiritual também deve ser reconhecido e fazer parte deste conjunto. Para tanto, Ferreira e Ziti salientam que ao prestarmos assistência nos hospitais devemos ir além de uma assistência meramente religiosa:

No entanto, temos que ir além da necessidade de uma assistência religiosa e partir para uma assistência definitivamente espiritual. Isto é, a assistência religiosa ajuda o paciente na medida em que o seu sistema de fé pode causar-lhe bem interior porque ele assim crê. E as legislações modernas caminham cada vez mais para garantir este direito dos pacientes de serem assistidos na sua fé enquanto hospitalizados (2010, p. 25).

Ainda segundo estes autores:

É bom lembrar que há uma diferença entre fé, assistência religiosa e assistência espiritual, apesar de essas duas estarem num mesmo nível. A assistência religiosa ajuda o paciente com os elementos de sua crença: seus dogmas, seus conceitos, sua doutrina, seus objetos de fé. Neste caso, a ajuda pode ser apenas em alimentar aquela parte interior que domina suas esperanças. No entanto, essa assistência religiosa pode não atender à verdade espiritual (2010, p. 31).

Hennezel e Leloup colocam que a “demanda espiritual não se dirige a “especialistas da espiritualidade”, mas a todos os seres humanos. Pessoas que acompanham um enfermo se dirigem a ele com estima, respeitando todo o invisível da pessoa, ou seja, sua intimidade, seu segredo, seu mistério, pode-se dizer que, nesse acompanhamento a dimensão espiritual está integrada. Nesse sentido, o acompanhamento espiritual consistiria em estar simplesmente presente.

Num acompanhamento espiritual não se pede a alguém para manter qualquer atitude religiosa, muito menos, esperar que do enfermo que tenha uma experiência de transcendência. No encontro com o enfermo não falamos de espiritualidade,

procuramos vive-la e irradiá-la pela nossa maneira de ser. Acompanhar é ajudar o outro a fazer no âmago do seu sofrimento, no próprio âmago daquilo que ele é. É propiciar que mesmo diante da enfermidade o enfermo possa dar um “passo a mais”. Segundo estes autores: “Um acompanhante espiritual é, portanto, alguém que pode acompanhar essa retomada “de marcha” e favorecer essa abertura, evitando que o outro fique confinado em seus sintomas e se identifique com eles” (HENNEZEL e LELOUP, 2012, p.24).

A saúde é um dom de Deus, é o resultado de um trabalho em defesa da vida, ela não é uma preocupação exclusiva dos cristãos, ela interessa a toda a humanidade, independente de credo, raça, nacionalidade, sexo ou cor, pois ela é um direito fundamental do homem. Ao contrário da saúde, a enfermidade, segundo a Bíblia sagrada se apresenta como um estado de debilidade e de fraqueza que toma a sério o sofrimento humano como o pior de todos os males (Destri, 2008).

Nos ambientes da saúde, a dimensão humana de abordagem ao doente apresenta ainda muitas falhas por parte das pessoas que prestam cuidado espiritual porque profissionais e voluntários da religião nem sempre agem como pessoas humanas. Sem se dar conta, muitos agentes de cuidado espiritual e voluntários tem a tendência a dissociar com facilidade a sua pessoa e a sua função, empobrecendo a natureza de suas intervenções. Embora sejam evangelizadores por ações, seu dever nunca é doutrinar, mas amar autenticamente. Essa carência de humanidade pode ser resultado de uma identificação exagerada com a sua instituição e com o papel que estão exercendo dentro do hospital aproveitando-se da situação de que o doente está vivendo (BRUSCO, 2007).

Brusco salienta que a especificidade da aproximação pastoral não se dá unicamente por gestos e ações religiosos, mas muitos outros elementos devem ser levados em consideração: a imagem cheia de emotividade que o paciente projeta no agente e voluntário de cuidado espiritual, a tradição que ele encarna, a perspectiva em que se situam todas as suas intervenções, a própria pessoa do agente de cuidado espiritual ou dos voluntários. A especificidade da aproximação pastoral deve ser procurada mais na qualidade que na quantidade, mais nas atitudes subjetivas do que no número de atitudes religiosas que ele administra. “Tanto na abordagem pastoral como em qualquer relação terapêutica, é a pessoa do doente que deve ser o alvo de atenção. Deve ser sempre considerada como um ‘fim’ e nunca como um ‘meio’” (BRUSCO, 2007, p. 18).

4.4 DIVERSIDADES RELIGIOSA NO CONTEXTO HOSPITALAR

Embora espiritualidade e religião sejam algo bem distintos, no contexto hospitalar as duas aparecem como aliadas porque os agentes de cuidado espiritual e visitantes voluntários geralmente estão ligados a uma denominação religiosa. Isto não quer dizer que no cuidado espiritual para os enfermos os agentes ou voluntários religiosos devam pregar suas religiões ou doutrinas. O cuidado espiritual se traduz em forma de presença, de colocar-se à disposição do ser que está sofrendo e daí espera-se o que vai brotar após estabelecida uma relação de confiança. Geralmente são os enfermos mesmo que solicitam atitudes religiosas como orações, músicas e leituras que lhe promovam conforto, daí a constatação de que as duas são aliadas.

Hennezel e Leloup, 2012, colocam que além do aspecto espiritual não ser reconhecido, ele é confundido com o religioso. Não podemos tirar o mérito do religioso aqui, porque a realidade constata que as crenças e práticas religiosas são a forma mais importante de lidar com a existência, doença e com as mudanças causadas pela doença, lembrando, porém, que isto não é cuidado espiritual.

Segundo Batista e Mendonça, o enfrentamento religioso abrange a religiosidade e a espiritualidade, que se diferenciam em alguns aspectos:

A espiritualidade pode ser entendida como a crença que aceita e tenta desenvolver a parte espiritual do ser humano em oposição à sua parte material. É um processo dinâmico, pessoal e experiencial que procura atribuir sentido e significado à existência, podendo coexistir ou não com a prática de um credo religioso. A religiosidade, baseia-se na aceitação de determinado conjunto de valores. As religiões são formadas por grandes sistemas de doutrinas e conjuntos de rituais de culto que se propõem a sacralizar praticamente todas as fases da vida das pessoas. Alguns autores sugerem que a religião é institucional, dogmática e restritiva, enquanto a espiritualidade é pessoal, subjetiva e enfatiza a vida (2012, p.176).

No tratamento da doença hoje constata-se que não é possível tratar a doença isoladamente sem considerar o meio sociocultural do paciente, pois compreender suas convicções pessoais, suas emoções e suas crenças contribui que o enfermo realize o exercício da sua autonomia, contribuindo de uma forma ativa no seu tratamento. Por este motivo se deve considerar a diversidade religiosa no ambiente hospitalar.

É importante citar o que diz na apresentação da cartilha Diversidade Religiosa e Direitos Humanos de 2005:

O Estado Brasileiro é laico. Isso significa que ele não deve ter, e não tem religião. Tem, sim, o dever de garantir a liberdade religiosa. Diz o artigo 5º, inciso VI, da Constituição: “É inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e as suas liturgias”. A liberdade religiosa é um dos direitos fundamentais da humanidade, como afirma a Declaração Universal dos Direitos Humanos, da qual somos signatários.

A pluralidade, construída por várias raças, culturas, religiões, permite que todos sejam iguais, cada um com suas diferenças. É o que faz do Brasil, Brasil. Certamente, deveríamos, pela diversidade de nossa origem, pela convivência entre os diferentes, servir de exemplo para o mundo. No Brasil de hoje, a intolerância religiosa não produz guerras, nem matanças (Apresentação).

A declaração sobre a diversidade cultural, de 2001, confirma em sua introdução:

“A UNESCO, reafirmando sua adesão à plena realização dos direitos humanos e das liberdades fundamentais proclamadas pela Declaração Universal dos Direitos Humanos; [...] Reafirmando que a cultura deve ser considerada como o conjunto de traços distintivos espirituais e materiais, intelectuais e afetivos que caracterizam uma sociedade ou um grupo social, e que abrange, além das artes e das letras, os modos de vida, as formas de convivência, os sistemas de valores, as tradições e as crenças. [...] Aspirando a uma maior solidariedade baseada no reconhecimento da diversidade cultural, na conscientização da unidade do Gênero Humano e no desenvolvimento de intercâmbios culturais, proclama: [...] A diversidade cultural amplia as possibilidades de escolha que se oferecem a todos; é uma das fontes do desenvolvimento, entendido não somente em termos de crescimento econômico, mas também como meio de acesso a uma existência intelectual, afetiva, moral e espiritual satisfatória” (art. 3º) (CARNIATO, 2010, p. 8).

Às vezes fé e religião necessitam de uma passada pelo hospital. No hospital a fé na maioria das vezes se expressa em forma de grito, de dor, de pergunta por sentido, de sinais eficazes, cuidados e celebração dos mistérios da vida. É triste constatar que pessoas e instituições às vezes têm manipulado a imagem de Deus reduzindo a fé a uma religião. “É triste também ver pessoas que fazem os outros calarem (outra forma de morte) porque suas palavras põem em perigo a segurança dos fracos e dos que de um modo ou de outro tiram partido da preguiça mental e do infantilismo religioso” (BERMEJO, 2008, p. 76).

Os visitantes devem ajudar os enfermos para que estes vejam na dor a oportunidade de crescimento e a aproximação de Deus, mas para isto é imprescindível superar os pontos de desacordo moral e metafísico, saber lidar com o pluralismo moral é mais um dos desafios da Bioética. Mesmo estando separados por

moralidades diferentes, que não são compartilhadas por outras moralidades, como a fé e a obediência a Deus, o visitador deve ter uma postura ética ao abordar ao enfermo para lhe passar algum tipo de conforto, sem esperar deste algum tipo de conversão.

Diante disto, os visitantes devem estar abertos a reflexões e levar a diversidade moral a sério, pois a bioética é puramente plural.

A Lei Federal 9982 de 14 de julho de 2000 dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas ou privadas, bem como nos 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.

A Lei Municipal 10.816 de 21 de outubro de 2003, dispõe sobre o direito de assistência religiosa:

Fica assegurada a assistência religiosa, aos enfermos internados na rede hospitalar pública ou privada, civil ou militar, aos idosos em pousadas e asilos e aos reclusos que em qualquer estabelecimento prisional, no âmbito do Município de Curitiba. As direções dos estabelecimentos a que se refere o “caput” deste artigo poderão criar regulamentos internos definindo os horários em que as visitas podem se dar, bem como eventuais limitações necessárias aos bons cuidados dos internos.

Fica assegurado aos ministros de qualquer culto, diáconos, obreiros e outros prepostos, desde que portem documento de identificação, que lhes servirá de credencial, o livre acesso aos locais, referidos no artigo anterior, para a prestação de assistência religiosa.

O acesso dos ministros religiosos aos leitos hospitalares só poderá ser permitido mediante a autorização do paciente, ou, em caso de impossibilidade deste, por parte de um familiar responsável.

É importante observar que tanto a lei Federal 9982 de 14 de julho de 2000 quanto a Lei Municipal 10.816 de 21 de outubro de 2003, garantem o exercício da autonomia da pessoa enferma, pois a lei assegura que a assistência religiosa deve ser prestada somente com a autorização do enfermo.

Um serviço que se destaca na prestação de atendimento espiritual hospitalar é o serviço da Capelania Hospitalar. Schallenberger define a Capelania Hospitalar como uma experiência sem igual de servir as pessoas em seus momentos de crises, dores, sofrimentos e dificuldades e também nas alegrias, vitórias, superação, curas e livramentos.

A Capelania hospitalar é um serviço de assistência espiritual prestado aos doentes em internamento e a todas as pessoas no ambiente hospitalar, como profissionais da saúde e funcionários da instituição, tanto na rede pública quanto da rede privada. A assistência voluntária prestada diariamente aos enfermos tem o intuito de levar ao doente e a seus familiares o conforto espiritual, sem fazer nenhuma distinção de raça, religião, nem situação econômica-social. Os princípios abordados pela Capelania Hospitalar inter-religiosa não estão na propagação de uma religião ou de uma denominação religiosa, mas em ajudar as pessoas a passarem por suas dificuldades com altruísmo e esperança.

Segundo Ferreira e Ziti (2010, p.56), o objetivo geral da capelania é o atendimento espiritual à população do hospital, incluindo pacientes, funcionários e pessoal da saúde, mas uma capelania oficial que tem permissão do hospital para trabalhar, deve fixar pelo menos os seguintes objetivos ou metas:

- a) assistência espiritual leito a leito (individual);
- b) realização de cultos na capela, caso o hospital a possua. Caso não possua, trabalhar para que seja providenciada em certo tempo programado;
- c) atendimento a pacientes em fase terminal;
- d) atendimento a pacientes antes de cirurgias;
- e) assistência a familiares de pacientes;
- f) assistência a funcionários, em seus diversos departamentos, com breves cultos e atendimento individual, mediante interesse e necessidade de cada um.

A lei 6.923 Art 5, inciso VII garante o exercício da atividade de capelania no Brasil como prestadora de assistência religiosa nas entidades de internação coletiva, civis ou militares. Segundo Schallenberger:

Cabe ao capelão promover a assistência espiritual / religiosa às pessoas do ambiente hospitalar com respeito à fé de cada uma. O serviço deve ser prestado sem preconceito religioso. Deve limitar-se à assistência espiritual, sem entrar em questionamentos ou discussões dogmáticas ou doutrinárias (2012, p.27).

Mesmo que a visitação do ministro religioso seja garantida por lei, a capelania hospitalar trata de um trabalho que vai além da “visitação”. Trata-se de um programa de parceria com um hospital para atendimento espiritual às pessoas que compõe o ambiente hospitalar.

Para entender como o serviço de cuidado espiritual acontece, é muito importante conhecer a figura do Capelão Hospitalar, que normalmente é uma figura religiosa. Uma vez religiosa, deve possuir as atribuições necessárias para o exercício da capelania. A principal tarefa do capelão hospitalar é amar as pessoas e cuidar da assistência religiosa e espiritual dentro do hospital. Embora o trabalho do capelão seja de assistência religiosa e espiritual, o Capelão Hospitalar não professa nenhuma religião no exercício da Capelania. Ele não deve divulgar sua fé, denominação, religião que pratica e nem mesmo conseguir adeptos para sua igreja. O capelão é desafiado a viver a sua fé e os princípios de sua religiosidade sem fazer propaganda dela (SCHALLENBERGER, 2012).

Para atuar na Capelania Hospitalar o capelão deve incluir no seu perfil vocação, espiritualidade, boa saúde física, boa saúde psíquica, otimismo, persistência, paciência, auto-controle, cuidado pessoal, flexibilidade, preparo e estudo específico, tempo disponível, saber trabalhar em equipe e o mais importante ser um bom ouvinte.

Um dos desafios do Capelão Hospitalar é estar preparado para lidar com a diversidade, pois no hospital circulam pessoas com as mais diferentes características sociais, culturais, religiosas, raciais, sexuais, políticas e econômicas.

Schallenger, p. 44, destaca os desafios do Capelão para os Hospitais:

- a) Os capelães podem ajudar os hospitais a satisfazer as expectativas dos pacientes com serviços de cuidados espirituais competentes e compassivos.
- b) Em época de medicamento de alta tecnologia, hospitalizações breves, e breves contatos com os médicos e outros profissionais de saúde, os capelães oferecem uma das poucas oportunidades para os pacientes discutirem as suas preocupações pessoais e espirituais.
- c) Os capelães que se especializarem na área de capelania por organizações profissionais, podem desenvolver cursos de visitação a voluntários de grupos religiosos. Como participantes em programas de treinamento, podem ter vários voluntários prestando cuidado espiritual ao hospital sem custo para a instituição.
- d) Os capelães podem fazer um papel importante abrandando situações de descontentamento de pacientes e seus familiares que envolvem com o hospital. Quando pacientes se tornam nervosos e impacientes, os capelães podem mediar estes intensos sentimentos de modo que conservam valiosos recursos

organizacionais. A presença do capelão pode servir como um veículo para reduzir riscos.

e) Os capelães podem reduzir e podem prevenir abusos espirituais, agindo como guardas para proteger os pacientes de proselitismo. Códigos de ética profissionais estipulam que os capelães têm que respeitar as convicções de fé e práticas de pacientes e suas famílias.

f) Os capelães ajudam os pacientes e seus familiares a identificar os seus valores relativos a escolhas de tratamento no fim da vida e comunicam esta informação ao pessoal de saúde.

g) Os capelães ajudam os hospitais a desenvolver a sua missão, valor, e declarações de justiça social que promovem curando o corpo, mente e espírito. Especialmente para hospitais que são mantidos por igrejas, eles promovem consciência de missão.

h) Os capelães ajudam os hospitais a cumprirem uma variedade de cuidado espiritual e apoio para os pacientes e seus familiares (SCHALLENBERGER, 2012).

Grandes são os desafios para as pessoas que se voluntariam na tarefa do cuidar, sabendo que a humanização passa pelo reconhecimento da dignidade humana, razão e coração precisam dialogar sabiamente com uma inteligência ética integrada, que supere o racionalismo e o emotivismo para humanizar a vida, pois há diferença entre ser humano e viver humanamente (BERMEJO, 2008).

Segundo Alarcos,

Como toda ação pastoral, a pastoral da saúde se fundamenta na palavra e na práxis do Senhor, de que a cura dos enfermos foi uma das atividades fundamentais. Jesus cura as enfermidades, morais e biológicas, e perdoa os pecados para romper a nefasta dependência de pecado e enfermidade e manifestar que chega, com a salvação, o Reino de Deus. A cura dos enfermos entranha em Jesus uma luta contra a enfermidade com um amor especial ao enfermo. Para os crentes, a ajuda e o acompanhamento ao enfermo derivam do ministério da caridade, não do carisma da cura. Nesse sentido, a pastoral da saúde não se reduz a uma pastoral sacramental com os enfermos. Deve ser a pastoral sanativa, libertadora, isto é, evangelização mediante palavras e fatos da mensagem cristã de esperança e de alegria. É evangelização, evidentemente, adaptada ao mundo dos enfermos, sem pressões (com liberdade religiosa), com tato (sem dissimulações vergonhosas), com realismo (a enfermidade é um mal) e de forma pessoal (com atenção especial) e comunitária (com o ágape eficaz da comunidade ou do grupo apostólico) (2006, p.200).

No livro de Mateus, cap. 25 e versículo 40 “Em verdade vos digo que, sempre que o fizestes a um destes meus irmãos, mesmo dos mais pequeninos, a mim o fizestes”. A pessoa enferma vê no visitador hospitalar a presença de Jesus, portanto, o visitador deverá ter uma conduta e postura equilibrada para realmente fazer um bem terapêutico e espiritual ao enfermo.

É neste contexto que há uma necessidade de uma pedagogia ética, ao lidar com seres humanos, no caso os enfermos, os visitantes precisam estar abertos à reflexão sobre o tratamento dado a cada um dos enfermos, visto que cada ser humano tem a sua individualidade, sua autonomia, sua liberdade de escolha e sua biografia. A pedagogia ética é indissociável da pedagogia religiosa, uma vez que educar religiosamente é educar para a humanização, para o amor ao próximo, para a caridade, entendida como amor e amizade entre todos os humanos, inclusive de pessoas que não compartilham da mesma moralidade que a nossa.

À medida que as pessoas aprenderem a lidar com a pluralidade, individual ou coletivamente, os visitantes terão sua tarefa ainda mais iluminada e humanizada, fazendo com que os enfermos se sintam em paz e tenham dignidade até os seus últimos momentos de vida, o que é fundamental no processo de humanização.

Para que a humanização ocorra de forma saudável, é fundamental que agentes de cuidado espiritual apresentem para os voluntários a diferença entre religião e espiritualidade. Os agentes de cuidado espiritual têm como desafio ainda buscar novas práticas para se fazer teologia, uma vez que os estes profissionais estão envolvidos com a religião e espiritualidade no ambiente hospitalar.

5. A ESPIRITUALIDADE DA SAÚDE EM DEFESA DO CUIDADO AO VULNERÁVEL

Neste terceiro capítulo será conceituada a espiritualidade de um modo amplo e alguns conceitos básicos da espiritualidade na bioética. Pelo fato de muitos não diferenciarem espiritualidade de religião, será abordado esta diferença.

As indagações feitas pelos enfermos diante de uma doença grave são intermináveis, daí a necessidade de treinamento para integrar esta dimensão do cuidado no atendimento ao enfermo. O grau de suporte espiritual é um indicador muito forte para que o enfermo mesmo fragilizado tenha sua qualidade de vida melhorada durante seu tratamento e os diversos motivos pelos quais é importante satisfazer as necessidades espirituais do enfermo.

O capítulo aborda também a importância de se ter um histórico espiritual do enfermo onde todos os profissionais de saúde possam ter acesso, pois isto facilitaria para que as aplicações médicas não entrassem em conflito com a espiritualidade do paciente.

A questão do agir comunicativo merece destaque no capítulo, pois ao dar suporte espiritual para o enfermo, o agente ou o voluntário, a partir de uma escuta cuidadosa tem a possibilidade de coordenar a ação. As ações coordenadas juntamente com a Bioética da permissão podem estabelecer uma pedagogia ética e a possibilidade de um diálogo para quem não compartilha da mesma moralidade.

Neste sentido, o que se sugere é uma ampliação do diálogo, uma noção de cuidado mais trabalhada e detalhada para que o agente ou o voluntário de cuidado espiritual possam continuar caminhando junto com o enfermo e o resultado dessa caminhada seja satisfatório.

5.1 CONCEITUANDO A ESPIRITUALIDADE

Todo o ser que se denomina humano é chamado para uma vida espiritual.
Para Catão:

A espiritualidade é o conjunto das perspectivas e das atividades humanas voltadas para tudo que o ser humano busca como verdade, beleza, bem, justiça: realidades ou valores que estão no horizonte da vida humana, sustentam-na e se manifestam no dia a dia. [...] Essas formas de agir são denominadas espirituais, em contraste com os modos materiais de agir,

comandados exclusiva ou principalmente pela busca do poder, da riqueza ou do prazer [...] (2009, p.15).

O fundamento primeiro da espiritualidade é antropológico, pois a espiritualidade corresponde às exigências da verdade profunda do que é o ser humano (CATÃO, 2009).

A espiritualidade é inerente à cultura, e está sempre inserida num determinado contexto. Segundo Catão: “a espiritualidade se situa numa esfera bruxuleante da busca do Espírito, que nos ultrapassa a vida terrena e histórica e a envolve numa perspectiva acessível somente ao nosso espírito, a vida no Espírito, vida espiritual” (2009, p. 25).

O termo espiritualidade pode incluir a todos, mesmo os não religiosos, pois a sua definição é baseada na busca inerente de cada pessoa pelo significado e pelos propósitos definitivos da vida. Esse significado pode ser encontrado na religião, mas muitas vezes pode ser mais extenso do que isso, incluindo a relação com uma figura divina ou com uma transcendência, relação com os outros, com a natureza, com a arte e com o pensamento racional (KOENIG, 2012).

A taxonomia classifica a espiritualidade em oito descritores, como segue:

Teísta: acreditar em um poder superior (Deus / divindade);

Religião: acreditar em um Deus e participar de certas práticas religiosas;

Linguagem: para expressar a definição de espiritualidade do ponto de vista do próprio indivíduo;

Culturais, políticas, ideologias sociais: baseando-se em atitudes e comportamentos na respectiva orientação cultural, política e social do indivíduo;

Fenomenológica: experiências vividas são um meio de aprendizagens positivas ou negativas;

Existencial: encontrar significado, propósito e realização em todos os eventos da vida;

Qualidade de vida: incluída implicitamente na definição de espiritualidade;

Mística: relação entre transcendente, interpessoal, transpessoal, a vida após a morte (BALDACCHINO, 2010, p. 26)³.

Podemos constatar que Koenig na citação abaixo reafirma os descritores da espiritualidade apontados por Baldacchino:

³ Traduzido pela autora.

A espiritualidade é uma parte complexa e multidimensional da experiência humana. Ela tem aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais. Os aspectos cognitivos ou filosóficos incluem a busca do significado, do propósito e da verdade na vida, bem como as crenças e os valores de acordo com os quais a pessoa vive. Os aspectos experienciais e emocionais envolvem sentimentos de esperança, amor, conexão, paz interior, conforto e suporte. Eles se refletem na qualidade dos recursos internos de um indivíduo, na capacidade de dar e receber amor espiritual e nos tipos de relações e conexões que existem consigo mesmo, com a comunidade, com o meio ambiente e a natureza e com o transcendental (por exemplo: poder maior do que si mesmo, um sistema de valores, Deus, consciência cósmica). Os aspectos comportamentais da espiritualidade envolvem o modo como uma pessoa manifesta externamente as crenças espirituais individuais e o estado espiritual interno. Muitas pessoas encontram a espiritualidade através da religião ou de um relacionamento pessoal com o divino. Porém, outros podem encontrá-la por meio de uma conexão com a natureza, com a música e as artes, por meio de um conjunto de valores e princípios ou por uma busca da verdade científica (KOENIG, 2012, p.13).

Uma distinção muito importante a ser feita na área da espiritualidade é que quando alguém fala de paz interior, conexão com os outros, propósito e significado, crenças e valores, sentimentos de admiração, reverência, amor, perdão, gratidão, conforto, suporte e outros quase indicadores de boa saúde mental, não se trata de espiritualidade em si, mas do resultado de uma espiritualidade praticada com devoção (KOENIG, 2012).

Anjos aponta alguns conceitos básicos de espiritualidade na bioética que podem ser importantes:

a) A espiritualidade é o fato de ser espiritual: “Um primeiro sentido de espiritualidade tem um cunho ontológico ao se referir a uma dada característica do ser, por exemplo, a espiritualidade da alma” (ANJOS, 2008, p. 24). Expressões como “a dimensão *espiritual* do ser humano”, “o caráter *espiritual* do pensamento”, força *espiritual* da ação”, são adjetivos de ser espiritual, permitindo que se possa ver claramente a característica do ser, não precisando efetivamente entender o próprio ser.

b) A espiritualidade é o conjunto de referenciais e práticas com que se cultivam os valores do espírito: “Este conceito expressa notadamente a ação do ser espiritual, enquanto desenvolve esta sua característica ontológica” (ANJOS, 2008, p. 24). Neste sentido, a espiritualidade fundamentalmente se dá em uma grande variedade de espiritualidades. Contribuem para tal diversidade, diferentes concepções antropológicas e cósmicas, diversas maneiras de compreender como se dá a relação corpo-espírito e diferentes atribuições de valores. Neste sentido, as

espiritualidades e religiões complementam-se, as religiões oferecem uma gama de sentidos e significados em vista da interpretação e compreensão das realidades, principalmente da vida humana. Dentro das religiões se instalam as diferenças e as diversas tendências que caracterizam os grupos de acordo com o momento cultural vivido.

c) A espiritualidade é uma disciplina que estuda as teorias e práticas referentes ao cultivo do espírito: Neste sentido o termo *espiritualidade* é usado para referir-se a uma disciplina acadêmica, estudando o conjunto de teorias e práticas relacionadas ao aperfeiçoamento do espírito, analisando seus correspondentes conteúdos e propostas.

d) Espiritualidade é o cultivo da dinâmica – ou é a própria dinâmica – que impulsiona o ser humano consciente em seus conhecimentos e escolhas vitais: Este conceito “nasce de uma ênfase ao *espírito vivificante*, pelo qual os seres não apenas têm vida, mas têm também vitalidade criativa” (ANJOS, 2008, p. 24). Não refere-se a moralidade das próprias escolhas e dos conhecimentos, mas da essência com que se alimenta o princípio que os direciona e vivifica, tornando-se uma condição humana da qual não se foge, mesmo sendo difícil de identificar, ela estará ali presente no ser humano, mesmo que não se evidencie em termos religiosos.

A atividade intelectual, é uma forte característica espiritual do ser humano, nessa direção não haveria dúvida em dizer que a bioética é, sempre, uma grande atividade espiritual, porém o termo não é propriamente usado nesta direção. “Será que a espiritualidade na bioética estaria reduzida somente ao sentido de atividade reflexiva da razão humana” (ANJOS, 2008, p. 25)? O nascimento da Bioética emana diretamente de uma profunda hipótese sobre os rumos que tomam os conhecimentos humanos, em especial os avanços científicos neste momento histórico pelo qual estamos passando, onde as ameaças globais se testemunham em fatos concretos e a razão humana se mostra ao mesmo tempo criativa e vulnerável.

A este ponto se notam duas coisas: primeiro, que a bioética, como toda atividade humana consciente, carrega em si um *sopro* ou *inspiração*, ou *espiritualidade* que impulsiona suas atividades reflexivas e propositivas. Segundo, que não serve qualquer *espiritualidade* para que a bioética se realize. De fato, quando falamos de *espiritualidade* na bioética, estamos supondo um conjunto seletivo de aspirações (*respirações*) e inspirações que

levem na direção da responsabilidade, da proteção e do cuidado diante da vida.

Não é simples nem cabe descrever aqui em que consiste este *sopro-inspiração* ou *espiritualidade* propícia à bioética. Nela entram, certamente, os sentidos que escolhemos para interpretar e guiar os caminhos de nossa vida, os grandes significados com que interpretamos o mundo e os seres que integram o conjunto de nossas relações. Por isso mesmo autores como Boff (1993; 2001) alertam para a importância da espiritualidade para a ecologia e a experiência atual de mundialização. Neste *sopro-inspiração* de que falamos, entram particularmente os sentidos assumidos para a compreensão e o tratamento que reservamos ao outro diferente e semelhante a nós mesmos. Na relação com o outro, há um movimento de transcendência pela qual o indivíduo sai de si e vai além. A espiritualidade de que falamos inspira este movimento de transcendência em uma direção construtiva e não destrutiva (ANJOS, 2008, p.26).

As religiões embasam uma fonte respeitável de espiritualidade, ora pelas tradições de sentido e de significados que oferecem, ora pela partilha de testemunhos e de práticas que mostram e incentivam a espiritualidade através de gestos concretos, por isso elas alimentam este *sopro-inspiração*. Porém vale lembrar que a espiritualidade adequada à bioética não seria necessariamente religiosa, pois a espiritualidade não é monopólio das religiões principalmente quando estas se tornam fundamentalistas e autoritárias. A espiritualidade na bioética vai em direção a responsabilidade, proteção e cuidado com a vida (ANJOS, 2008).

Segundo Pessini e Barchifontaine:

Um dos grandes desafios a ser enfrentado hoje é o pluralismo religioso reinante hoje na nossa sociedade. Diante dessa realidade, a vivência ecumênica deve ser marcada pelo diálogo, e respeito e tolerância são ingredientes fundamentais. Essas são as armas que nos protegem de fundamentalismos intolerantes que, enquanto se gabam de defender “Deus”, massacram o ser humano, alimentado por uma “espiritualidade” “diet” e “light” (2008, p.09).

A espiritualidade cristã é pura e simplesmente um ato humano, que se realiza, como agir, engajando-se da consciência ao bem verdadeiro e da vontade ao que a consciência aponta como sendo bom, justo e reto. O desenvolvimento tecnológico pode nos induzir a entender o ser humano como Homo faber, produtor e consumidor, mais do que como Homo sapiens. O ser humano tem a vocação de pensar a vida voltada para o alto, privilegiando os valores humanos definitivos, que são da ordem de espírito, portanto não podem ser fabricados, conquistados ou consumidos por poder ou dinheiro, pois estes se realizam no mais íntimo do coração de cada um, buscando dar origem a uma comunidade verdadeiramente humana onde o amor, a verdade, a justiça e a solidariedade imperam (CATÃO, 2009).

5.2 A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR

Da Idade Média ao século passado, ordens religiosas criaram e mantiveram a grande maioria dos hospitais. Em 1409 em Valência, na Espanha foi construído o primeiro hospital destinado aos cuidados de enfermos mentais. Hospitais nos Estados Unidos, Grã-Bretanha, na Alemanha, Países Baixos entre outros foram mantidos e fundados por grupos religiosos. Grupos religiosos católicos e espíritas também construíram várias das primeiras instituições de tratamento psiquiátrico aqui no Brasil (ALMEIDA, 2009).

A partir do século XIX, alguns intelectuais antirreligiosos desenvolveram críticas e tomaram como patológicas várias experiências religiosas, pois consideravam a religiosidade como um estado social e intelectual primitivo. Freud, teve grande influência sobre a comunidade médica, pois ele adotou uma postura de desvalorização da R/E enfatizando a influência irracional e neurótica da religiosidade sobre a psique humana. Embora houvesse psiquiatras com uma visão mais positiva da religiosidade, como Carl Gustav Jung, a postura negativa era predominante. Segundo Almeida:

Religiosidade e espiritualidade eram habitualmente consideradas como associadas com neurose, repressão, imaturidade psicológica, intolerância, baixa adesão aos tratamentos médicos e baixo nível intelectual. A ideia de que a espiritualidade era apenas um vestígio do passado que desapareceria com o progresso cultural, social e psicológico foi uma crença que tomou força em meados do século XIX e se tornou predominante nos meios acadêmicos ocidentais ao longo da maior parte do século XX (2009, p.4).

Pesquisas científicas rigorosas de fontes confiáveis sobre as relações R/E e saúde têm sido realizadas e publicadas nas literaturas médica e psicológica nas últimas décadas, mostrando que a profecia de desaparecimento da R/E não se cumpriu, a espiritualidade permanece importante para a vida da maioria das pessoas e os seus resultados mostram que o envolvimento religioso é geralmente relacionado com as melhoras de saúde mental e bem-estar. Almeida evidencia que esta é uma questão que deve ser pesquisada:

Não importa se possuímos crenças materialistas ou espirituais, atitudes religiosas ou antirreligiosas, necessitamos explorar a relação entre espiritualidade e saúde para aprimorar nosso conhecimento sobre o ser humano e nossas abordagens terapêuticas (2009, p.4).

Em contextos hospitalares, é mais útil definir espiritualidade da forma mais ampla possível para que todos os enfermos possam ter a oportunidade de ter suas necessidades espirituais satisfeitas. Pacientes que não se consideram religiosos, ainda assim, podem estar procurando um significado maior fora de si mesmos ou lutando com questões existenciais. Para pessoas que enfrentam uma doença grave, essas indagações pessoais precisam ser tratadas com compaixão e ser levadas mais a sério por parte dos profissionais da saúde. Koenig fala destas questões e aplicações na prática clínica:

Nem todos os motivos para abordar questões espirituais na prática clínica dependem de pesquisa que demonstre taxativamente que a religião influencia a saúde. A aplicação é por motivos bastante práticos: muitos pacientes são religiosos, têm crenças religiosas e tradições relacionadas à saúde e problemas de saúde que, com frequência, dão origem a necessidades espirituais. Muitas vezes as crenças religiosas influenciarão o tipo de assistência médica que os pacientes desejam receber. Tais crenças afetam o modo como os pacientes lidam com a doença e derivam significado e propósito quando se sentem mal fisicamente ou são incapazes de fazer as atividades que costumavam dar-lhes prazer e alegria. Essas crenças ajudam os pacientes a manter a esperança e a motivação na direção do autocuidado em meio a circunstâncias devastadoras. Os pacientes, sobretudo quando hospitalizados, podem estar isolados de sua comunidade religiosa e, como as necessidades espirituais normalmente surgem durante esses momentos, os provedores de saúde devem reconhecer e encaminhar tais necessidades. As crenças religiosas também podem influenciar decisões médicas, entrar em conflito com tratamentos médicos e influenciar a adesão do paciente aos tratamentos prescritos. O envolvimento do paciente em uma comunidade religiosa pode afetar o suporte e o monitoramento recebido após a alta hospitalar. Em resumo, há muitas razões pelas quais os clínicos devem discutir questões religiosas ou espirituais com os pacientes, aprender a identificar necessidades espirituais e encaminhar pacientes a profissionais da saúde treinados para lidar com essas necessidades (KOENIG, 2012, p.23).

É muito importante saber distinguir que espiritualidade e religião são duas coisas distintas. Koenig, define a religião como:

Um sistema de crenças e práticas observado por uma comunidade, apoiado por rituais que reconhecem, idolatram, comunicam-se com ou aproximam-se do sagrado, do Divino, de Deus (em culturas ocidentais) ou da Verdade Absoluta, da Realidade ou do nirvana (em culturas orientais). A religião normalmente se baseia em um conjunto de escrituras ou ensinamentos que descrevem o significado e o propósito do mundo, o lugar do indivíduo nele, as responsabilidades dos indivíduos uns com os outros e a natureza da vida após a morte. A religião costuma oferecer um código moral de conduta que é aceito por todos os membros da comunidade que tentam aderir a esse código (KOENIG, 2012, p.11).

A bioética e a espiritualidade alicerçam e ultrapassarem a ideia curativa da saúde, voltando-se para a potencialização do sujeito visto em suas múltiplas

dimensões. No campo da espiritualidade o diálogo se dá tanto com as doutrinas éticas de inspiração teológica quanto com as doutrinas éticas de inspiração leiga. Sempre que se pensa em cuidado, os aspectos espiritualidade, saúde e bioética estão inclusos. As ações dos profissionais e pastoralistas estão interligadas na forma de produção de saúde, trazendo à tona a característica interdisciplinar da Bioética (SELLI e ALVES, 2007).

Pesquisas feitas nos Estados Unidos e em todo mundo são unânimes em constatar que o envolvimento religioso está por trás de boa parte do comportamento altruísta de pessoas que prestam cuidado ao necessitado. Atividades pró-sociais, como voluntariado, também estão relacionadas ao envolvimento religioso, pois a maioria das religiões incentiva atividades de ajuda ao próximo. Koenig, salienta:

Mesmo se o envolvimento religioso não tivesse relação alguma com a saúde física e os resultados médicos, a integração da espiritualidade no tratamento do paciente ainda deveria ser uma prioridade. Considerando que muitos pacientes clínicos têm necessidades espirituais, conflitos espirituais ou obtêm conforto nas crenças e tradições religiosas, isso serve de forte argumento em favor do treinamento de profissionais da saúde para que avaliem, respeitem e adaptem-se às crenças e práticas religiosas dos pacientes. Esse argumento também enfatiza a importância de haver departamentos de atendimento pastoral representativos nos hospitais para assegurar que alguém atenda às necessidades espirituais dos pacientes de forma sensível e culturalmente apropriada (KOENIG, 2012, p.172).

Koenig, 2012, p. 156, relaciona diversos motivos para satisfazer as necessidades espirituais dos pacientes no contexto hospitalar:

- a) Muitos pacientes são religiosos, e a maioria deles gostaria que sua fé fosse considerada no tratamento médico.
- b) A religião influencia a capacidade dos pacientes de enfrentar a doença. A capacidade de enfrentamento de uma pessoa pode afetar a motivação para o autotratamento, a disposição em cooperar com tratamentos planejados e a capacidade de aderir às terapias médicas.
- c) As crenças e práticas religiosas podem influenciar os resultados médicos. Quando as necessidades espirituais dos pacientes não são atendidas, é provável que isso afete os sistemas imunológico, endócrino e cardiovascular de maneiras capazes de influenciar o modo como respondem a tratamentos cirúrgicos e clínicos. Tais efeitos sobre resultados físicos, além da influência de emoções negativas sobre adesão ao tratamento, adesão aos medicamentos e motivação para o autotratamento,

provavelmente afetam, de forma direta ou indiretamente, a condição médica do paciente.

d) Muitas vezes os pacientes estão isolados de outras fontes de ajuda religiosa. Durante a hospitalização as pessoas podem estar distantes de suas comunidades de fé, e longas distâncias de deslocamento podem evitar que clérigos e membros da igreja os visitem. Os clérigos podem ter outras responsabilidades além do atendimento em hospitais. Os clérigos e membros leigos da igreja podem não ter treinamento para lidar com as necessidades espirituais singulares de pacientes com doença clínica ou psiquiátrica.

e) As crenças e os rituais religiosos podem entrar em conflito de alguma maneira influenciando as decisões médicas tomadas pelos pacientes, principalmente quando estão com doenças graves. Os médicos não podem praticar o atendimento de saúde culturalmente apropriado em sua totalidade sem algum conhecimento sobre como tais crenças e rituais relacionados influenciam o tratamento que os pacientes desejam.

f) As crenças e os compromissos religiosos influenciam o tipo de cuidado à saúde e o monitoramento que um paciente recebe na comunidade após sair do hospital. Com frequência, pacientes inseridos em comunidades de fé e apoio pedem a membros dessa comunidade que liguem para eles, ofereçam suporte emocional, deem carona até o consultório médico, certifiquem-se de que estão tomando o medicamento, garantam que estão fazendo as refeições adequadas e assim por diante.

g) Programas de treinamento médico, de enfermagem e psiquiátrico agora são exigidos para que todos os graduados ofereçam atendimento médico sensível, que inclui a sensibilidade a crenças religiosas arraigadas. Exige-se um histórico espiritual sobre cada paciente indicando se o paciente é católico, protestante, judeu ou algo diferente e se querem ou não ver um capelão.

O histórico espiritual, além de coletar informações cruciais necessárias para o atendimento do paciente, também serve para mostrar ao paciente que esse é um tópico que pode ser discutido com o profissional da saúde, caso surja a necessidade. Durante muito tempo, a espiritualidade esteve fora dos limites das conversas em contextos médicos e os profissionais da saúde não se sentem à vontade para discutir tais questões, ocorrendo que essas necessidades acabem por ficar ignoradas e varridas para debaixo do tapete, como se não tivessem impacto algum. O histórico espiritual deve ser feito por qualquer pessoa envolvida no

tratamento, ele deve ser bastante breve. Koenig, 2012, p. 161, desenvolveu uma avaliação do histórico espiritual para pacientes clínicos que consiste nas seguintes quatro questões:

- 1) Suas crenças religiosas / espirituais oferecem conforto ou são fonte de estresse?
- 2) Você tem crenças espirituais que possam influenciar suas decisões médicas?
- 3) Você é membro de alguma comunidade espiritual, e ela oferece suporte a você?
- 4) Você tem alguma outra necessidade espiritual que gostaria de ser atendida por alguém?

As respostas ao histórico espiritual devem ser documentadas em um local pré-estabelecido no prontuário médico, no qual todas as pessoas da equipe profissional, envolvidas na arte do cuidar possam ver essas informações. Caso os pacientes fossem encaminhados aos capelães profissionais para acompanhamento, então é aí que o capelão escreveria suas informações, descrevendo o que foi feito e as intervenções usadas para satisfazer as necessidades espirituais do paciente. As informações sobre questões espirituais não devem ser dadas ao paciente, como em outras questões de saúde obtidas por profissionais de saúde. Koenig, ressalta a importância de deixar claro aos pacientes o motivo pelo qual estão sendo feitas essas perguntas para o paciente não tire conclusões, achando que as perguntas estão relacionadas com a gravidade da sua doença:

Antes de ter o histórico espiritual, o profissional da saúde deve explicar com cuidado ao paciente o motivo pelo qual essas perguntas estão sendo feitas. Sem dar essa explicação de antemão, o paciente pode interpretar de maneira equivocada as intenções do profissional da saúde e entrar em pânico. No passado recente, a única vez em que o profissional da saúde falava com o paciente sobre religião era quando o caso estava perdido ou muito avançado e nada mais podia ser feito. Portanto, o profissional da saúde deve explicar o motivo do histórico espiritual é para oferecer um atendimento sensível às crenças culturais e espirituais do paciente e que essas questões são exigidas pela JCAHO (Comissão Conjunta de Certificação de Organizações de Assistência à Saúde) para todos os pacientes. O paciente deve ser tranquilizado de que isso nada tem a ver com o tipo de gravidade de sua condição médica e de que se trata de um procedimento de rotina que está sendo feito com todos os pacientes (KOENIG, 2012, p.162).

A questão da espiritualidade é uma área pessoal e particular para muitos, e como os pacientes podem ter crenças variadas num contexto pluralista de atendimento médico, faz-se necessário que todos os envolvidos na área do cuidar respeitem, apoiem e valorizem as crenças e práticas do paciente principalmente se essas crenças não condizerem com as crenças dos profissionais da saúde, como

também, caso estas crenças gerem conflito com o plano de atendimento médico proposto (KOENIG, 2012).

O Cuidado com os pacientes deve ser digno, ou seja, dar a eles todo o suporte psicológico, espiritual e emocional. O cuidado espiritual deve ser benéfico para o paciente e gratificante para os prestadores desse cuidado. Selli e Alves especificam que o cuidado espiritual deve fazer um bem terapêutico ao enfermo:

A espiritualidade não finaliza no religioso e, além disso, tem uma função terapêutica. A espiritualidade, com a religiosidade, é uma fonte importante de apoio existencial, beneficiando a saúde integral do homem. Através da espiritualidade, experimentam-se pessoalmente os misteriosos caminhos do eu profundo, suas contradições e mecanismos internos, sua capacidade de mobilizar energias intensas e de encontrar significados para as situações de crise. Os instrumentos para compreender os caminhos da alma dos pacientes aparecem, bem como os sutis significados de seus gestos (2007, p. 47).

No que tange a avaliação das necessidades espirituais dos pacientes, os capelães são verdadeiros mestres em ir em direção às suas carências, são eles que oferecem atendimento espiritual aos pacientes, bem como, capacitam os voluntários para prestar este tipo de atendimento.

O capelão profissional não prega aos pacientes sobre religião nem ora com eles, a menos que seja solicitado. Em vez disso, é treinado para caminhar ao lado do paciente, sempre que esse paciente estiver em sua jornada espiritual (que o paciente tem liberdade para definir e pode não ter nada a ver com a religião). O capelão é treinado para lidar com pacientes de muitas origens religiosas distintas e com os que não tem base religiosa alguma. Portanto, o capelão profissional de hoje é bem-treinado e preparado para lidar com as necessidades espirituais e emocionais que o paciente sente quando está doente e hospitalizado. Por esse motivo, devem ser utilizados de forma integral para a maioria das questões espirituais que surgem durante a obtenção do histórico espiritual. Existem dúvidas quanto à obtenção de consentimento do paciente antes de encaminhá-lo a um capelão. Não há consenso entre hospitais e profissionais da saúde quanto a esse consentimento. Porém, alguns pacientes ficarão relutantes em ver um capelão. Essa relutância geralmente provém de uma falta de conhecimento sobre o que faz um capelão. A maioria dos pacientes (e, por sinal, a maioria dos profissionais de saúde) considera que o capelão é apenas um ministro que ora com os pacientes, conversa sobre religião, realiza ritos religiosos, ouve confissões, ministra a última unção e conduz serviços de capela. Embora possa ser tudo isso (conforme orientado pelo paciente), o capelão também faz muito mais – muitas vezes só visitando pacientes e conversando sobre questões que são importantes para eles. Entre elas podem estar questões sociais, psicológicas ou espirituais, tópicos para os quais a maioria dos profissionais da saúde hoje não tem tempo. Portanto, o médico talvez precise explicar ao paciente o que um capelão faz e incentivá-lo a aceitar o encaminhamento, considerando o potencial impacto que as necessidades espirituais não atendidas podem ter sobre a doença do paciente e seu resultado. É evidente que, se o paciente não for religioso,

então se deve tomar um cuidado especial para não forçar demais, pois a coerção deve ser evitada (KOENIG, 2012, p.163).

A atenção ao aspecto da espiritualidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde. Segundo Peres, Arantes, Lessa e Caous:

Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano. Ser humano é buscar significado em tudo que está em nós e em nossa volta, pois somos seres inacabados por natureza e estamos sempre em busca de nos completar. A transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que esta se aproxima do seu fim. Em cuidados paliativos perguntamos ao paciente o que ele considera importante realizar nesse momento de sua vida e trabalhamos com o controle dos sintomas. Buscamos conferir ao paciente todas as condições necessárias para as suas realizações nesse momento singular. E a dimensão da espiritualidade torna-se realmente de grande importância. O cuidado paliativo é a modalidade de assistência que abrange as dimensões do ser humano além das dimensões física e emocional como prioridades dos cuidados oferecidos, reconhecendo a espiritualidade como fonte de grande bem-estar e de qualidade de vida ao se aproximar a morte. Acolher esse movimento de transcendência neste momento da existência humana é um dos alicerces dos cuidados paliativos. Transcender é buscar significado, e espiritualidade é o caminho (2007, p. 83).

Ao integrar a espiritualidade como forma de cuidado ao atendimento ao paciente não devemos esquecer que este cuidado deve estar centrado na vontade do paciente e não centrado na vontade dos profissionais de capelania, dos voluntários religiosos, dos familiares, dos profissionais de saúde e muito menos na fé que o hospital professa, para tanto faz-se necessário que novos paradigmas sejam integrados na prática da teologia, uma vez que, são os profissionais da Teologia que estão mais envolvidos diretamente nesta arte de cuidar da dimensão espiritual.

5.3 A EMERGÊNCIA DE NOVOS PARADIGMAS PARA A PRÁTICA DA TEOLOGIA

Dias (2012), ressalta que um dos principais direitos do homem é o da diversidade cultural. Por isso, a UNESCO aprovou a Declaração Universal sobre a diversidade cultural, um dos documentos mais importantes para a questão da pluralidade religiosa. Nesse artigo primeiro a diversidade cultural é tratada como patrimônio comum da humanidade e torna-se uma violação de direitos o desrespeito da diversidade cultural e em especial, a religiosa:

Artigo 1º. A diversidade cultural, patrimônio comum da humanidade. A cultura adquire formas diversas através do tempo e do espaço. Essa diversidade se manifesta na originalidade e na pluralidade de identidades que caracterizam os grupos e as sociedades que compõe a humanidade. Fonte de intercâmbios, de inovação e de criatividade, a diversidade cultural é, para o gênero humano, tão necessária como a diversidade biológica para a natureza. Nesse sentido, constitui o patrimônio comum da humanidade e deve ser reconhecida e consolidada em benefício das gerações futuras.

Pelo fato da religião ser uma aliada no atendimento espiritual hospitalar e como o processo de evangelização acaba ficando ligado a este atendimento, faz-se necessário neste contexto fazer uma releitura de como os especialistas deste assunto, no caso, os teólogos que atuam diretamente com os voluntários e na maioria das vezes como capelães em ambientes hospitalares direcionem mais está prática no sentido do “cuidar” respeitando sempre a biografia do enfermo com quem se está prestando cuidado espiritual e observando as diversidade das realidades humanas dentro do ambiente hospitalar:

A diversidade e complexidade das realidades humanas possibilitam às pessoas uma grande variedade de sentidos para a vida. Hoje esta diversidade é cada vez mais percebida, tanto no sentido da diversidade cultural e religiosa como da complexidade das diversas áreas do conhecimento humano. Para que a diversidade seja vista como uma riqueza, no entanto, é necessário que as pessoas estejam abertas para a existência de valores diferentes dos seus. Isto implica a necessidade de dialogar com a diversidade cultural e religiosa, bem como com os diversos ramos do saber humano, com o objetivo de aprofundar a visão de mundo e adequá-la a novas descobertas e conquistas humanas. Essa atitude é fundamental no diálogo entre religião e ciência, mais especificamente entre a teologia e as ciências da natureza, entre o saber desenvolvido na academia e outros saberes humanos. (SANCHES, 2008, p.29).

“A espiritualidade, vista com esforço de trazer para o cotidiano o encontro com Deus, não pode dar-se sob uma visão desarticulada do mundo” (SANCHES, 2008, p.30). Uma espiritualidade aberta ao diálogo parte de uma visão otimista diante da própria existência e ao mesmo tempo exigente, pois no sentido da vida deve ser coerente, fundada em bases sólidas provenientes de diferentes áreas do saber humano, quando também, bem fundamentados. A partir desta realidade podemos constatar que o Deus que fez o ser humano para a religião é o mesmo Deus que o fez capaz para a ciência. Deste modo, a espiritualidade conduz a uma ética em defesa da vida e em respeito à diversidade, principalmente a diversidade no sentido à vida. (SANCHES, 2008).

Segundo Baldessin:

Se a Igreja quiser continuar tendo um papel protagonista, deverá adotar novas formas de ação, caso contrário não conseguirá desenvolver uma ação evangelizadora que atinja o ser humano em sua profundidade. Pois o mundo da ciência não aceita mais intervenções esporádicas vindas de fora e muitas vezes impostas por princípios puramente religiosos (2007, p.10).

A Teologia participa de múltiplas interrogações que fazemos sobre a vida interconectadas com as questões sociais da nossa sociedade, um exemplo disto a forma com que voluntários religiosos e agentes de cuidado espiritual prestam este tipo de atendimento, muitas vezes apenas no intuito de “ganhar almas para Jesus”, o que traduzido significa “converter” o enfermo para sua religião. Este tipo de atitude demanda a emergência de “novos paradigmas” na teologia e na prática de se fazer teologia diante da diversidade cultural e religiosa.

Segundo Anjos:

O tema “cultura” tem ocupado ultimamente grande espaço da reflexão teológica. A provocação deste tema traz uma ligação mais imediata com a evangelização, seja na perspectiva de uma releitura histórico-crítica, seja na perspectiva projetiva de um serviço de evangelização que se abre para mais um século. [...] A releitura histórica dos processos de evangelização introduz na teologia moral interessantes questões sobre a ética com que se evangelizou. [...] Entretanto, a dimensão projetiva da evangelização ajuda a aguçar um desafio que já está embutido na leitura ético-crítica da própria teologia moral que fazemos hoje, com a qual lemos a história, e com a qual nos propomos enfrentar os desafios éticos do futuro. É uma questão de autocrítica. A formulação “Teologia Moral e Cultura” pode ser uma formulação capciosa enquanto encobrir o compromisso que a própria teologia moral tem com a cultura; como se a moral se fizesse fora do tempo e do espaço e se defrontasse com algo que lhe fosse externo. A ordem desta formulação não seria portanto inocente. Não basta ir da T. Moral para a cultura, mas é preciso ir também criticamente da cultura para a T. Moral. (1992, p.15).

À medida em que o discurso sobre Evangelização e Cultura se centraliza no sentido moderno e pós-moderno, a evangelização e a ética teológica são desafiadas pela cultura. Surge então uma pergunta chave: Como a T. Moral enfrentou e enfrenta em conjunto da Igreja, os desafios da modernidade? No empenho da evangelização ter como base o amor, a T. Moral deve se inculturar nos tempos modernos? Quando falamos em cultura, devemos considerar, sujeitos individuais e grupais, com suas diferenças no modo de ser, de transformar, de interpretar a vida, sujeitos estes que instigam a ética a ser teológica, evangelizadora (ANJOS, 1992).

Anjos aborda as várias interfaces da Teologia no nosso contexto histórico, esses diferentes conjuntos de questões são chamados de “crise de paradigmas teológicos”, onde enfatiza-se a crise epistemológica das ciências, e dentro dela, com

razão, se questiona os fundamentos e a metodologia da própria teologia como ciência, salientando que ciência não se faz sem pessoas concretas e sem um contexto de variadas relações.

As novas formas de fazer desbordam da esfera do fazer científico e ganham a arena mais ampla da vida. Assim, a expressão “novos paradigmas” funciona como um grande guarda-chuva para abrigar e mencionar as novas percepções e os novos parâmetros com se constrói o próprio viver em diferentes setores (1997, p.20).

As novas formas de fazer extravasam da esfera do fazer científico e ganham campo mais extenso da vida. “Assim, a expressão “novos paradigmas” funciona como um grande guarda-chuva para abrigar e mencionar as novas percepções e os novos parâmetros com que se constrói o próprio viver em seus diferentes setores” (ANJOS, 1997, p.13).

As interfaces da Teologia, abordadas por Anjos são de extrema importância pelo fato de serem um conjunto de questões que tendem a se apurar pedindo o imperioso reequacionamento da Teologia. Ele chama essas interfaces de cientificidade, confessionalidade e cidadania da teologia.

a) Cientificidade: Teologia e crise epistemológica: É importante distinguir duas diferentes aproximações à crise epistemológica. Uma seria de caráter descritivo dos novos referenciais e visões de mundo dos quais se ocupam para suas elaborações e propostas. A outra seria de caráter analítico e crítico-propositivo dos referenciais que assumimos ou devemos assumir para elaborar a teologia. Embora a primeira aproximação seja útil, a segunda é mais decisiva, urgente e necessária, pois busca-se elucidar os caminhos deste caminhar. “Esta primeira interface da questão dos paradigmas na teologia diz respeito naturalmente à crise das ciências” (ANJOS, 1997, p. 14), comprometida nas grandes evoluções científicas e tecnológicas, envolvendo os relacionamentos sociais e refletindo extremamente nas formas e conteúdos das interações que damos à vida. Neste contexto de ganhar nova forma de viver a vida e interpretá-la, ganha espaço a convicção de que “o progresso científico não se dá apenas pelo acúmulo de informações e de verdades imutáveis, mas também por meio de mudanças” (ANJOS, 1997, p. 14).

A investigação sobre os paradigmas em teologia leva a duas perguntas: uma sobre sua característica: em que consiste a ciência teológica? E a outra pergunta sobre o seu método: como se faz teologia-ciência? Portanto neste contexto, Anjos aponta

que “a reflexão da teologia em novos paradigmas defronta-se com o desafio de entender as mudanças e evoluções que hoje nos atingem com velocidade crescente, resituando em meio a elas o lugar da religião e da fé” (1997, p.15).

b) Novos paradigmas teológicos e confessionalidade: Aborda-se aqui “a confessionalidade em dois sentidos recíprocos: o da fé assumida e professada, e o da fé sistematizada e aglutinadora de um grupo organizado de pessoas” (ANJOS, 1997, p. 15). As ciências em geral também levam a diferentes “confessionalidades” por meio da pluralidade dos paradigmas. A medicina é um exemplo que “professa diferentes credos como a alopatia, a homeopatia, concepções ocidentais ou orientas de cura, reunindo em torno de tais concepções suas correspondentes instituições e empreendimentos” (ANJOS, 1997, p. 15). O fato de não podermos fazer ciência sem abraçar e professar uma confiança de fundo é talvez o ponto comum dessa relação entre ciência e confessionalidade.

“Se a teologia é a reflexão e sistematização da fé, como fé processada, a profissão de fé torna-se sua alma” (ANJOS, 1997, p. 16). Sugere-se ver os paradigmas teológicos pela “mística” que expressam, pela figura de Deus e a experiência do Seu encontro. A confessionalidade tem também o sentido de fé sistematizada, de um lado está a confessionalidade enquanto identidade de uma igreja, ela se torna incentivadora e protetora de paradigmas assumidos, ou se faz de controladora e intimidada de novos paradigmas que possam surgir. Na confessionalidade como diferença defronta-se as casuais riquezas dos paradigmas diferentes, das outras cosmovisões, a exemplo disto, o ecumenismo e o macroecumenismo das igrejas cristãs, que desenvolvem questões profundas e podem ser vistos como importantes espaços de elaboração de novos modelos teológicos, resultantes do diálogo, do entendimento, do convívio das diferentes confessionalidades.

c) Novos paradigmas teológicos e cidadania: Embora a teologia tenha sido estimulada pelas tarefas da formação do clero e de pastores, ela tem uma importante função social. Segundo Anjos:

Essa perspectiva parece determinante na questão dos paradigmas teológicos. Não será possível desenvolver uma teologia que se queira comunicativa, sem proximidade com as cosmovisões contemporâneas, suas formas de viver, de pensar e de se relacionar; sem sondar suas questões de fundo e oferecer contribuições substanciais para a vida das pessoas (1997, p.17).

“A teologia que fora a mãe das universidades se vê fora delas” (ANJOS, 1997, p. 17), devido o banimento da religião das áreas reconhecidas da sociedade. “A religião passa para a esfera do privado e com a religião, também a teologia” (ANJOS, 1997, p. 17). Hoje os tempos parecem adequados para retomar essa aproximação de que a teologia em “paradigmas de cidadania” seja útil e ao mesmo tempo necessário para dialogar sobre os acontecimentos atuais. Além das grandes questões que se preocupam com o destino da humanidade e suas referências éticas, a sociedade se vê diante da ameaça de novas formas de teocracias manifestada através de fundamentalismos religiosos que ganham espaços sociais. “Resta, porém, a tarefa de convencer também as Igrejas a assumir paradigmas adequados para tal diálogo e comunicação” (ANJOS, 1997, p. 18).

Desta forma, a interface da cidadania com os paradigmas teológicos tem mão dupla: “acarreta exigências específicas para as Igrejas, como também significa para a teologia ganhar espaços na sociedade” (ANJOS, 1997, p. 18), para tanto, algumas tarefas são fundamentais: **Novos paradigmas que permitam a inserção da teologia na sociedade:**

Teólogos e teólogas têm pela frente a tarefa de projetar uma “reengenharia” da teologia, de tal forma que ela não apenas tenha um lugar na sociedade, mas possa prestar relevantes serviços à vida social. Para isso será importante levar adiante paradigmas teológicos com força e comunicação na sociedade, pela linguagem e pelas questões pertinentes que assume e pela seriedade e cientificidade com que trata as questões (ANJOS, 1997, p.18).

Reconhecimento civil da teologia: “o reconhecimento civil da teologia, que em vários outros contextos fora do Brasil já tem tido razoável encaminhamento” (ANJOS, 1997, p. 18), entre nós essa questão vem se rastejando em meio a dificuldades apresentadas.

Locação de serviços teológicos como serviços profissionais: “mostrar como teólogos e teólogas podem “prestar” relevantes serviços à sociedade” (ANJOS, 1997, p. 20). Como a teologia pode integrar uma profissão e as pessoas que a exercem de uma forma sadia e inteligente podem ter o direito de viver dessa prestação de serviços. Por ela diferentes confessionalidades terão um código comum para se fazer entender e ser reconhecidas pelo serviço que prestam. Anjos salienta que não se faz teologia sem fé e sem a prática do amor:

Cumpra lembrar também que a profissão de fé continua sendo a força que anima as realizações teológicas. Como pensar a teologia sem fé e sem a referência à prática do amor? O compromisso de fé impulsiona para sondar os sinais dos tempos, move a contribuir solidariamente com a humanidade nesses tempos de crise e de busca, e sobretudo anima a fazer da teologia um sinal de esperança e de vida principalmente para os pobres e excluídos. A cientificidade da teologia e suas crises são acompanhadas pelo amor solidário e gratuito que aprendemos de Jesus (ANJOS, 1997, p.20).

O encontro da ciência com a religião será inútil se não levar a uma dimensão ética. Quando a religião aceita a ciência, ela mesma se enriquece e purifica e quando a ciência aceita a religião, ela se torna mais humana e ética. A ciência dialogando com a religião compreenderá e poderá ter a grande oportunidade de realizar o desejo de Deus: aliviar o sofrimento humano. Faz-se necessário reconhecer que nem ciência, nem religião podem ser vistas como tendo sentido em si mesmas, mas ambas precisam ser vistas como servas da humanidade, ambas precisam tornar a vida mais viável e mais cheia de sentido. Portanto no diálogo da teologia com as ciências naturais, mesmo que “provoque poucas mudanças na religião, poucas mudanças na ciência, espera-se que provoque muita mudança, mas muita mesmo, na sociedade” (SANCHES, 2008, p.42).

5.4 O AGIR COMUNICATIVO NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO ESPIRITUAL

A espiritualidade é um espaço racional onde a pessoa expressa desejos de seu coração. Neste espaço privilegiado se constroem pouco a pouco, gestos de liberdade que alcançarão a pessoa à altura da sua dignidade. “Sem a espiritualidade, a humanidade seria um deserto, pois não haveria onde drenar a necessidade que temos de percebemo-nos pertencentes a algo mais amplo que o mero cotidiano” (ZOBOLI e PEGORARO, 2008, 173).

As experiências espirituais são vivências distintas, não acompanham necessariamente as confissões de fé ou religiosas. Há pessoas espiritualizadas que nunca participaram de organizações religiosas e, pode haver pessoas que frequentam serviços religiosos e não são espiritualizadas. Neste contexto a bioética não é simplesmente uma tarefa cognitiva, é um vasto serviço para o espírito humano e isto requer repor a questão do sagrado no mundo e também na saúde. Para Zoboli e Pegoraro:

Então, a espiritualidade da atenção à saúde implica resgatar o sentido transcendente do cuidado. Em outras palavras é preciso reconhecer que nas práticas profissionais de saúde há um sentido originariamente nelas inscrito, que nos possibilita dar sentido ao nosso trabalho diário. Um sentido que ultrapassa normas, rotinas, procedimentos e mesmo as atitudes e comportamentos éticos-morais (2008, p.176).

Voltando ao campo da assistência espiritual e religiosa, a questão de saber se relacionar com os doentes, é muito importante que no encontro com os pacientes o capelão ou o voluntário conheça também os aspectos psicológicos do enfermo. Na Constituição Pastoral *Gaudium Et Spes*, sobre a igreja no mundo atual, o documento on-line nº 62, afirma: “Na atividade pastoral, conheçam-se e apliquem-se suficientemente não apenas os princípios teológicos, mas também os dados das ‘ciências profanas’, principalmente psicologia e sociologia, para que assim os fiéis sejam conduzidos a uma vida de fé mais pura e adulta”.

Neste contexto de relacionamentos com os enfermos a teoria do agir comunicativo de Habermas merece destaque: “Linguagem e cultura, enquanto elementos de fundo do mundo da vida, têm que ser, porém, de certa forma, sempre já pressupostas, pois elas são o próprio sistema de referência do entendimento” (REESE-SCHÄFER, 2009, p. 55).

O agir comunicativo é concebido por Habermas de modo a abrir as oportunidades para um entendimento em sentido abrangente, não restritivo. Este conceito de Habermas deve ser diferenciado de outros conceitos de ação, para tanto no discurso filosófico do desenvolvimento ele aumenta gradativamente o potencial e a força de explicação do conceito:

- a) *Agir teleológico* (orientado por uma finalidade) visa a realização de um objetivo.
- b) *Agir normativo* refere-se a grupos que orientam sua ação em valores comuns. A obediência à norma é esperada de todos os membros.
- c) *Agir dramático*, reporta-se à autorepresentação expressiva diante de um público.
- d) *Agir comunicativo* refere-se ao entendimento entre sujeitos capazes de falar e de agir (REESE-SCHÄFER, 2009, p. 46).

Os três primeiros conceitos revelam-se numa observação mais metódica, apenas enquanto caso-limite unilateral do agir comunicativo. A linguagem tem uma chance neles somente numa de suas variadas funções. No agir teleológico apenas como entendimento indireto dos que têm em vista seus propósitos próprios. No agir

normativo, meramente como manifestação de uma concordância normativa existente e no agir dramaturgico, como autorepresentação. Reese-Schäfer explica o agir comunicativo de Habermas:

No agir comunicativo, ao contrário, trata-se de uma referência somente ainda indireta no mundo, porém, de entendimento direto. Aqueles que agem comunicativamente “referem-se não mais diretamente a algo no mundo objetivo, social ou subjetivo, mas relativizam suas enunciações diante da possibilidade de que a validade delas seja contestada por outros atores. Essa disposição para a relativização pressupõe o reconhecimento dos outros participantes da comunicação – essa é a diferença essencial para com o agir estratégico pensado em termos de execução. Todo aquele que age comunicativamente apresenta com isso, de modo pronunciado ou não pronunciado, quatro preensões de validade: **inteligibilidade**, **verdade**, **correção** (em referência a normas) e **veracidade**. Em algumas passagens de sua obra, Habermas se refere também a “exatamente três” pretensões de validade: a inteligibilidade das enunciações é entendida não como pretensão específica, mas como pressuposto das demais. (2009, p.47).

Admite-se que as pretensões de validade dos outros participantes de comunicação sejam semelhantemente apresentadas e que eles tenham esse direito, enquanto participantes do processo de entendimento. O objetivo central da sua teoria do agir comunicativo é demonstrar essa tese abrangente:

É possível perceber claramente que o tipo de agir orientado ao entendimento, cuja estrutura racional interior nós esboçamos de forma totalmente provisória, de modo algum é encontrável, sempre e em qualquer lugar, como o caso normal da práxis comunicativa do dia a dia (Reese-Schäffer, 2009, p.49).

Em ambiente hospitalar onde grupos religiosos apresentam-se como voluntários estes devem estabelecer uma ética comunicativa e evitar o proselitismo religioso ao prestar cuidado espiritual aos vulneráveis. A escuta é uma excelente ferramenta para estabelecer o diálogo. Escutamos ouvindo o paciente, respeitando-o, segurando sua mão, no silêncio, lendo a mensagem que não foi falada e no seu olhar. Segundo Habermas o diálogo privilegia as diferentes percepções morais, isentando os saberes pré-concebidos. A ação comunicativa desempenha a função de transmitir e renovar o saber cultural sob o aspecto de coordenar a ação. A proposta de Habermas pretende através do diálogo, entender as divergências superando-as e compreendendo-as de forma que não prejudique a ação. Para Habermas as capacidades de agir, falar, interagir foram apreendidas ao longo de mudanças históricas e sociais.

O que somos resulta da evolução e aprendizado, portanto é possível modificar o modo de pensar, aprender e agir. Promover a capacitação de voluntários para melhor lidar com a pluralidade religiosa frente a pessoa enferma contribui para fortalecer uma cultura mais sensível diante da dor e do sofrimento daqueles quais os voluntários se dispuseram a cuidar.

O trecho bíblico a seguir encontrado no livro de Marcos capítulo 2, embora num primeiro momento foquemos apenas no encontro de Jesus com o paraplítico, em suas entrelinhas podemos ver a riqueza anterior do agir comunicativo para que esse evento fosse realizado.

- 1) E alguns dias depois, entrou em Cafarnaum, e soube-se que estava em casa.
- 2) E logo se ajuntaram tantos, que nem ainda nos lugares junto à porta eles cabiam; e anunciava-lhes a palavra.
- 3) E vieram ter com ele, conduzindo um paraplítico, trazido por quatro.
- 4) E, não podendo aproximar-se dele, por causa da multidão, descobriram o telhado onde estava e, fazendo um buraco, baixaram o leito em que jazia o paraplítico.
- 5) E Jesus, vendo-lhes a fé, disse ao paraplítico: Filho, perdoados estão os teus pecados.
- 6) E estavam ali sentados alguns dos escribas, que arrazoavam em seu coração dizendo:
- 7) Por que diz este assim blasfêmias? Quem pode perdoar pecados, senão Deus?
- 8) E Jesus, conhecendo logo em seu espírito que assim arrazoavam entre si, lhes disse: Por que arrazoais sobre estas coisas em vosso coração?
- 9) Qual é mais fácil? Dizer ao paraplítico: Estão perdoados os teus pecados, ou dizer-lhe: Levanta-te, e toma o teu leito e anda?
- 10) Ora, para que saibais que o Filho do Homem tem na terra poder para perdoar pecados (disse ao paraplítico),
- 11) a ti te digo: Levanta-te, e toma o teu leito, e vai para tua casa.
- 12) E levantou-se e, tomando logo o leito, saiu em presença de todos, de sorte que todos se admiraram e glorificaram a Deus, dizendo: Nunca tal vimos (BIBLIA SAGRADA, 2000).

Numa breve análise deste texto, Pessini (2008, p. 66), compara os quatro homens que levaram o paraplítico até Jesus, como quatro voluntários anônimos que trabalham na Pastoral da Saúde, em sua dimensão mais excelsa, quando a ação se torna mediação entre as pessoas e Deus. Ele relata também alguns elementos

fundamentais da ação pastoral no contexto da saúde. Fazer pastoral é ir ao encontro das pessoas onde elas estão e encontra-la no nível de suas necessidades, salientando que as necessidades de cada doente são diferentes, de acordo com suas realidades, além de serem diversas.

Os quatro voluntários obtiveram a confiança do paraplégico, por isso ele deixou-se ser conduzido pelos quatro homens, e eles se tornaram de simples voluntários em instrumentos de salvação. Mais um exemplo a ser observado no texto é o modelo da pastoral participativa, comunitária, pois nenhum dos voluntários, poderia ter carregado o paraplégico sozinho. Havia necessidade de outras mãos e força para uma ação coordenada. A organização simples e o espírito cooperativo garantiram o sucesso na jornada e contribuíram para a felicidade, a saúde daquela pessoa, que tão pouco recebeu da vida.

O gesto de solidariedade confirma que na experiência comunitária deve existir a disponibilidade de doar-se a si mesmo. Os voluntários são ainda, amostra de uma pastoral criativa. Para atingir seu objetivo de levar o doente a Jesus, perceberam a presença da multidão como um obstáculo. Ao invés de pedir desculpas ao paraplégico dizendo que tal encontro com Jesus não seria possível devido a multidão ali presente, estes usaram de sua criatividade, pensaram numa nova ideia para superar o obstáculo, introduziram o paraplégico pelo teto. O desafio destes quatro voluntários nos inspira a agir com criatividade ao enfrentarmos os problemas que surgem no atendimento espiritual hospitalar.

Nesta passagem bíblica Jesus também convida o paraplégico para assumir a sua própria história. Ao falar: “Levanta-te, toma teu leito e vai para tua casa”, Jesus não mandou ele jogar fora a sua maca. É muito comum quisermos desconsiderar ou negar a parte sofrida das nossas vidas. A maca fazia parte da história do sofrimento, da doença daquela pessoa. A missão desafiadora para quem presta cuidado espiritual é justamente oferecer as limitações humanas como fonte de fortaleza e crescimento para o outro e ajudá-lo a integrá-la na sua vida, a assumir passagens duras de deserto, de dor e tentação numa perspectiva libertadora. (PESSINI, 2008).

Pela passagem bíblica explanada acima podemos perceber a grandiosidade do trabalho voluntário, em ambiente hospitalar, a assistência espiritual deve ser mais presente, se o padre ou o pastor não podem estar todos os dias no hospital, pelo menos devem preparar e coordenar o trabalho com os voluntários, pois no mundo moderno, se o serviço não é visível, o serviço não existe.

Devemos ter bem claro em nossa mente que evangelizar não significa fazer pregações, podemos evangelizar pela presença, pelos serviços prestados, pela palavra, pelas orações, caso o enfermo solicite, mas este velho ditado cabe muito bem: “Veja como você está vivendo. Talvez esse seja o único evangelho que seu irmão lê” (BALDESSIN, 2007, p. 13).

Além do grande drama, que é a falta de preparação e formação específica para atuar junto aos doentes. Há uma ideia equivocada de que somente a fé, amor e boa vontade são os ingredientes suficientes para bem desenvolver esta atividade de atividade pastoral. Outro problema é que como este trabalho é de cunho voluntário, a impressão que fica é que pode ser feito quando o indivíduo não tem mais nada para fazer (BALDESSIN, 2007).

Os agentes de cuidado espiritual e visitantes voluntários devem viver uma ética profunda, não superficial. A evolução da ética no ser humano requer uma atitude que vá além daquilo que ele vê, esta ética dirige-se ao mundo interior onde há pensamentos, desejos e imagens que afetam o mais íntimo da pessoa. No encontro com o enfermo “a missão do agente é transformar, facilitar, crescer e fazer o outro crescer” (BALDESSIN, 2008, p. 24).

Um problema muito evidente quando se fala em atendimento espiritual hospitalar é que muitos agentes desse cuidado e muitos voluntários confundem-no com o atendimento religioso, muitas vezes querendo impor suas crenças e valores pessoais aos enfermos, ocasionado desconforto ao ser que já está sofrendo ao invés de permitir que eles mesmos façam suas próprias reflexões.

5.5 A BIOÉTICA DA PERMISSÃO NO ATENDIMENTO ESPIRITUAL HOSPITALAR

Todas as religiões são mensagens de salvação que procuram responder a algumas questões fundamentais em relação à vida do ser humano. São perguntas sobre os eternos problemas humanos do amor e do sofrimento, da culpa e do perdão, da vida e da morte, da origem do mundo e de suas leis. Por que nascemos e por que morremos? O que governa o destino de cada pessoa na humanidade? Como se fundamentam a consciência moral e a existência de normas éticas e se afirma a existência de uma vida pós-morte. Todas oferecem caminhos semelhantes de salvação: caminhos nas situações de penúria, sofrimento; indicação de caminhos para comportar-se de forma correta e responsável nesta vida a fim de alcançar uma felicidade duradoura, constante e eterna, a libertação de todo sofrimento, culpa e morte. Mesmo quem rejeita as religiões deve leva-las a sério, como realidade social e existencial básica. Elas têm a ver com o sentido e o não-sentido da vida, com a liberdade e a escravidão das pessoas, com a justiça e a opressão dos povos, com a guerra e a paz na história e no presente, com a doença, o sofrimento e a saúde das pessoas. [...] Aqui, entramos no âmago da espiritualidade, que precisamos distingui-las da religião. A religião codifica uma experiência de Deus e lhe dá a forma de poder religioso, doutrinário, moral e ritual ao longo de sua expressão histórica. A espiritualidade se orienta pela experiência profunda e sempre inovadora e surpreendente encontro vivo com o Deus. Hoje, percebe-se no horizonte da humanidade um cansaço da religião entendida 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 de transferência que dá sentido último da existência humana (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2008, p.5).

O princípio da permissão de Engelhardt aparece como uma condição de possibilidade de uma das atividades fundamentais das pessoas: a criação de um tecido social, no qual, neste caso, os grupos religiosos possam conviver de uma forma pacífica e saudável com os “estranhos morais” (FERRER e ÁLVAREZ, 2005).

É importante notar como e onde os compromissos com diferenças morais e metafísicas levam a divisões os conflitos morais que fragmentam a bioética contemporânea. O estado não é uma comunidade moral e as comunidades morais estão em conflito entre si acerca da natureza da moralidade e do conteúdo de uma bioética apropriada. Levar a diversidade moral a sério exige o reconhecimento do que separa as moralidades (ENGELHARDT, 2010).

Não há dúvida de que um elemento da diversidade e de controvérsia morais que define a condição humana tem raízes religiosas. Pode-se avaliar a profundidade das cisões culturais que fragmentam a bioética considerando a separação entre teístas e ateus. Esse cisma não separa simplesmente o religioso do secular, mas envolve uma divergência filosófica fundacional a respeito do significado da moralidade e da sua existência. Os teístas reconhecem a realidade como tendo um sentido último, enquanto os ateus considerarão a realidade como vinda em última análise do nada e se encaminhando para lugar nenhum sem finalidade última. Os agnósticos e ateus, ao contrário dos teístas, situam a política da vida humana e dos cuidados médicos inteiramente no horizonte do finito e do imanente. Essa perspectiva pode sustentar concepções fundamentalmente divergentes de como, por exemplo, se deve proporcionar cuidado para pessoas em risco de morte. (ENGELHARDT, 2010, p.434).

Muitos que trabalham no campo da bioética parecem ignorar essas dificuldades que estão na raiz do pensamento contemporâneo. Muitas pessoas que prestam serviço de assessoria em bioética usam uma só bioética com conteúdos concretos, como se essa bioética padrão, fosse capaz de guiar todas as decisões morais seculares e de orientar as políticas públicas. Por isso, não há uma bioética: temos bioéticas. As tentativas de fundamentar uma ética ou uma bioética racional com valor universal fracassaram e do ponto de vista de Engelhardt, não podia ser de outra maneira. Esse problema torna-se explícito quando nos confrontamos com culturas radicalmente diferentes e é isto que Engelhardt quer nos apresentar, a moral que pode nos guiar com os estranhos morais na formulação de uma política onde o respeito e a permissão diante do diferente seja a possibilidade necessária para um diálogo respeitoso (FERRER e ÁLVAREZ, 2005).

[...] *A moral com conteúdos concretos opõe-se à moral de procedimentos*, que se limita a estabelecer os procedimentos devidos para que as pessoas confirmem autoridade moral às atividades comuns por meio do consentimento. Uma moral com conteúdos concretos oferece diretrizes morais substantivas acerca do bem e do mal, para além de usar as pessoas sem seu consentimento. O termo *estranhos morais* aplica-se às pessoas que não compartilham suficientes premissas morais ou normas de demonstração e inferência moral para resolver suas controvérsias morais por meio de uma argumentação racional válida. A esses dois termos é preciso acrescentar um terceiro, o de amigos morais. São *amigos morais* as pessoas que compartilham suficientes elementos morais concretos capazes de solucionar suas diferenças por meio de argumentação racionais válidos ou pelo recurso a uma autoridade moral, que ambos reconhecem como derivada de uma fonte distinta do consenso ou do acordo entre as partes. Os estranhos morais não têm outra alternativa para resolver suas diferenças morais senão o acordo ou o consenso entre as partes. É preciso acrescentar que os estranhos morais não têm de ser totalmente estranhos entre si. É preciso compreender a posição moral alheia e pensar, ao mesmo tempo, que está equivocada. Basta uma hierarquização diferente de valores fundamentais, reconhecidos por ambas as partes, para que dois sujeitos se convertam em estranhos morais. Mais ainda, dada a complexidade das circunstâncias humanas, os estranhos morais podem ser, ocasionalmente, grandes amigos afetivos (FERRER e ÁLVAREZ, 2005, p.203).

Essa compreensão da ética e da bioética não se respalda num compromisso em estabelecer a paz mundial, mas na condição necessária de possibilidade de um âmbito da vida humana e da vida das pessoas em geral: o âmbito da moralidade. “É o descobrimento da gramática mínima necessária para poder culpar e louvar quando se fala com estranhos morais e para poder estabelecer um conjunto de

compromissos morais por um meio que não seja a força” (FERRER e ÁLVAREZ, 2005, p. 213).

Nesse contexto não se compartilha nada no nível dos conteúdos concretos e as questões últimas não podem receber resposta. Todavia, a proposta moral da bioética secular pode nos oferecer a possibilidade de um discurso com autoridade moral secular que permita a colaboração pacífica entre os estranhos morais para a consecução de fins comuns (FERRER e ÁLVAREZ, 2005, p.213).

Segundo Ferrer e Álvarez, moralidade que rege a colaboração entre estranhos morais é propósito de estudo de Engelhardt. Para ele os dois princípios fundamentais da moral secular são o princípio da permissão e o princípio da beneficência, sendo o primeiro a pedra angular do seu sistema:

O princípio da beneficência é central para a vida moral, apesar da sua vaga. Os debates morais não versam somente sobre a autoridade para resolver diferenças morais. Os problemas e debates morais têm a ver também com os bens que é preciso perseguir e realizar a vida humana. E toda visão concreta da vida boa pressupõe uma compreensão e um ordenamento dos bens e males. Nisto consiste a vida moral (realizar os bens hierarquicamente ordenados e evitar os males). *Portanto, a vida moral, na comunidade secular pluralista, consiste na prática do bem – em fazer o bem – dentro dos limites da autoridade moral em fazer o bem – dentro dos limites da autoridade moral que é possível estabelecer em toda a sua amplitude nas comunidades morais com visões morais díspares. E os limites dessa autoridade são estabelecidos pelo princípio da permissão* (FERRER e ÁLVAREZ, 2005, p.217).

O recurso à *permissão* como fonte da autoridade moral não exige nenhuma visão moral particular. A condição única e necessária é o respeito pela liberdade de todos os participantes numa controvérsia moral. A *comunidade moral secular* pode ser caracterizada como ponto de vista intelectual das pessoas interessadas em resolver suas controvérsias morais por vias que não estejam baseadas fundamentalmente no recurso à força. Trata-se de um universo moral criado pela vontade livre dos participantes, o que é suficiente para dar à comunidade moral secular *um fundamento transcendental imanente*. Usa-se o termo transcendental para referência a um argumento que põe as condições de possibilidade de um âmbito fundamental da experiência humana da ação (FERRER e ÁLVAREZ, 2005, p.212).

No princípio da permissão para realizar ações que envolvem outras pessoas numa sociedade pluralista, a autoridade moral deriva da permissão das pessoas envolvidas. O conteúdo fundamental do princípio de Engelhardt é “Sem permissão ou consentimento não há autoridade moral” (FERRER e ÁLVAREZ, 2005, p. 218). O princípio da permissão expressa o fundamento da autoridade moral para a resolução de conflitos morais na sociedade secular e pluralista. Essa autoridade deriva do

acordo dos participantes, já que não pode derivar de argumentos racionais nem de crenças comuns. O respeito do direito do participante de dar seu consentimento é a condição de possibilidade necessária da comunidade moral. A moralidade que nasce do princípio da permissão poderia ser denominada *moralidade da autonomia como respeito mútuo* (FERRER e ÁLVAREZ, 2005).

Segundo Loch:

A Bioética como as demais ciências, tem procurado desenvolver metodologias adequadas para discutir e solucionar os conflitos morais que surgem da prática assistencial e da pesquisa biomédica. A questão fundamental é encontrar e utilizar métodos de análise que possibilitem um estudo racional, sistemático e objetivo destes problemas, a fim de que a tomada de decisão se constitua em um ato bom e correto. Para chegar-se a um resultado satisfatório, há condições que devem estar bem definidas antes de iniciar a discussão: 1) Qualquer deliberação bioética parte de um princípio fundamental de respeito pelo ser humano e o cumprimento desta condição é indispensável para o agir correto. 2) Para alcançá-la, devem participar do debate todos aqueles que têm interesse envolvidos no caso, trazendo suas contribuições ativas e essenciais, suas diferentes interpretações do problema, que enriquecem e se completam durante a discussão. Médicos, enfermeiros, outros profissionais que estejam auxiliando no cuidado do doente, o próprio paciente ou um familiar representante podem estar presentes, pessoal ou virtualmente, para expor seus argumentos e defendê-los. 3) Todos os participantes devem ter uma atitude compreensiva e tolerante para com os valores e posicionamentos divergentes, respeitando a pluralidade ético-cultural da sociedade contemporânea e todos devem utilizar argumentos racionais para defender seus pontos de vista, justificando-os moralmente (p.1).

A ética ou bioética da permissão de Engelhardt cabe bem também na passagem bíblica descrita no tópico anterior, o encontro de Jesus com o paralítico só foi possível porque o paralítico confiou nos voluntários e permitiu que estes o conduzissem até Jesus.

No trecho bíblico a seguir, encontrado no Evangelho de João, no capítulo 8.1-11, Jesus surpreende uma estranha moral em adultério, digo, estranha moral porque com certeza a mulher que fora surpreendida em adultério não compartilhava da mesma moralidade de Jesus.

- 1) Porém Jesus foi para o monte das Oliveiras.
- 2) E, pela manhã cedo, voltou para o templo, e todo o povo vinha ter com ele, e, assentando-se, os ensinava.
- 3) E os escribas e fariseus trouxeram-lhe uma mulher apanhada em adultério.
- 4) E, pondo-a no meio, disseram-lhe: Mestre, esta mulher foi apanhada, no próprio ato, adulterando,

- 5) e, na lei, nos mandou Moisés que as tais sejam apedrejadas. Tu, pois que dizes?
- 6) Isso diziam eles, tentando-o para que tivesse de que o acusar. Mas Jesus, inclinando-se, escrevia com o dedo na terra.
- 7) E, como insistissem, perguntando-lhe, endireitou-se e disse-lhes: Aquele que dentre vós está sem pecado seja o primeiro que atire pedra contra ela.
- 8) E, tornando-se a inclinar-se, escrevia na terra.
- 9) Quando ouviram isso, saíram um a um, a começar pelos mais velhos até os últimos; ficaram só Jesus e a mulher, que estava no meio.
- 10) E, endireitando-se Jesus e não vendo ninguém mais do que a mulher, disse-lhe: Mulher, onde estão os teus acusadores? Ninguém te condenou?
- 11) E ela disse: Ninguém, Senhor. E disse-lhe Jesus: Nem eu também te condeno; vai-te e não peques mais (BÍBLIA SAGRADA, 2000).

Santos (2008), faz uma análise deste texto bíblico a partir da ética e da atitude pastoral de Jesus.

Os escribas e os fariseus vieram testar Jesus. Havia neles uma máscara exterior que os denunciava. A relação entre o “ser” e o “aparentar” e o despojar-se da máscara era ponto essencial no contato com Jesus e os fariseus. Os fariseus se consideravam pessoas responsáveis e virtuosas, se apresentavam como exemplo de pessoas que Deus queria. A máscara pode ser a falsa personalidade exterior que nós mostramos ao mundo e que está em contradição com o nosso mundo interior. A máscara pode, pouco a pouco, fazer-nos crer que somos a pessoa que pretendemos ser.

O grande erro é crer que nós podemos solucionar os problemas morais da vida criando uma ética de obediência à lei, e como vimos com Engelhardt não podemos fundamentar uma ética racional com valor universal.

A partir do momento que Jesus falou para que quem não tivesse pecado que atirasse a primeira pedra, o ser humano está compelido a fazer juízo sobre si mesmo, a partir daí não só a acusada, mas também os acusadores estiveram sob juízo.

Quando Jesus pergunta: onde estão os que te acusaram? Ninguém te condenou? Jesus havia testemunhado o que havia acontecido. Esta é uma cena que transmite segurança no nível metamensagem que prepara suas palavras finais: *Nem eu te condeno, vai-te e não peques mais*. Esta mulher não pediu o perdão de Jesus, recebeu-o como um decreto judicial que anula o juízo anterior, mas num sentido

mais profundo. Ela foi amada e cuidada. “Em nenhuma situação pessoal imaginada, a pessoa pode esquecer essa atitude de apreço e de consideração, que deixa claro o valor de cada ser humano, independente da sua condição momentânea” (SANTOS, 2008, p. 38).

Jesus restaura a confiança e a esperança a essa mulher e a encaminha a aprender novas possibilidades de comportamento. Ninguém pode crescer no clima em que tudo é julgamento, o agir criativo de Jesus, devolve-lhe a auto-estima e permite a inovação na vida daquela mulher.

A análise que Santos fez desta passagem bíblica nos induz a pensar que nem Jesus se colocou numa posição superior a mulher adúltera, mesmo ela não compartilhando da mesma moralidade que Jesus. Ele não a julgou pelos seus atos, mas ele levou-a a possibilidade de ter uma vida mais digna. Assim devem agir os agentes e voluntários de cuidado espiritual, no encontro com o enfermo, estes devem ver nestes cuidadores a presença de Jesus que acolhe, conforta e consola. Respeitar a história e a biografia do enfermo no contexto hospitalar é indispensável tanto para resoluções dos dilemas no campo da Bioética, quanto no cuidado espiritual do enfermo.

Faz-se necessário cultivar a sabedoria, desafiando aqueles que querem impor aos outros a sua verdade moral, como única verdade, bem como desafiar os fundamentalistas que se recusam participar de um diálogo aberto e respeitoso num contexto pluralista.

A Bioética de Potter com seu caráter plural e como ponte para o futuro, é o caminho para o diálogo multi, inter e transdisciplinar na busca de recuperar o “humanismo do humano” e na busca pelo respeito ao diferente ou como nos diz Engelhardt, no respeito pelos “estranhos morais”. Então, a pergunta que não quer calar: A bioética não teria uma missão de nos tornar um “ser para”, agente transformador da realidade neste momento tão banal em que estamos vivendo?

6. A TRAJETÓRIA DA PESQUISA

Este capítulo apresenta a trajetória percorrida para o desenvolvimento desta investigação. Para tanto, algumas etapas foram percorridas, como a definição da abordagem da pesquisa, a escolha dos instrumentos de coleta de dados, o campo de pesquisa, a seleção dos participantes e o processo de análise de dados.

Para embasar a opção metodológica, da pesquisa de abordagem qualitativa utilizaremos Laurence Bardin como referência e mais alguns autores.

6.1 A ABORDAGEM DA PESQUISA

No seu cotidiano pessoas constroem suas representações relacionadas a valores e atitudes, ideias, preferências, desejos de realizar algo até a possibilidade de realizar algo. Muitos desses desejos partem da sua própria história ou do contexto em que encontram-se inseridos, resultado da sua interação com os outros, com a vida e com a sociedade.

Os atores sociais destacados nesta pesquisa são os agentes de cuidado espiritual e pessoas que voluntariam-se na tarefa de prestar cuidado ao enfermo. Como a espiritualidade está inserida dentro do cuidado em saúde, esta deve ser preocupação não somente dos profissionais da saúde, mas de outras pessoas que “sentem-se chamadas” a cuidar do enfermo. Este “chamado” de caráter humanístico não pode ser confundido com proselitismo religioso.

Hennezel a partir de depoimentos que ouviu durante dez anos de doentes e da forma como foram tratados sentiu que essa humanidade ainda é escassa e que devemos buscar a nossa própria humanidade:

[...] Vê-se perfeitamente que a primeira etapa para um humanismo espiritual consistiria em sermos verdadeiros seres humanos. Ou seja, abeirarmo-nos do outro com respeito. O respeito pelo que ele é para além do que vemos. Saber acolhê-lo, entrar calmamente em seu quarto, saber sentar-se nem que seja durante cinco minutos para deixar vir o que o outro tem para dizer, escutá-lo, dar-lhe de beber, ajudá-lo com doçura a encontrar a posição mais cômoda etc. É tão frequente não estarmos presentes em nossos gestos! [...] Quando, afinal, trata-se de “pessoas” que vivem dolorosamente em seu foro íntimo essa redução de sua pessoa a um “objeto”, a primeira coisa que temos de conquistar é, realmente, nossa própria humanidade (2012, p.41).

A pesquisa de abordagem qualitativa realizada em quatro hospitais de Curitiba busca verificar como os atores sociais que se voluntariam na tarefa do

cuidar aplicam em seus atendimentos essa humanidade que às vezes é confundida com gestos religiosos.

A pesquisa de abordagem qualitativa de cunho interpretativo promove uma aproximação entre o sujeito da pesquisa e o objeto da pesquisa, favorecendo o estudo das representações sociais em práticas de comunicação do cotidiano dos atores sociais. De acordo com Sêga (2000, p. 128):

As representações sociais se apresentam como uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações, eventos, objetos e comunicações que lhes concernem. O social intervém de várias formas: pelo contexto concreto no qual se situam grupos e pessoas, pela comunicação que se estabelece entre eles, pelo quadro de apreensão que fornece sua bagagem cultural, pelos códigos, símbolos, valores e ideologias ligados às posições e vinculações sociais específicas. Em outras palavras, a representação social é um conhecimento prático, que dá sentido aos eventos que nos são normais, forja as evidências da nossa realidade consensual e ajuda a construção social da nossa realidade. A representação é sempre a atribuição da posição que as pessoas ocupam na sociedade, toda representação social é a representação de alguma coisa ou de alguém. Ela não é cópia do real, nem cópia do ideal, nem a parte subjetiva do objeto, nem a parte objetiva do sujeito, ela é o processo pelo qual se estabelece a relação entre o mundo e as coisas.

De acordo com Pérez Serrano (1994, *apud* ESTEBAN, 2010, p. 125), a abordagem qualitativa de natureza interpretativa proporciona que os pesquisadores realizem “descrições detalhadas de situações, eventos, pessoas, interações e comportamentos que são observáveis, incorporando a voz dos participantes, suas experiências, atitudes, crenças, pensamentos e reflexões, tal e qual são expressas por eles mesmos”.

A metodologia utilizada neste presente trabalho é a análise de conteúdo que segundo Bardin, 2011, p. 15:

O que é a análise de conteúdo atualmente? Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum dessas técnicas múltiplas e multiplicadas – desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não aparente, o potencial de inédito (do não dito), retido por qualquer mensagem. Tarefa paciente de “desocultação”, responde a esta atitude de *voyeur* de que o analista não ousa confessar-se e justifica a sua preocupação, honesta, de rigor científico. Analisar mensagens por esta dupla leitura onde uma segunda leitura se substitui à leitura “normal” do leigo, é ser agente duplo, detetive, espião... Daí a investir-se o instrumento técnico enquanto tal e a adorá-lo como um ídolo capaz de todas as magias, fazer dele o pretexto ou o álibi que caucione vãos procedimentos, a transformá-lo em gadget inexpugnável do seu pedestal, vai um passo... que é preferível não transpor.

Bardin argumenta ainda que o maior interesse deste instrumento de pesquisa reside para além das suas funções heurísticas e verificativas e que ao desempenhar o papel de “técnicas de ruptura” face à intuição aleatória e fácil, os processos de análise de conteúdo obrigam à observação de um intervalo de tempo entre o estímulo-mensagem e a reação interpretativa.

Voltando a pesquisa de abordagem qualitativa, Minayo explica que essa pesquisa “não se preocupa em quantificar, mas lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum” (1996, p. 11).

6.2 O CAMPO EMPÍRICO, OS PARTICIPANTES E A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O campo empírico desta investigação foram quatro hospitais da cidade de Curitiba (PR), mais precisamente caracterizados como HCC (Hospital de Confissão Católica), HCE (Hospital de Confissão Evangélica), HCL1 (Hospital de Confissão Laica 1) e HCL2 (Hospital de Confissão Laica 2).

Os participantes desta pesquisa não foram selecionados aleatoriamente. Foram selecionados como participantes para compor esta pesquisa agentes de cuidado espiritual e voluntários maiores de 18 anos e com no mínimo dois anos de experiência na capelania ou no voluntariado.

Tendo delimitado os critérios de seleção dos sujeitos de pesquisa, foi realizado inicialmente um contato com o serviço de capelania dos quatro hospitais de Curitiba solicitando a autorização da pesquisa. Após o aceite verbal dos hospitais, o projeto foi submetido na Plataforma Brasil. Após a aprovação do projeto na Plataforma Brasil voltei a cada hospital para pegar as autorizações dos hospitais e na sequência verificar qual a melhor forma de encontrar os sujeitos de pesquisa para a efetivação da mesma. As capelanias HCC, HCE e HCL2 nomearam um representante para me apresentar para os voluntários. Na capelania HCL1 pude contar com a ajuda de dois representantes para me apresentarem para seus respectivos grupos.

Entretanto, nesse trabalho de pesquisa, mesmo sendo apresentada para os grupos de todos os hospitais pelos seus respectivos representantes e explicando sobre a importância da pesquisa tive algumas dificuldades para conseguir o número de oitenta e oito sujeitos de pesquisa. Alguns sujeitos alegaram que já haviam participado desta pesquisa e que depois as pessoas não paravam de ligar na residência deles perguntando sobre a pesquisa, diante disto, outros sujeitos não queriam participar da pesquisa. Expliquei-lhes que se tratava de uma pesquisa inédita com o intuito de melhorar cada vez mais a questão do “cuidado” para com o enfermo.

Outra limitação que houve durante a pesquisa é que um determinado grupo de voluntários ao ler as perguntas da pesquisa devolveram-na porque não queriam responder a seguinte pergunta: Você procura falar sobre a sua religião para o enfermo? Por quê?

Enfim, as pessoas que se dispuseram a preencher o questionário receberam uma breve explanação sobre a pesquisa e o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) no qual em seu texto preserva o anonimato dos participantes da pesquisa.

Deste modo, a partir dos convites aceitos e identificados os sujeitos, foi necessário marcar um horário para aplicação dos questionários aos voluntários de forma que não atrapalhasse o horário das visitas. O total de ida a cada hospital variou de acordo com as instruções que cada representante me passou. Teve hospitais que eu ia todas as tardes. Outros hospitais eram estabelecidos os dias da semana e teve um hospital específico, o HCL1, que num final de semana eu apliquei

o questionário de uma só vez para um determinado grupo, após ter lido com eles o questionário e o TCLE e ter tirado suas respectivas dúvidas.

A tabela 1 apresenta o campo empírico dos hospitais de Curitiba, detalhando a quantidade dos hospitais e os sujeitos envolvidos nessa pesquisa.

Tabela 1 – Identificação dos hospitais, número de agentes e voluntários participantes da pesquisa – 2014.

CENÁRIOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA			
Hospitais participantes da pesquisa	Total dos agentes participantes por hospitais	Total dos voluntários participantes por hospitais	Sujeitos de pesquisa que aceitaram responder o questionário
1. HCC	02	20	22
2. HCE	02	20	22
3. HCL1	02	20	22
4. HCL2	02	20	22
TOTAL	08	80	88

Fonte: Elaborado pela autora com base na pesquisa de campo, 2014.

Durante a pesquisa, mesmo nesta que fiz com um grupo de dez participantes do HCL1, tive o cuidado necessário para que os participantes pudessem se sentir à vontade para responder as perguntas, mantendo distância dos outros participantes. Expliquei-lhes novamente sobre a preservação do anonimato das informações para que os participantes pudessem responder o que eles pensam realmente. Entretanto, houve situações que não encontrei espaço apropriado para a realização da pesquisa, então, o representante hospitalar, sugeriu que a pesquisa fosse feita dentro da capela do hospital ou em outras dependências externas.

Este trabalho de pesquisa foi realizado de março a novembro de 2014, pois tivemos alguns contatemplos no percurso da pesquisa que não há necessidade de serem mencionados, mas as pessoas que voluntariam-se a preencher o questionário reconheciam a importância deste trabalho e parabenizaram-me pela preocupação de se prestar um bom cuidado espiritual ao enfermo. Os agentes e os voluntários entusiasmavam-se por contar experiências vividas no seu trabalho como voluntário, assim como as dificuldades vivenciadas por certos grupos de voluntários que fazem

“assaltos espirituais” nos enfermos. Muitos dos sujeitos de pesquisa colocaram a necessidade de ter mais capacitação para quem quer prestar cuidado espiritual ao enfermo. Mas mesmo em meio a todas as dificuldades ocorridas durante o período da coleta de dados, foi muito renovador e apaixonante este trabalho com agentes de cuidado espiritual e voluntários.

6.3 A COLETA DE DADOS

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados nessa pesquisa três questionários com questões abertas, um para os agentes de cuidado espiritual contendo vinte perguntas (ANEXO D), um para os voluntários de cuidado espiritual contendo dezesseis perguntas (ANEXO E) e um para os voluntários sociais contendo dezesseis perguntas (ANEXO G).

A princípio seriam aplicados apenas dois questionários: um para os agentes de cuidado espiritual (ANEXO D) e o outro para voluntários de cuidado espiritual (ANEXO E), mas a pedido do agente responsável pelo serviço de capelania do HCL2 foi elaborado mais um questionário para os voluntários sociais (ANEXO G), pois estes acabam prestando atendimento espiritual também. Este capelão relatou a dificuldade de trabalhar com os voluntários espirituais devido a questão do proselitismo religioso, demonstrando ter vontade apenas de trabalhar com voluntários sociais.

Pelo foco da pesquisa estar relacionado a questão do cuidado e mais especificamente ao cuidado espiritual optou-se por fazer os três questionários com perguntas abertas, uma vez que quando falamos em cuidado e espiritualidade nos remete a ideia de subjetividade. Para Vieira (2009, p. 17) o questionário é “um instrumento de pesquisa construído por uma série de questões sobre o tema”.

O questionário permite que o sujeito da pesquisa se expresse a sua própria maneira permitindo desenvolver no pesquisador a ideia intuitiva e a forma como o sujeito da pesquisa interpreta o mundo.

A pesquisa qualitativa apresenta certas características particulares, corresponde a um procedimento mais intuitivo, mas também mais maleável e mais adaptável a índices previstos, ou à evolução das hipóteses permitindo sugerir possíveis relações entre um índice da mensagem e uma ou diversas variáveis do locutor (ou da situação de comunicação) (BARDIN, 2011).

Franco, 2008, p.13 afirma que a análise de conteúdo pode ser “entendida como uma construção real de toda a sociedade e como a expressão da existência humana”.

O primeiro passo para analisar um conteúdo consiste em fazer uma leitura flutuante que Bardin, 2011, p. 126, define como:

A primeira atividade consiste em estabelecer contato com os documentos e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Essa fase é chamada de leitura “flutuante”, por analogia com a atitude do psicanalista. Pouco a pouco, a leitura vai se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projeção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos.

A leitura flutuante permite categorizar facilitando a interpretação dos dados mais relevantes.

6.4 ANÁLISE DA PESQUISA

Nesta etapa é apresentada a análise descritiva dos resultados do perfil pessoal dos agentes de cuidado espiritual participantes e dos voluntários desta pesquisa fazendo uso de tabelas e gráficos. Num segundo momento, são apresentadas e interpretadas as representações sociais dos agentes de cuidado espiritual e dos voluntários acerca do objeto de estudo.

Para conhecer melhor o perfil dos sujeitos de pesquisa foi feita uma categorização para uma melhor compreensão do objeto de estudo. Nos questionários aplicados, (ANEXO D, ANEXO E e ANEXO G), a partir das informações coletadas permitiu-se identificar o perfil pessoal, acadêmico e confessional dos oito agentes de cuidado espiritual e dos oitenta voluntários participantes dessa pesquisa.

Vejamos os dados sistematizados na Tabela 2.

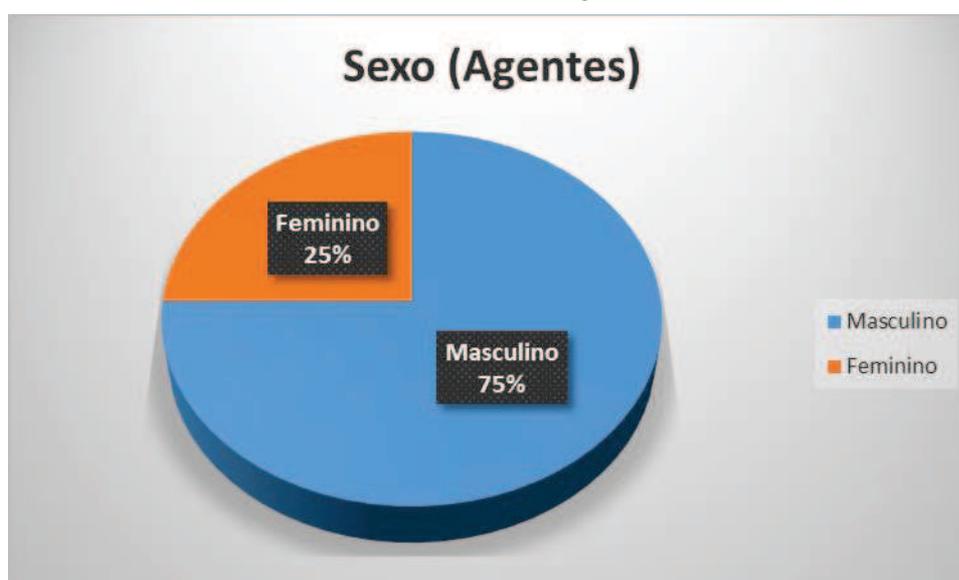
Tabela 2 – Caracterização dos agentes de cuidado espiritual participantes da pesquisa

CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES					
		HCC	HCE	HCL1	HCL2
Sexo	Feminino	01			01
	Masculino	01	02	02	01
Idade	18 a 25 anos				
	25 a 30 anos				
	30 a 35 anos			02	
	Mais de 35 anos	02	02		02
Escolarização	Ensino Fundamental Incompleto				
	Ensino Fundamental Completo				
	Ensino Médio Incompleto				
	Ensino Médio Completo				
	Superior Incompleto				
	Superior Completo	02	02	01	02
	Pós-Graduado			01	
Religião	Católica	02		01	01
	Evangélica		02	01	01
	Espírita				
	Outros				
Denominação	Católica	02		01	01
	Batista		01	01	
	Luterana				01
	Presbiteriana		01		

Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Vejamos os gráficos que complementam a tabela acima:

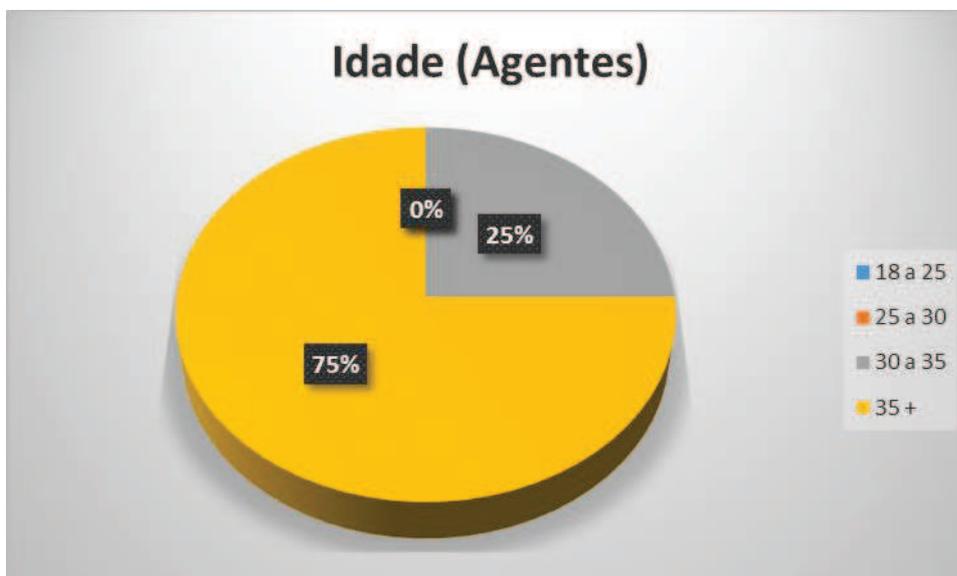
Gráfico 1 – Sexo dos agentes



Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Observa-se, no total dos agentes (N=08) que o predomínio dos participantes (75%) são do sexo masculino e 25% são do sexo feminino.

Gráfico 2 – Idade dos agentes



Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Quanto a idade dos agentes 25% tem de 30 a 35 anos e 75% tem acima de 35 anos.

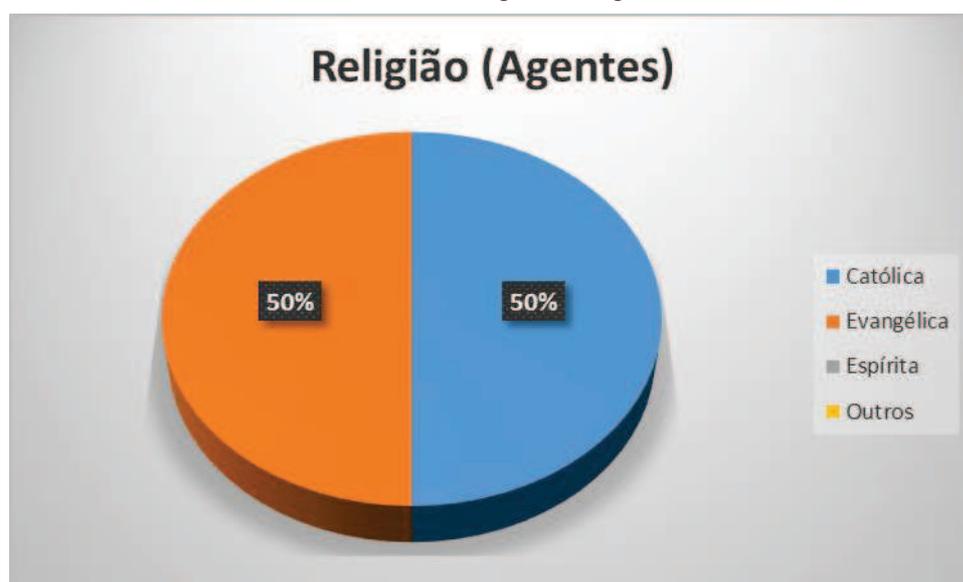
Gráfico 3 – Escolaridade dos Agentes



Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Sobre a escolaridade dos entrevistados os dados revelam que (100%) possui curso superior, inclusive um possui especialização na área de Teologia, que traduzidos através do gráfico contabilizam que 87% possui curso superior e 13% possui Especialização.

Gráfico 4 – Religião dos Agentes



Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa – 2014

Através do Gráfico 4 podemos observar que 50% dos agentes são católicos e 50% evangélicos. Os 50% que compõe os evangélicos pertencem as denominações Batista, Luterana e Presbiteriana.

Com relação as demais questões respondidas pelos agentes de cuidado espiritual em hospitais, vamos conferir na tabela abaixo quem são essas pessoas que prestam este tipo de cuidado, como essas pessoas são selecionadas para fazer este serviço, o que os agentes esperam do enfermo durante o cuidado espiritual e quais as características que os agentes consideram importantes para prestar um bom atendimento espiritual hospitalar. O intuito das tabelas (03 e 04) abaixo não é para quantificar as respostas, mas manter a fidelidade das respostas obtidas nos questionários dos agentes.

Tabela 3 – Denominação, seleção, cuidado e características para prestar um bom atendimento.

QUESTÕES DO Nº 05 AO Nº 08				
	HCC	HCE	HCL1	HCL2
Denominação	- voluntários	- Denominações	- Católicos	- Católicos

Voluntários	católicos. - (01) voluntária luterana.	ligada ao conselho do hospital, com algumas exceções. - Igrejas evangélicas, pentecostais, Assembléia de Deus.	- Luteranos - Batistas - Assembléia de Deus - Adventistas - Evangelho Quadrangular.	- Batistas - Luteranos - Comunhão Cristã – ABBA. - Diferentes denominações que tenham sintonia com a Capelania Ecumênica.
Seleção Voluntários	- entrevistas - ver perfil - treinamento - informação de abordagem ao paciente. - indicação de amigos, parentes ou dos próprios voluntários.	- curso de capacitação em visitação hospitalar. - Curso de assistência espiritual hospitalar. - avaliar o perfil do voluntário.	- setor que mais se identifica. - curso na área de visitação. - ato voluntário - entrevista - capacitação	- indicadas pelas igrejas. - ter o curso da ACAEHB.
Cuidado Espiritual para os enfermos	- que sintam confiança nos visitantes. - sinceridade - não forçar o paciente a falar. - que aceitem melhor o tratamento. - tranquilidade - dirimir dúvidas - fortalece a esperança	- pacientes serem tratados como pessoa. - tratamento integral ao paciente. Consolo Ânimo Conforto - Amparo - Acolhido - Respeito na sua característica pessoal.	- assistidos em sua totalidade. - respeitados na sua crença. - amparados pela fé e esperança. - perceber que há um amigo perto dele e dos familiares. - encontrar Deus - encontrar paz para superar os conflitos.	- que acolham os visitantes. - que exponham suas ansiedades. - conforto - auxílio - acalmá-los - ajuda-los
Características para prestar um bom atendimento	- ótima formação humana, psicológica e cristã. - formação superior em Teologia. - cursos para a capelania. - fé profunda e equilibrada. - ausência de preconceito qto às	- Amor - Ética - Respeito - Cidadania - Solidariedade - Responsabilidade - Empatia - Compaixão - Percepção - Direção de Deus - Conhecimento	- bom ouvinte - respeitar a fé do paciente. - não fazer proselitismo religioso. - investir tempo na relação. - preparação do agente. - disposição em	- estar de bem com Deus. - estar de bem consigo. - estar de bem com as outras pessoas. - ser alegre - conhecimento na área. - vivência espiritual. - conhecimento do

	denominações religiosas. - sigilo. - escuta. - acolher; - observar as normas da instituição.	Bíblico Teológico - Vida Consagrada ao Senhor.	servir e escutar. - não julgar. - não excluir. - acolher.	comportamento humano em situação de fragilidade. - paciência - humildade - bondade - amor
--	--	---	--	---

Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Quanto a denominação religiosa do Hospital de Confissão Católica (HCC) contatou-se que 95% dos voluntários são católicos e 5% são evangélicos, embora mesmo a instituição sendo católica ela tem abertura para a prática do ecumenismo. No Hospital de Confissão Evangélica (HCE) 100% dos voluntários são evangélicos pela descrição da tabela 3, pois as igrejas ligadas ao conselho do hospital são de confissão evangélica. Nos hospitais de Confissão Laica 1 e 2, (HCL1) e (HCL2), os voluntários são católicos e de diversas denominações evangélicas que tenham sintonia com a Capelania Ecumênica.

O Dicionário Aurélio (on-line) define ecumenismo como movimento que visa à unificação das igrejas cristãs (católica, ortodoxa e protestante). A definição eclesial, mais abrangente, diz que é a aproximação, a cooperação, a busca fraterna da superação das divisões entre as diferentes igrejas cristãs. Do ponto de vista do cristianismo, pode-se dizer que é um movimento entre diversas denominações cristãs na busca do diálogo e cooperação comum, buscando superar as divergências históricas e culturais, a partir de uma reconciliação cristã que aceite a diversidade entre as igrejas. Segundo a Igreja Evangélica Luterana do Brasil, o termo ecumênico quer representar que a Igreja de Cristo vai além das diferenças geográficas, culturais e políticas entre diversas igrejas.

Quanto a seleção dos voluntários ficou evidente que os quatro hospitais participantes desta pesquisa HCC, HCE, HCL1 e HCL2 não escolhem aleatoriamente seus voluntários, eles observam o perfil, passam por entrevistas, treinamentos e capacitações. Apesar de no questionário só um agente ter mencionado os cursos de capacitação da ACAEHB (Associação Cristã de Assistentes Hospitalares do Brasil), todos os agentes que eu tive contato durante a entrevista mencionaram participar das reuniões e capacitações da ACAEHB, assim como o convite e a divulgação para estas reuniões são repassadas aos voluntários.

Sobre o questionamento para os agentes: O que você espera dos enfermos durante o cuidado espiritual aqui no hospital? Estes esperam ser bem acolhidos pelo

enfermo para a partir disto estabelecerem uma relação de confiança, onde os enfermos possam desabafar, contar o que lhes aflige e que sintam-se melhor após a sua visita. Um agente especificamente colocou a questão que ele quer que o enfermo encontre Deus, em conversa com este agente o “encontrar Deus” não está baseado em pregar uma religião ou doutrina religiosa. O “encontrar Deus” é quando o enfermo consegue compreender que ele não está sozinho, mesmo em meio a este momento de dificuldade.

A questão dos enfermos serem assistidos na sua totalidade ou integralidade concorda com o pensamento de Pessini, 2004: “A problemática da dor e do sofrimento precisa ser vista e enfrentada nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual”.

Permitir que o enfermo seja respeitado na sua crença é viver uma ética profunda. Este pensamento aproxima-se do pensamento de Baldessin, 2007, que a ética requer no ser humano uma atitude que vá além daquilo que ele vê, dirige-se ao mundo interior que afetam o íntimo da pessoa e que no encontro com o enfermo a missão do agente é transformar, facilitar, crescer e fazer o outro crescer.

Os agentes demonstram com suas respostas que eles esperam que os enfermos sintam-se acolhidos e respeitados, tendo liberdade para expor tudo o que lhes causa desconforto e que eles estão à disposição para o que precisarem. Estas atitudes estão de acordo com o verdadeiro atendimento espiritual hospitalar.

Me chamou a atenção sobre a questão quanto quais as características mais importantes para prestar um bom atendimento espiritual hospitalar (tabela 3), somente no HCC e HCL1 foi colocado a atitude de ser um bom ouvinte, isto é saber ouvir. Cada paciente é um paciente, cada caso é um caso. No contato com o enfermo é primordial saber escutar, temos a “noção” do que o paciente está sentindo, mas o mundo interior do enfermo somente ele sabe. A partir da escuta podemos estabelecer um diálogo com o paciente que segundo Habermas, citado por Reese-Schäfer, 2009: “O diálogo privilegia as diferentes percepções morais, isentando os saberes pré-concebidos. A ação comunicativa desempenha a função de transmitir e renovar o saber cultural sob o aspecto de coordenar a ação”. As ações dos agentes ou mesmo dos voluntários, deve se dar sempre a partir de uma boa escuta. Dependendo da necessidade do paciente, às vezes esta ação fica restrita somente em presença, o que já é de grande valia, colocar-se à disposição,

oferecer-se como pessoa tem um significado muito grande para o enfermo, pois ele tem a percepção de que não está sozinho.

Outras características foram citadas como amor, respeito, ética, compaixão, porém convém lembrar o que foi citado por Koenig, 2012: "Uma distinção muito importante a ser feita na área da espiritualidade é que quando alguém fala de paz interior, conexão com os outros, propósito e significado, crenças e valores, sentimentos de admiração, reverência, amor, perdão, gratidão, conforto, suporte e outros quase indicadores de boa saúde mental, não se trata de espiritualidade em si, mas do resultado de espiritualidade praticada com devoção".

Quanto a ter uma boa formação humana, conhecimento bíblico teológico, cursos de capacitação, formação superior em Teologia e uma vida dedicada ou consagrada isto já espera-se de um agente de cuidado espiritual ou de um capelão.

Não ter preconceito, não julgar, não excluir é o coração desta pesquisa, pois minha pesquisa se deu a partir de um enfermo ter solicitado um atendimento, mas este atendimento foi negado pelo religioso, pois o religioso não compartilhava da mesma religião ou moralidade que o enfermo. É importante salientar que todas as pessoas são merecedoras deste atendimento sem fazer restrição de religião, credo ou filosofia de vida.

A questão do proselitismo é uma questão que paira sobre esta pesquisa, pois quando se faz proselitismo religioso você está desconsiderando a história, a vida e a fé do enfermo e isto não é nada benéfico no cuidado ao enfermo. O foco do atendimento espiritual hospital é trazer um bem terapêutico e espiritual ao enfermo e não fazer proselitismo religioso. Convém finalizar esta questão com uma citação da introdução deste trabalho.

De qualquer forma, é importante salientar que nem a quem atende uma dessas pessoas, nem aos amigos e familiares dela, é eticamente permitido tentar fazer proselitismo religioso, aproveitando um momento de fragilidade. Nem tampouco menosprezar suas crenças, pois isso poderá agravar ainda mais o sofrimento de quem já está padecendo muito. Respeitar a crença de cada um é fundamental no atendimento e no apoio às pessoas que sofrem. (ASSUMPÇÃO, 2010, p.90).

Tabela 4 – Religião, Espiritualidade, Cuidado e Pluralidade Religiosa

QUESTÕES DO Nº 09 AO Nº 20				
	HCC	HCE	HCL1	HCL2
Diferenciação entre religião e espiritualidade	- Sim - Sim	- Sim - Sim	- Sim - Sim	- Sim (na prática, as duas expressões acabam sendo “fundidas na assistência espiritual”. - Sim (as duas se complementam).
Espiritualidade	- É a vivência da pessoa dentro dos princípios e crenças de cada pessoa. - Não depende de um credo religioso, é a vivência concreta da vida cristã. É o caminho do espírito, motivado pela fé independente das circunstâncias externas favoráveis ou não.	- É o relacionamento com Deus e manifestações que surgem deste relacionamento: fé, amor, compaixão, devoção, comunhão. No hospital o importante é a espiritualidade. - A espiritualidade é voltada para a fé, para a compaixão, para o amor ao próximo, para a solidariedade, sentimentos e ações para o bem e para a união das pessoas.	- Não é filosofia de vida, mas experiência que gera adesão a valores fundamentais para a essência humana. Existem várias “espiritualidades”. A fonte da espiritualidade cristã é o Espírito de Deus. - Cumpre o desejo da vontade de Deus, caminhar na espiritualidade é libertar-se da religião. Uma vida de busca pelo sagrado, Deus. Viver uma vida de oração.	- É um leque que não está limitado aos princípios cristãos. A prática da ajuda eleva a pessoa a ser otimista e confiante. - A vivência mais profunda das verdades da fé que eu creio, vivo e testemunho com harmonia interior que se reflete na vivência.
Religião	- Vem de religar, a fé em uma divindade, ou melhor em Deus que se manifesta em celebrações, práticas litúrgicas de cada denominação. - É um conjunto de	- Doutrinas, sistemas religiosos, dogmas, ritos. - Está baseada nos ritos, dogmas e credos, tabus e códigos morais de cada tradição e fé.	- Constituição que agrega princípios norteadores junto às pessoas para viverem de acordo com sua proposta. Sua finalidade fica entre o transcendente e o imanente (divino e	- Re-ligar envolve conteúdo que oferece religação do ser humano com o seu Criador (o Deus revelado na Escritura Sagrada). - A vivência das verdades de fé, ritos e celebrações

	normas que norteiam um credo.		humano. - Sistema ou rito, onde os líderes defendem seus dogmas. Religar o homem ao sagrado.	dentro de uma comunidade.
Cuidado espiritual no período da enfermidade	- extrema importância. - tranquiliza os pacientes após uma oração e fortalece a esperança. - fortalece os enfermos. - pessoas com uma fé madura enfrentam melhor a enfermidade.	- conforto. - ajuda na elaboração do sofrimento e dor. - gesto de pegar na mão trazem alívio ao doente. - conforto. - esperança - ânimo. - consolo - levar o paciente a ter um relacionamento íntimo com Deus.	- fortalecimento. - despertar da fé. - despertar da esperança. - uma inspiração divina. - permite que o ser humano seja reconhecido na sua integralidade. - conforto.	- instrumento auxiliar no tratamento do paciente, envolve ação interdisciplinar. - contibui para a reflexão pessoal. - acalma - conforto - esperança
Diferenças entre agentes e voluntários	- agentes orientam os voluntários e preparam assistência espiritual aos enfermos e aos familiares. Os agentes também administram os sacramentos. Tiram dúvidas sobre fé, moral e ética. - Agentes seguem uma rotina de trabalho. - Voluntários são os que vem esporadicamente, algum dia da semana.	- Termo agente desconheço. Voluntário expressa o não vínculo com a Instituição. - Ambos de modo continuado dedicam parte de seu tempo e atividades em favor de pessoas necessitadas.	- Todos são voluntários, o que distingue é a ação de cada parte. - Agentes: formação em Teologia, vocação para a área hospitalar. Voluntário: vocação, curso específico e estar subordinado a um líder religioso, serviço social ou a diretoria do hospital.	- Talvez "agentes" sejam pessoas mais preparadas do que os voluntários. - O agente tem formação e o voluntário colabora com os agentes.
Crítérios para os pacientes receber a	- ele deve manifestar desejo de receber esta assistência.	- Todos são merecedores de atendimento. Há casos mais graves	- Solicitação pelo enfermo ou por outros. - Que ele próprio	- cada paciente é entendido como um alvo deste serviço. - os mais

atenção dos voluntários	<ul style="list-style-type: none"> - Saber sua religião para prestar assistência conforme sua fé. - desde que o paciente queira a companhia do voluntário. 	<p>que a demanda é maior.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Através do serviço de enfermagem saber qual paciente necessita de mais atenção. 	<p>permita ser ouvido ou atendido pelo voluntário.</p>	<p>necessitados necessitam de atenção mais intensa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Filho de Deus - pessoa humana - sofredor - necessitado
Treinamento para os voluntários	<ul style="list-style-type: none"> - Sim - Sim 	<ul style="list-style-type: none"> - Sim - Sim 	<ul style="list-style-type: none"> - Sim, capacitação e formação. - Sim. Cursos semestrais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sim - Sim
Tipos de Treinamento	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre normas e perfil necessário. - entrevista - questionário - cuidados quanto a higienização. - Formação humana, espiritual e psicológica. 	<p>Curso teórico e prático de visitação hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curso de visitação hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encontros periódicos, onde se aborda assuntos de interesse na área pastoral e assistência espiritual. - Cursos ofertados pela PUCPR, HUEC e PIB CTBA e PIB Piraquara. 	<ul style="list-style-type: none"> - cursos da ACAEHB. - cursos ofertados por padres, pastores, freiras, professores e outros profissionais ligados na lida com os enfermos. - cursos da ACAEHB. - indicação da igreja.
Processo de treinamento	<ul style="list-style-type: none"> - Dentro de um programa anual com cronograma específico. - Acompanhamento por um agente nos primeiros das de visita. - Palestras com profissionais da medicina, psicologia, teologia e com formação humana. - Encontros na associação que oferece cursos, congressos e literaturas. 	<ul style="list-style-type: none"> - A pessoa se inscreve, faz o curso e se houver boa avaliação é convidada para ser voluntária. - Anualmente o Hospital proporciona um curso de visitação hospitalar àqueles que desejam participar do voluntariado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Calendário estabelecido pela capelania. - Convite para os voluntários. O curso tem aproximadamente 60 hrs, sendo 20 horas a parte teórica e 40 horas a parte prática. 	<ul style="list-style-type: none"> - curso anual divulgado em hospitais e igrejas. - cursos da ACAEHB.

	- os enfermos dão um feedback sobre o trabalho dos voluntários.			
Orientação quanto a pluralidade religiosa	<ul style="list-style-type: none"> - Curso sobre ecumenismo. - conhecimento das normas para atendimento de várias denominações. - Respeito absoluto por aquilo que a pessoa professa. - Valorizando a fé do enfermo e se interessando por ela. - Incentivando o enfermo a crescer na sua fé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Respeitando as diferentes religiões, evitando discussões e mantendo o foco no apoio, conforto e acolhimento espiritual. - Respeitar a diversidade religiosa. O importante é mostrar o amor de Cristo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Fundamentalmente respeitar, não fazer proselitismo religioso ou lavagem cerebral. O que importa é o enfermo é não a sua religião. - são orientados para não serem levados para o lado moral ou doutrinário da religião e sim, no fortalecimento da fé. 	<ul style="list-style-type: none"> - não fazer proselitismo religioso através do serviço de capelania. - que respeitem tanto religiões como seitas que os pacientes professam. - Não carregar a bandeira da sua religião. - Acolher a todos.
Formação continuada para os voluntários lidar com a pluralidade religiosa	<ul style="list-style-type: none"> - Sim. Sempre temos no programa este tema. - Desde que seja útil, pode ser esclarecido através de conversa, indicando uma boa literatura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Isto já vem sendo feito através da coordenação do voluntariado. - A cada dois anos o hospital oferece curso de reciclagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sim. Tudo o que colaborar para o enriquecimento espiritual da pastoral será reflexo na sua ação frente ao doente. - Sim. O foco dos voluntários deve ser a pessoa, por isto na formação de voluntários os cursos são ofertados pela igreja Batista, Católica e Luterana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sim, para a realização do trabalho com mais segurança e proveito. - Sim. Condição indispensável para todos.
Comentários Sugestões Observações	<ul style="list-style-type: none"> - Função da pastoral: ser presença solidária. - O proselitismo religioso é um grande problema dentro da 	<ul style="list-style-type: none"> - Neste serviço é importante a diferenciação de religião e espiritualidade. - É importante colocar a 	<ul style="list-style-type: none"> - Diálogo com a diversidade religiosa. No trabalho ecumênico, as religiões cristãs têm vez e voz. (Faltou alguma 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicito acesso ao trabalho depois de concluído. - Muitas pessoas “se acham”, mas não tem perfil para este trabalho.

	capelania. A função ecumênica acolhe a todos com respeito.	importância do relacionamento do voluntário com a equipe multidisciplinar.	questão relacionada claramente a Bioética). - A instituição em questão também apresenta cursos livres ou especialização se o voluntário quiser prover tal recurso, mas também existem cursos sem oneração ao aluno. O agente disse ter ficado feliz com o tema da pesquisa.	
--	--	--	--	--

Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Sobre a questão se existe diferença entre religião e espiritualidade todos os agentes foram unânimes em responder sim. É importante salientar que os dois agentes da capelania ecumênica do HCL2 colocaram que na assistência espiritual elas se complementam, se fundem, conforme tabela 4. O pensamento destes agentes concorda com o pensamento de Batista e Mendonça: o enfrentamento religioso abrange a religião a espiritualidade, que apesar de se diferenciarem em alguns aspectos, elas se complementam.

Segundo Batista e Mendonça, (2012) o enfrentamento religioso abrange a religiosidade e a espiritualidade, que se diferenciam em alguns aspectos, mas são aliadas no atendimento ao enfermo.

Sobre conceituar espiritualidade e religião (tabela 4) todos os agentes colocaram bem as suas diferenças. O HCL1 comentou sobre as várias espiritualidades e em especial a espiritualidade cristã, outro agente do HCL1 colocou a questão de a espiritualidade libertar-se da religião. Este libertar-se não é no sentido de deixarem de complementar-se, mas no sentido de deixarem de confundir-se. Segundo Hennezel e Leloup, 2012, “a figura do acompanhante espiritual se traduz em presença, escuta e confiança e aderir uma crença religiosa pode ser a forma de viver a sua espiritualidade, mas não é a espiritualidade em si. As religiões representam as respostas que a humanidade tem procurado dar a tais questões, por meio de um conjunto de práticas ou crenças”. Para finalizar esta questão é válido

salientar o que um agente do HCE colocou: “No hospital o importante é a espiritualidade”.

Na questão (tabela 4) colocada para os agentes: Como você vê a importância do cuidado espiritual durante o enfrentamento da dor e do sofrimento no período da enfermidade? Os agentes dos quatro hospitais unanimemente relataram gestos para melhor acolher o paciente. Achei muito interessante duas colocações do HCL2: “instrumento auxiliar no tratamento do paciente, envolve ação interdisciplinar”, “contribui para a reflexão pessoal”. Hoje discute-se a importância dos profissionais da saúde tratar do cuidado espiritual ao enfermo. Com certeza o tratamento integral da pessoa abrange a espiritualidade. Assim como os profissionais da saúde precisam ter conteúdo e capacitação para isto, os voluntários também precisam, pois, tratar uma pessoa integralmente compreende atendê-la em todas as suas dimensões: física, psíquica, social e espiritual. Daí, a importância de envolver ação interdisciplinar conforme mencionado pelo agente. Para que o cuidado espiritual tenha eficácia na sua ação permitindo que o enfermo faça suas próprias reflexões e sintam-se confortado em seus momentos de vulnerabilidade devemos aproximar-se do que diz Hennezel e Leloup:

[...] Uma lúcida abordagem transdisciplinar, que muito poderá dar suporte não apenas aos profissionais de saúde, já que todos os seres humanos são aqui, convidados a ser acompanhantes e acompanhados neste processo de bem findar (2012, p.11).

Não poderei deixar de mencionar o que fala Sanches sobre as causas que a Bioética defende:

[...] É desejável também que adquira visibilidade social, que saia dos círculos de reflexões das universidades para as ruas, pois as causas que ela defende são cruciais para o bem de toda a sociedade. Ninguém pode ficar indiferente, pois a bioética “envolve os profissionais da saúde, e todos aqueles que, com competência e responsabilidade, dispõem-se a refletir eticamente sobre a melhor conduta a ser prestada à pessoa humana, à sociedade, ao mundo animal e vegetal e à própria natureza” (2007, p. 8).

Este adquirir visibilidade pública implica que o nosso diálogo não deve ficar restrito a academia, sabendo que no atendimento espiritual hospitalar às vezes ocorre situações que desconsidera a biografia do enfermo, é fundamental que nos coloquemos à disposição nas nossas comunidades, nas nossas igrejas, enfim, para a sociedade a fim de dialogarmos sobre os problemas que a Bioética defende, no

meu caso a questão de um cuidado espiritual hospitalar mais humanizado para o enfermo.

A questão se existe diferença entre agentes e voluntários, (tabela 4), em resumo pode se considerar que os agentes têm formação em Teologia, orientam o trabalho dos voluntários e tem vínculo com a instituição. Já os voluntários não têm vínculo com a instituição, recebem orientações dos agentes e dedicam parte do seu tempo livre para prestar cuidado ao enfermo sem ser remunerados para isto.

Ainda na tabela 4, sobre quais os critérios avaliados para que o paciente seja recebedor da atenção dos voluntários, todos os agentes foram unânimes em responder que todos os pacientes são merecedores deste cuidado, desde que ele próprio permita ser atendido. O paciente tem amparo pela Lei Federal 9982 de 14 de julho de 2000 e pela Lei Municipal 10.816 de 21 de outubro de 2003 que todos eles têm direito a assistência religiosa em hospitais de rede pública ou privada desde que os enfermos estejam de acordo com o atendimento. Pode-se inferir que desde que o paciente aceite este atendimento promove aqui a capacidade que o enfermo tem de decidir sobre o seu cuidado, o que tem correlação com o princípio da autonomia. “Uma pessoa autônoma tem liberdade de pensamento, é livre de coações internas ou externas para escolher entre as alternativas que lhes são apresentadas” (MUÑOZ e FORTES, 1998).

Em todos os hospitais pesquisados são promovidos treinamentos para os voluntários. Estes treinamentos acontecem de diversas formas: cronograma anual, acompanhamento dos agentes com os voluntários nas primeiras visitas aos enfermos. Palestras, treinamentos, cursos de capacitação com carga horária para aulas teóricas e práticas e mais uma vez foi mencionado os cursos da ACAEHB. Estes cursos de capacitação são de grande valia e segundo Baldessin, 2008: “Saber semear é uma arte, não é recomendável que as sementes sejam jogadas de qualquer forma por alguém num momento difícil da vida: É preciso certa técnica para abordá-las”.

A pergunta da tabela 4: Como os voluntários são orientados para lidar com a pluralidade religiosa? Pode-se inferir que a questão do respeito a pessoa ocupou papel de destaque nos quatro hospitais envolvidos nesta pesquisa. Eles são orientados a respeitarem todas as religiões, pois o foco deste trabalho não são as religiões e sim, os enfermos. Mais uma vez a questão do proselitismo religioso foi destacada. Schallenberger, 2012 destaca como deve ser o acolhimento: “A

assistência voluntária tem o intuito de levar ao doente e a sua família o conforto espiritual, sem fazer distinção de raça, religião, nem situação econômica. Os princípios da Capelania Hospitalar não estão em propagar uma religião, mas em ajudar as pessoas a passarem por suas dificuldades com altruísmo e esperança.

Sobre a questão da tabela 4, Você sente necessidade de oferecer uma formação continuada para que os voluntários lidem melhor com a pluralidade religiosa? Por quê? Nesta questão pode-se inferir que todos os agentes sentem essa necessidade, pois reconhecem a importância desse assunto para desenvolverem seus trabalhos com mais segurança. Em alguns hospitais isto já vem sendo feito, pois é importante salientar que é a pessoa que sofre que está precisando de cuidado e não quem está indo visita-la. Segundo Hennezel e Leloup:

Nosso humanismo é um humanismo que tem uma “falha”, isto é, que aceita não saber tudo a respeito do homem. Junto de alguém, o que permanece importante não é o que dele sabemos (sua doença, etc), mas o que ainda não é conhecido. Ele é o que “transborda” nosso saber e nossa percepção. Em sua alteridade e seu Rosto, o Outro é o Real que resiste à nossa sensível e intelectual de apropriação. É o que resiste ao meu “pulso”, à minha “influência” ou, em termos filosóficos, o que escapa ao meu domínio (2012, p. 27).

Assim como que para Lévinas o rosto não se reduz aos contornos físicos, e sim, o sair de si em direção ao outro, o cuidado para com o ser que sofre não deve ser reduzido a propagar uma religião, mas ir ao encontro do outro respeitando todo o seu mistério.

Ainda na tabela 4, foi deixado um espaço reservado para comentários, sugestões e outras observações que não foram contempladas nas questões anteriores. Neste espaço veremos como cada hospital se manifestou:

HCC – A função da pastoral é ser presença solidária. O proselitismo religioso é um grande problema dentro da capelania. A função ecumênica acolhe a todos com respeito.

HCE – Neste serviço o importante a diferenciação entre religião e espiritualidade. É importante colocar a importância do relacionamento do voluntário com a equipe multidisciplinar.

HCL1 – Diálogo com a diversidade religiosa. No trabalho ecumênico as religiões têm voz e vez. Faltou alguma questão relacionada a Bioética. A instituição em questão também apresenta cursos livres ou especialização se o voluntário quiser

prover tal recurso, mas também existe cursos sem oneração ao aluno. Fiquei feliz com o tema da pesquisa.

HCL2 – Solicito acesso ao trabalho depois de concluído. Muitas pessoas “se acham”, mas não tem perfil para este trabalho.

O relacionamento do voluntário com a equipe multidisciplinar foi mais uma vez citado, isto reforça a ideia que o cuidado não se destina a especialistas cuidando cada um de sua função, o cuidado como um todo, deve ser discutido, refletido mediante deliberação entre todos os envolvidos na arte do cuidar. Podemos inferir pelas sugestões dos agentes nos questionários que existe uma preocupação quanto ao proselitismo religioso e com o fato de espiritualidade ser confundido com religião. Além das respostas escritas tive a oportunidade de conversar com os agentes e estes puderam desabafar a dificuldade de lidar com a questão do proselitismo religioso. Um agente especificamente comentou que os “voluntários religiosos” dão muito trabalho, pois querem a todo custo professar a sua fé e a sua religião para o paciente. Podemos concluir sobre os comentários dos agentes que formação e capacitação para os voluntários e o diálogo com a diversidade religiosa ainda é o melhor caminho para nos humanizarmos nesse processo, pois no cuidado espiritual hospitalar o foco é enfermo e não a religião.

Tabela 5 – Caracterização dos voluntários participantes da pesquisa

CARACTERIZAÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS						
		HCC	HCE	HCL1	HCL2	
		VE	VE	VE	VS	VE
Sexo	Feminino	13	17	15	12	04
	Masculino	07	03	05	03	01
Idade	18 a 25 anos	04	-	03	01	-
	25 a 30 anos	01	01	01	-	-
	30 a 35 anos	-	01	06	-	-
	Mais de 35 anos	15	18	10	14	05
Escolarização	Ens. Fundamental Incompleto	02	11	02	01	-
	Ens. Fundamental Completo	-	02	-	-	-
	Ens. Médio Incompleto	-	02	-	-	-
	Ens. Médio Completo	03	01	03	06	01
	Superior Incompleto	04	-	03	02	02
	Superior Completo	10	02	10	06	02
	Pós-Graduado (Especialização)	01	01	02	-	-
Pós-Graduado (Doutorado)	-	01	-	-	-	

Religião	Católica	19	-	10	12	01
	Evangélica	01	20	10	02	04
	Espírita	-	-	-	01	-
	Outros	-	-	-	-	-
Atividade além do voluntariado	Advocacia	01	-	-	-	-
	Aposentado (a)	06	04	04	02	-
	Auxiliar de Enfermagem	01	-	-	-	-
	Bancário	-	-	02	-	-
	Clube Empr. Petrobrás	-	-	01	-	-
	Comércio	-	-	02	01	-
	Consultor em Vendas	-	-	-	01	01
	Copel	-	-	01	02	-
	Diarista	-	01	-	-	-
	Do lar	04	12	03	03	02
	Estudante	-	-	01	01	-
	Estudante Seminarista	04	-	-	-	-
	Hospital (Professora)	-	-	-	01	-
	Hotelaria	-	01	-	-	-
	Imobiliária	-	-	01	-	-
	Linha de Produção	-	01	-	-	-
	Metalúrgica	-	-	-	01	-
	Pedagoga	01	-	-	-	-
	Polícia Militar	-	01	-	-	-
	Professora	02	-	01	-	-
	Publicidade	-	-	01	-	-
	Representante Comercial	-	-	01	-	-
	Siderúrgica	01	-	02	-	-
	Técnica em Enfermagem	-	-	-	-	01
	Trabalha em Casa Espírita	-	-	-	01	-
	Trabalho Artesanal	-	-	-	01	01
	Vendas	-	-	-	01	-

Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Os gráficos abaixo permitirão fazer uma leitura para melhor compreensão de quem são estes voluntários: sexo, idade, escolarização e religião.

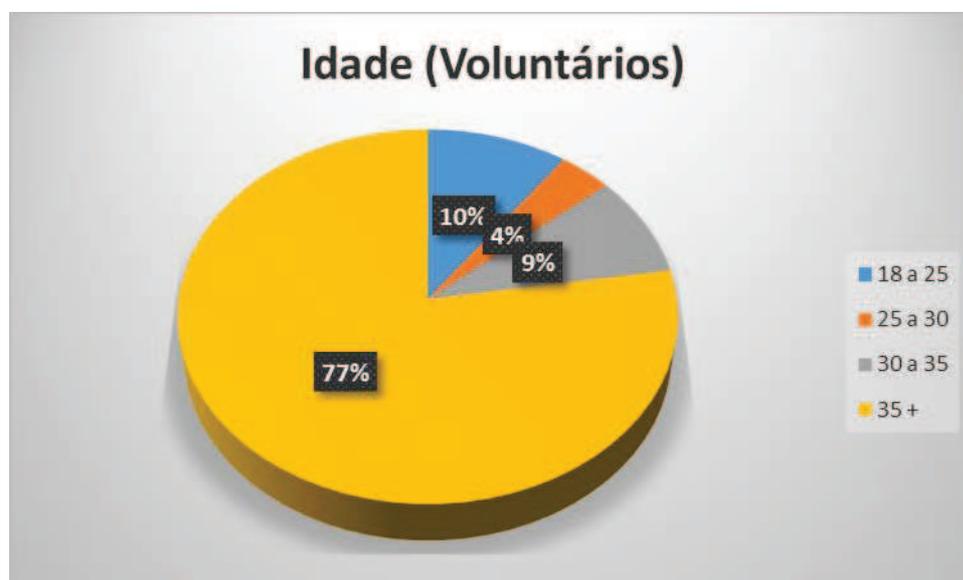
Gráfico 5 – Sexo dos voluntários



Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Ao contrário dos agentes, no voluntariado o predomínio é do sexo feminino com 76%, ficando 24% para o sexo masculino.

Gráfico 6 – Idade dos voluntários



Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Através do gráfico podemos observar que 10% dos voluntários tem de 18 a 25 anos, 4% tem de 25 a 30 anos, 9% tem de 30 a 35 anos e 77% tem acima de 35 anos.

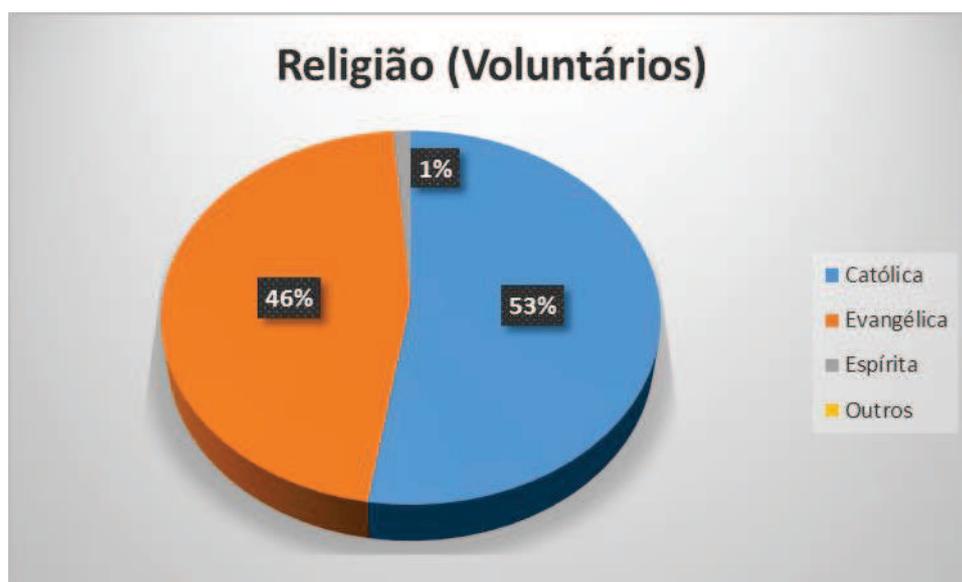
Gráfico 7 – Escolaridade Voluntários



Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Mais uma vez houve um contraste quanto a escolaridade dos agentes e dos voluntários, pois os agentes 100% possui curso superior, daí a diferença entre agentes e voluntários. No voluntariado 20% possui Ensino Fundamental Incompleto, 2% possui Ensino Fundamental Completo, 2% possui Ensino Médio Incompleto, 18% possui Ensino Médio Completo, 14% possui Ensino Superior Incompleto, porém vale ressaltar que nesta estatística estão incluídas algumas pessoas que estão cursando um curso superior. 38% dos voluntários possui Curso Superior Completo e 6% possui Pós-Graduação: um voluntário com Especialização e um voluntário com Doutorado.

Gráfico 8 – Religião dos Voluntários



Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Quanto a religião dos voluntários, o predomínio é da igreja católica com 53% de seus membros no serviço voluntário. Constatou-se que 46% são de confissão evangélica e 1% pertence ao Espiritismo.

Sobre a questão da tabela 5, além de trabalhar como voluntário em atendimento hospitalar / atendimento espiritual hospitalar no que você trabalha? Através da tabela 5 podemos ver quem são estes voluntários que saem das suas casas para se colocar à disposição do enfermo ou de serviços para os hospitais. Foram citadas 27 ocupações. Lembrando que na tabela 5 os voluntários do HCL2 estão divididos em 15 voluntários sociais (VS) e 5 voluntários de cuidado espiritual (VE). Constata-se que 18% dos voluntários são aposentados e 31% são do lar.

Tabela 6 – Carga Horária e Motivação para fazer o voluntariado.

QUESTÕES DO Nº 06 AO Nº 07						
		HCC	HCE	HCL1	HCLE2	
		VE	VE	VE	VS	VE
Horas dedicadas ao voluntariado	03 horas mensais	02	01	10	-	-
	01 hora semanal	03	01	-	02	-
	02 horas semanais	05	08	-	05	01
	03 horas semanais	01	05	05	-	01
	04 horas semanais	02	-	04	03	01
	05 horas semanais	01	-	-	02	01
	06 horas semanais	01	02	-	02	-
	08 horas semanais	02	-	01	-	-
	10 horas semanais	02	01	-	-	-
	14/15 horas semanais	01	01	-	01	-
	20 horas semanais	-	01	-	-	-
	40 horas semanais	-	-	-	-	01
Motivação para fazer o voluntariado	A partir de problemas pessoais	01	-	-	-	-
	Ajudar o doente	01	-	03	04	01
	Alívio para o enfermo	-	-	-	-	01
	Amar ao próximo	03	-	03	01	-
	Amor a Deus / à obra de Deus	01	01	02	-	-
	Amor à eucaristia	01	-	-	-	-
	Amor às almas	-	07	01	-	-
	Apelo de Jesus	-	01	-	-	-
	Benefício à sociedade	-	-	-	01	-
	Caridade	01	-	-	01	-
	Chamado de Deus	01	06	01	01	01
	Compaixão pelos doentes	-	01	-	-	-
	Conforto / Palavra de conforto	03	01	04	02	02
	Convocação Religiosa	01	-	-	-	-
	Doação ao próximo	03	01	03	02	01
	Esperança	01	-	01	-	-
	Estar com o doente	02	01	-	-	-
	Evangelização c/ a Palavra	01	-	-	-	-
	Falar do amor de Jesus	-	-	-	-	01
	Fazê-lo entender o Evangelho	-	02	-	-	-
	Fazer algo para Jesus	-	01	-	-	-
	Fazer o enfermo sentir-se bem	-	01	-	-	-
	Ganhar almas para Jesus	-	02	-	-	-
	Humanização	01	-	-	-	-
	Levar a palavra de Deus	-	01	01	-	-
	Levar alegria ao enfermo	-	01	05	-	-
	Levar Cristo aos necessitados.	-	01	03	-	-

Mandamento de Jesus Cristo	01	-	-	-	-
Não respondeu	-	-	-	01	-
Ocupar tempo livre	-	01	-	-	-
Oração	02	02	01	-	-
Ouvir os pacientes	01	01	-	01	02
Religião / Orientação Cristã	01	-	01	-	-
Religiosidade	01	-	-	-	-
Salvação	01	-	-	-	01
Sentido pela vida	01	-	-	-	-
Ser útil	-	-	-	01	-
Servir ao Senhor / Jesus	01	01	-	-	-
Solidariedade	01	-	-	04	01
Vontade de Deus	-	01	01	-	-

Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Segundo Falola, 2009, “a pessoa que dedica parte do seu tempo de forma continuada à ação solidária e altruísta, sem receber remuneração por isso chama-se voluntária”. Através das respostas dadas nos questionários constatou-se que 16% dos voluntários dedicam 03 horas mensais ao serviço voluntário, 7% dedicam uma hora semanal, 24% dedicam 02 horas semanais, 15% dedicam 03 horas semanais, 13% dedicam 04 horas semanais, 5% dedicam 05 horas semanais, 6% dedicam 06 horas semanais, 4% dedicam 08 horas semanais, 4% dedicam 10 horas semanais, 4% dedicam de 14 a 15 horas semanais, 1% dedicam 20 horas semanais e 1% dedicam 40 horas semanais. Segundo Baldessin, 2008, a missão do visitador voluntário é transformar e facilitar, crescer e fazer o outro crescer. Transformar a vida dos que sofrem é um dom que precisa desabrochar. Em meio a liquidez do nosso mundo pós-moderno, ver que ainda existem pessoas que querem fazer o bem a quem sofre dedicando parte do seu tempo é algo pura e simplesmente espiritual.

Quanto a motivação para fazer o serviço de voluntário, na tabela 6 podemos observar que são várias as motivações para fazer este serviço, desta forma foi criada quatro categorias para melhor representar esta questão. As categorias criadas podem ser melhor representadas no gráfico abaixo:

Gráfico 9 – Categorias e Motivação para o voluntariado



Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Através do gráfico podemos perceber que a maior parte dos voluntários, 44% são motivados a partir da religião que foram compreendidos através das falas foi motivado por amor a Deus, amor à eucaristia, apelo de Jesus, chamado de Deus, convocação religiosa, evangelização com a palavra, falar do amor de Jesus, fazê-lo entender o evangelho, fazer algo para Jesus, mandamento de Jesus Cristo, religião, orientação cristã, religiosidade, salvação, servir ao Senhor Jesus, vontade de Deus, ganhar almas para Jesus, levar a palavra de Deus, levar Cristo aos necessitados, amor às almas e oração.

Em seguida, as atitudes solidárias com 28% que são compreendidas como caridade, compaixão pelos doentes, conforto, palavra de conforto, esperança, fazer o enfermo sentir-se bem, humanização, levar alegria ao enfermo, ser útil, solidariedade e ajudar o doente.

A espiritualidade apareceu como 25% da motivação para o trabalho voluntários que foram traduzidas pelas respostas como ouvir os pacientes, sentido pela vida, amor ao próximo, doação ao próximo, estar com o doente e alívio ao enfermo.

Outros motivos para fazer o voluntariado apareceram como 4% que foi relatado pelas falas: a partir de problemas pessoais, benefício para a sociedade, ocupar o tempo livre e uma pessoa que não respondeu a pergunta.

Tabela 7 – Sinônimos de Atendimento Hospitalar / Atendimento Espiritual Hospitalar

QUESTÃO Nº 08						
		HCC	HCE	HCL1	HCL2	
		VE	VE	VE	VS	VE
Palavras que vêm à mente quando se fala em “ATENDIMENTO HOSPITALAR” e “ATENDIMENTO ESPIRITUAL HOSPITALAR”	Ação de Deus	01	-	-	-	-
	Acolhimento	01	-	-	01	-
	Afeto	-	-	-	02	-
	Agradecimento	01	-	-	-	-
	Ajudar	-	01	01	01	-
	Alegria	02	02	07	-	-
	Aliviar peso do pecado	-	01	-	-	-
	Alívio	-	01	-	-	-
	Amor	08	12	12	08	02
	Ânimo	-	03	01	-	-
	Apoio	01	-	01	-	-
	Aprendizado	01	-	02	-	-
	Atenção	-	-	02	03	-
	Ausência	-	-	-	-	01
	Auxílio	01	01	-	-	-
	Boa Vontade	-	-	-	01	-
	Bondade	01	-	-	-	-
	Calor Humano	-	-	01	-	-
	Caridade	07	-	03	01	-
	Carinho	01	-	05	04	-
	Colaboração	-	-	-	01	-
	Compaixão	05	05	03	-	02
	Companhia	-	01	-	-	-
	Compreensão	02	-	-	01	01
	Comprometimento	-	-	-	01	-
	Comunhão	-	01	02	-	-
	Comunidade	-	-	-	01	-
	Confiança	02	-	01	-	-
	Confiança em Deus	01	-	01	-	-
	Conforto	04	08	03	-	01
	Conhecimento Bíblico	-	-	-	01	-
	Consolo	-	02	-	01	01
	Conversão	-	01	-	-	-
	Conversar	01	02	-	-	-
	Coragem	01	01	01	-	-
	Cordialidade	-	-	-	01	-
	Cuidado	01	-	-	02	-
	Dedicação	01	01	02	03	-
	Deixar problemas casa	-	-	-	01	-

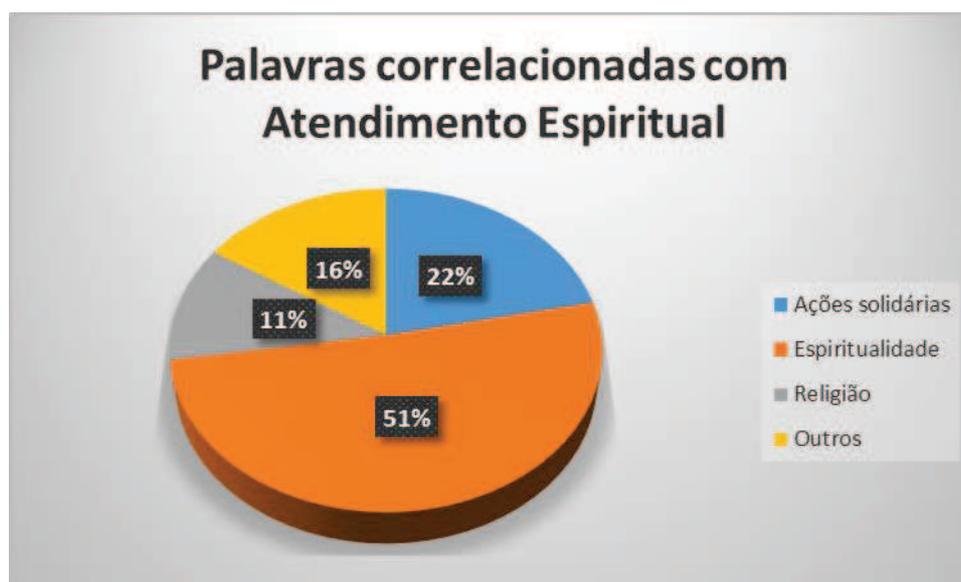
Desprendimento	01	-	-	-	-
Deus	01	-	-	-	-
Descaso	-	-	-	01	-
Dignidade	-	-	01	-	-
Direção Espiritual	-	01	-	-	-
Disposição	02	-	-	01	-
Dor	-	-	-	-	01
Doação	06	01	02	01	01
Educação	-	-	-	02	-
Empatia	-	01	-	02	02
Encorajamento	-	-	02	-	-
Entendimento	-	-	-	-	01
Esperança	03	10	08	-	01
Espiritualidade	01	-	-	-	-
Evangelização	-	-	01	-	-
Experiência	-	-	-	01	-
Falar de Jesus	-	02	-	-	-
Fé	06	05	06	-	-
Força	01	01	01	-	-
Fortalecimento	-	-	01	-	-
Fraternidade	01	-	02	01	-
Gratificante	-	-	01	-	-
Higiene	-	-	-	01	-
Honestidade	-	-	-	01	-
Hospitalidade	01	-	-	-	-
Humanidade	-	-	02	01	-
Humildade	01	-	-	01	-
Importar-se	-	01	-	-	-
Intercessão	-	-	01	-	-
Jesus Cristo	01	-	03	-	-
Ler a Palavra	-	02	-	-	-
Luta	-	-	01	-	-
Mandato de Cristo	-	01	-	-	-
Mansidão	-	-	-	-	01
Melhorar as pessoas	-	-	01	-	-
Misericórdia	-	01	-	-	02
Missionário	01	-	-	-	-
Morte	-	-	-	-	01
Motivação	-	-	02	-	01
Necessidade	-	-	-	-	-
Necessidade Espiritual	-	-	-	01	-
Não à comodidade	01	-	-	-	-
Oração	03	06	03	-	-
Ouvir	06	06	01	-	02
Paciente é Rei	-	-	-	01	-

Paciência	-	-	-	03	-
Paixão	01	-	-	-	-
Palavra de Deus	01	05	-	-	-
Partilha	03	-	-	-	-
Pastoral	01	-	-	-	-
Paz	01	01	02	-	-
Perseverança	01	-	-	-	-
Prazer	-	-	-	01	-
Preparação	-	01	-	-	-
Próximo	-	-	01	-	-
Realização	-	-	-	01	-
Reconciliação	-	01	-	-	-
Renovo	-	-	01	-	-
Respeitar	01	02	01	07	01
Responsabilidade	-	01	-	01	-
Sabedoria	-	-	-	-	01
Saber responder	-	01	-	-	-
Salvação	-	02	-	-	-
Segurança	01	01	-	-	-
Sempre sorrir	01	-	-	01	-
Sensibilidade	01	-	-	-	-
Sentido pela vida	01	-	-	-	-
Ser psicossomático	-	-	01	-	-
Ser forte	-	-	-	01	-
Ser útil	01	-	01	-	-
Servir	01	02	01	-	-
Servir a Deus	-	01	-	-	-
Simpatia	-	-	-	01	-
Solidariedade	07	-	02	07	-
Temperança	-	-	-	-	01
Vida	-	-	-	-	01
Virtude	-	-	-	01	-
Vocação	-	01	-	-	-
Vulnerabilidade	-	-	-	01	-

Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa – 2014

Foi solicitado aos participantes da pesquisa para escrever cinco palavras que estivessem relacionadas com o atendimento espiritual hospitalar. Para os voluntários sociais foi pedido cinco palavras também, mas que tivesse relacionada com o atendimento hospitalar. Foram citadas 397 palavras conforme tabela 7 que foram categorizadas em ações solidárias, espiritualidade, religião e outros.

Gráfico 10 – Palavras correlacionadas com o atendimento espiritual hospitalar



Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Ao contrário da questão sobre a motivação para fazer o voluntariado, (tabela 6) onde a religião destacou-se com 44% das intenções, as palavras correlacionadas com o atendimento espiritual hospitalar obtiveram 51% de relação com a espiritualidade, ficando 11% para a religião, 22% para as ações solidárias e 16% para outros.

Foi pedido para o grupo que eles escrevessem uma frase considerando a palavra que eles consideravam mais importante com relação ao atendimento espiritual hospitalar. As frases foram transcritas fielmente da forma como o voluntário escreveu. Foram escolhidas três frases de cada hospital:

HCC:

Confortando o Cristo que sofre cumprimos a vocação à caridade.

HCC:

A pastoral hospitalar deve ser mais escuta do que fala.

HCC:

A melhor religião que existe é a religião do amor.

HCE:

Através da mensagem gostaria que houvesse conversão, caso ele queira, pois ele tem livre arbítrio.

HCE:

A palavra de Deus chega em um momento inesperado na vida das pessoas, estando enfermo, o coração fica aberto, deixando o conforto e o consolo do próprio Deus chegar até eles.

HCE:

É muito importante saber ouvir, as suas necessidades, suas queixas, seus traumas e sua dor.

HCL1:

Falar do amor de Deus a pessoas quebrantadas é a maior fonte de conforto que pode ser oferecida.

HCL1:

Trazer esperança em Jesus, seja pela cura física mas principalmente cura espiritual.

HCL1:

Na caridade você consegue sentir todo o amor que Jesus nos amou.

HCL2:

A salvação eterna de uma pessoa, em saber que podemos ser um canal de bênção levando a palavra de Deus para que uma vida possa aceitar Jesus Cristo com seu único e suficiente salvador.

HCL2:

Respeitar cada pessoa em sua individualidade. O ser humano precisa ser tratado de um modo total não pode dividi-lo pois a saúde é o completo bem estar do indivíduo, físico, mental, social e espiritual...

HCL2:

A solidariedade é parte fundamental em toda ação voluntária.

Analisando o conteúdo do gráfico 10 juntamente com as frases escritas pelos voluntários podemos perceber que novamente espiritualidade e religião parecem confundir-se. A partir das oitenta frases lidas, essas confusões ficam mais claras ainda, daí a preocupação dos agentes com o proselitismo religioso. Hennezel e Leloup, 2012 colocam que “ser um acompanhante espiritual é acompanhar, ajudar o outro a fazer a mesma coisa, no âmago do seu sofrimento. Às vezes pessoas muito religiosas limitam-se a repetir rezas ou comportamentos apreendidos. Um acompanhante espiritual é alguém que pode acompanhar essa retomada de marcha evitando que o enfermo fique confinado em seus sintomas”.

Tabela 8 – Atividades realizadas durante o atendimento / Solicitações dos enfermos

QUESTÕES DO Nº 10 AO Nº 14						
		HCC	HCE	HCL1	HCL2	
		VE	VE	VE	VS	VE
Atividades realizadas no atendimento espiritual hospitalar	Aconselhamento	-	01	-	-	-
	Agradecer a Deus c/ o enfermo	-	-	01	-	-
	Alimentar pacientes	-	-	-	03	-
	Brincar	01	-	-	-	-
	Cantar	01	01	08	-	-
	Colocar-se à disposição	01	01	-	-	01
	Confortar (palavras)	03	01	03	01	-
	Contar Histórias	01	-	01	02	-
	Conversar	09	09	05	01	02
	Conversar com a família	03	-	01	-	-
Atividades realizadas no atendimento hospitalar	Costurar	-	-	-	02	-
	Dançar	-	-	01	-	-
	Dar a benção	-	-	03	-	-
	Dar uma palavra	-	02	-	-	-
	Depende do estado do paciente	02	-	-	-	-
	Distrair	01	-	-	-	-
	Distribuição material religioso	-	02	04	-	-
	Encenar	-	-	01	-	-
	Escutar	09	08	04	-	03
	Falar que Deus está presente	01	-	01	-	-
Falar que Jesus é bom	-	01	-	-	-	
Interceder	-	-	01	-	-	
Ler a palavra de Deus	-	05	01	-	-	

	Levar a eucaristia	02	-	01	-	-
	Levar a palavra de Deus	-	01	01	01	-
	Não tenho contato c/ pacientes	-	-	-	01	-
	Oração	05	13	14	-	02
	Oração de entrega ao Senhor	-	-	-	-	01
	Orientação aos visitantes	-	-	-	03	-
	Palavras de fé e esperança	03	01	02	01	-
	Propósito de Deus	-	01	-	-	-
	Rezar	04	-	02	-	-
	Salvação	-	02	-	-	-
	Servir chá no ambulatório	-	-	-	07	-
	Tocar instrumento	-	01	02	-	-
O que os enfermos mais solicitam?	Acertar posição na cama	-	-	-	01	-
	Água	-	-	-	01	-
	Ajuda para locomoção	-	01	-	01	-
	Ajudá-los a se alimentar	-	-	-	02	-
	Amor	01	-	-	-	-
	Apoio	-	-	01	-	-
	Atenção	03	-	02	05	-
	Auxílio da assistência social	-	02	-	-	-
	Auxílio da enfermagem	-	01	-	01	-
	Bom atendimento	03	-	-	01	-
	Cadeira de Rodas	-	-	-	01	-
	Cantar louvores	01	-	02	-	-
	Carinho	03	-	-	01	-
	Cobertor	-	-	-	01	-
	Comunhão / eucaristia	02	-	02	-	-
	Continuar as visitas	02	-	-	-	-
	Danças	-	-	01	-	-
	Desabafar	07	04	03	05	02
	Esclarecimentos sobre medos	01	-	-	-	-
	Explicação de textos bíblicos	-	-	01	01	-
	Leitura da Palavra	-	-	01	01	-
	Não tenho contato c/ pacientes	-	-	-	01	-
	Oração	07	17	15	01	-
	Oração pela família	02	02	02	02	01
	Os profissionais os atendam	-	-	-	-	01
	Paciência	01	-	-	01	-
	Palavra de conforto	-	02	01	-	-
	Pedem benção	02	-	01	02	-
	Presença amiga	01	-	-	-	-
	Presença do líder	02	-	01	-	01
	Repetir músicas	-	01	01	-	-
	Sacramento	02	-	-	-	-
	Unção dos enfermos	01	-	03	-	-

	Usar o telefone	-	01	-	-	-
	Visitar sua casa	-	01	-	-	-
Você se sente preparado para prestar atendimento espiritual hospitalar?	Capacitada duas vezes	-	01	-	-	-
	Constante construção	02	-	01	-	-
	Depende da área	-	-	-	01	-
	Estou aprendendo	-	01	-	01	-
	Não	02	-	01	-	-
	Não tenho contato c/ pacientes	-	-	-	01	-
	Não, aprendizado diário	01	-	-	-	-
	Não, aprendizagem é contínua	01	-	01	-	01
	Não, depende do contexto	01	-	-	-	-
	Não, Deus nos capacita	01	-	02	-	-
	Não, precisa equilíbrio	01	-	-	-	-
	Precisa aperfeiçoar sempre ou quase sempre	-	02	-	-	-
	Sempre tem algo a aprender	01	01	-	01	-
	Sim	-	02	04	01	-
	Sim, baseado no amor	01	01	-	-	-
	Sim, basta ter boa vontade	-	-	-	01	-
	Sim, busco na Bíblia	-	01	-	-	-
	Sim, busco nos cursos	-	01	-	-	-
	Sim, busco oração	-	01	-	-	-
	Sim, conhecimento de Deus	-	-	01	-	-
	Sim, constante preparo	-	02	-	-	-
	Sim, Deus me chamou	-	03	-	01	01
	Sim, Deus nos capacita	02	01	03	-	-
	Sim, é um dom de Deus	-	-	-	-	01
	Sim, eu me doo com carinho	01	-	01	-	-
	Sim, experiência e cursos	01	01	01	-	-
	Sim, fiz cursos	-	03	01	-	02
	Sim, gosto / me encontrei	-	-	-	02	-
	Sim, leio a Bíblia	-	-	01	-	-
	Sim, me sinto fortalecida	01	-	-	-	-
	Sim, não demonstro pena	01	-	-	-	-
	Sim, participo de reuniões	-	-	01	-	-
	Sim, pela minha religião	-	-	01	-	-
	Sim, procuro levar alegria	-	-	01	01	-
	Sim, procuro me atualizar	01	-	-	-	-
	Sim, recebo energia	01	-	-	-	-
Sim, respeito as pessoas	-	-	-	01	-	
Sim, sinto-me feliz	-	-	01	-	-	
Sim, sou atencioso (a)	-	-	-	01	-	
Sim, tem que ter vocação	-	01	-	-	-	
Sim, temos treinamento	-	-	-	03	-	
Sim, tenho cobertura da igreja	-	-	-	-	01	

	Sim, tenho cursos	01	-	-	-	-
	Sim, tenho experiência e cursos	01	01	-	-	-
	Sim, tenho orientação E. Santo	-	01	01	-	-
	Sim, tenho Pós Clínico Pastoral	-	-	-	-	01
Falar de religião para o enfermo	Não.	01	02	02	10	02
	Não, apenas do amor de Jesus	-	-	05	-	01
	Não, apenas de Jesus	-	05	01	-	-
	Não, falo sobre Deus	02	-	01	-	-
	Não, Jesus faz a obra	-	01	-	-	-
	Não, não é foco do trabalho	-	-	-	02	-
	Não, não é para difundir igreja	-	-	01	-	01
	Não, não fazemos proselitismo	-	-	01	-	-
	Não, plano de salvação	-	02	01	-	-
	Não, religião não salva	-	03	-	-	-
	Não, se for preciso (eucaristia)	01	-	-	-	-
	Não, só a palavra de Deus	-	01	-	-	-
	Não, só quando perguntam	-	03	02	01	01
	Não, somente se solicitado	01	-	-	-	-
	Não tenho contato c/ pacientes	-	-	-	01	-
	Não, testemunhar a presença.	01	-	-	-	-
	Não. Trabalho ecumênico	01	-	-	-	-
	Nossa presença fala tudo	01	-	-	-	-
	Quando da mesma religião	02	-	-	-	-
	Se ele estiver precisando	01	-	-	-	-
	Sim	01	01	04	-	-
	Sim, ação baseada na religião	-	01	-	-	-
Sim, mas evitar ideologias	-	-	01	-	-	
Sim, mas respeito as outras	01	-	01	-	-	
Sim, quando eles perguntam	06	01	01	01	-	
Quando o paciente pede seu líder espiritual	Não entendi a pergunta	-	-	01	-	-
	Não tenho contato c/ pacientes	-	-	-	01	-
	Não tive esta experiência	02	01	08	06	-
	Orientação com a coordenação	01	-	-	01	-
	Sim, encaminhamos ao capelão	03	14	-	01	-
	Sua vontade é respeitada	14	05	11	06	05

Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

O gráfico a seguir com base nas informações descritas na tabela 8 nos permite saber quais são as atividades que os voluntários realizam durante o seu atendimento ao enfermo. Essas atividades foram categorizadas em atividades espirituais, atividades religiosas, atividades sociais e outras.

Gráfico 11 – Atividades realizadas no atendimento

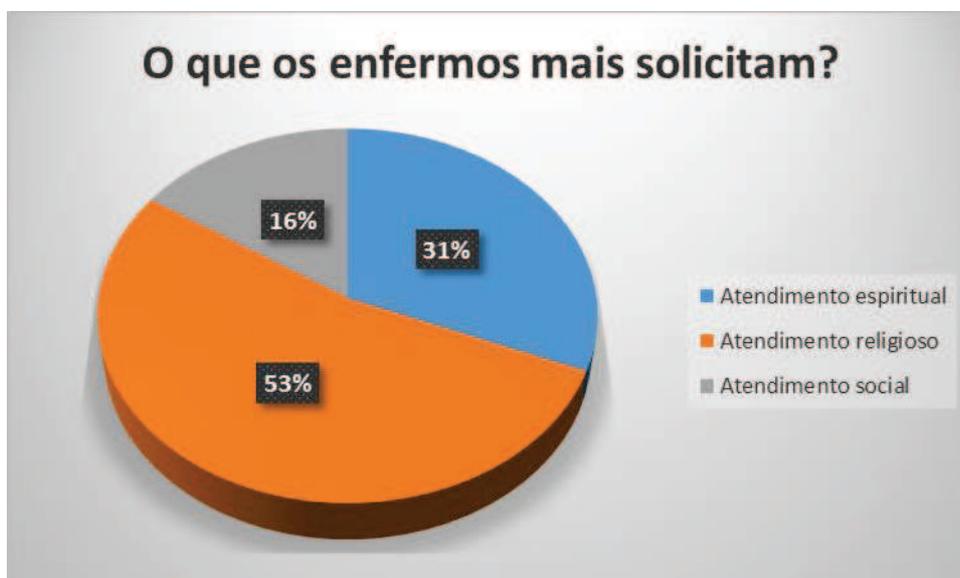


Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Um dado bastante interessante que podemos observar através do gráfico 11 é que 27% das atividades realizadas pelos voluntários são de ordem espiritual e 27% são de ordem religiosa, portanto as atividades espirituais e religiosas encontram-se empatadas durante os cuidados espirituais dedicado aos pacientes, ficando 43% para atividades sociais e 3% para outras atividades.

Quanto a questão do que os enfermos mais solicitam durante o cuidado espiritual, que podem ser observados detalhadamente na tabela 8, estes foram divididos nas seguintes categorias: atendimento espiritual, atendimento religioso e atendimento social.

Gráfico 12– Atividades que os enfermos mais solicitam



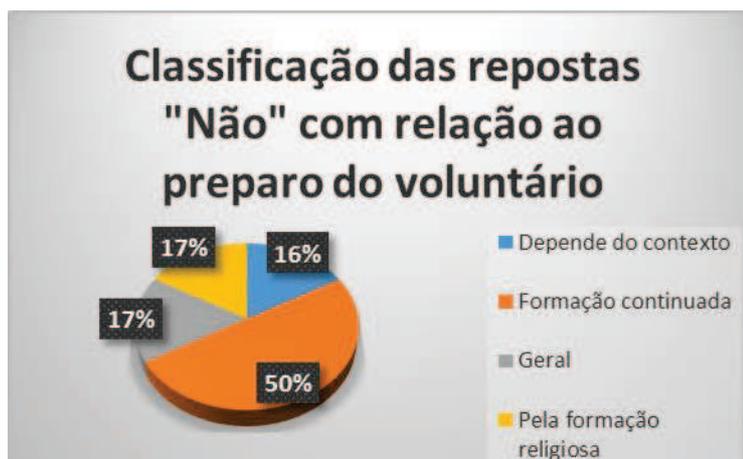
Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

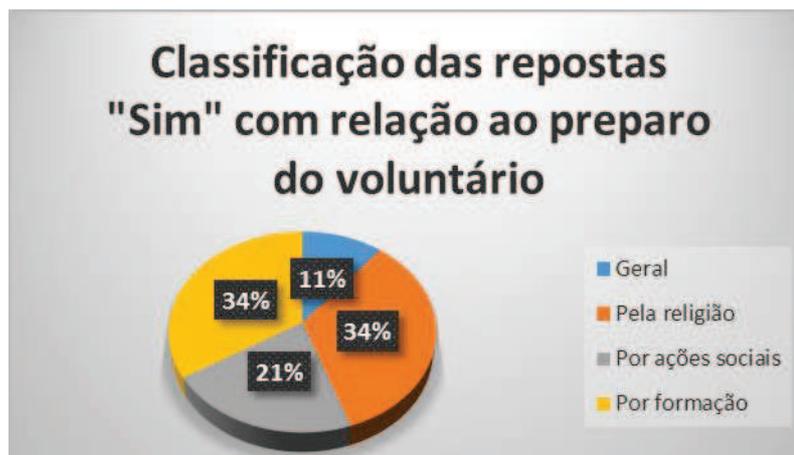
A partir deste gráfico podemos concluir que 31% dos enfermos solicitam atendimento espiritual, 53% atendimento religioso e 16% atendimento social. O dado relevante que 53% dos enfermos solicita atendimento religioso concorda com o pensamento de Koenig que as crenças afetam o modo como os pacientes lidam com a doença e estimulam o autocuidado em meio ao estado que se encontram:

[...] Muitos pacientes são religiosos, e a maioria deles gostaria que a sua fé fosse considerada. [...] A capacidade de enfrentamento de uma pessoa pode afetar a motivação para o autotratamento, a disposição em cooperar com tratamentos planejados e a capacidade de aderir às terapias médicas. [...] Crenças e práticas religiosas podem influenciar os resultados médicos. [...] Os pacientes muitas vezes estão isolados de outras fontes de ajuda religiosa. [...] O paciente é uma pessoa única com necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais que devem ser respeitadas se for para potencializar o tratamento médico e tratar a pessoa inteira (KOENIG, 2012, p. 156-160).

Os voluntários foram questionados se eles se sentem preparados para trabalhar com atendimento espiritual hospitalar. Para exemplificar melhor as respostas dadas pelos voluntários foram elaborados dois gráficos para categorizar as respostas dadas encontradas na tabela 8. Nos gráficos abaixo temos a categoria “Não” e a categoria “Sim” com relação ao preparo do voluntário.

Gráfico 13 – Preparação para trabalhar com o cuidado espiritual hospitalar





Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Quanto a preparação para trabalhar com o cuidado espiritual em ambiente hospitalar. Os voluntários que responderam “Não” foram subcategorizados em quatro categorias: 17% responderam um “não” pontual, 16% responderam um não dependendo do contexto, 17% responderam um “não”, mas que contavam com a ajuda de Deus e 50% sentem necessidade de formação para poder prestar um bom atendimento. Os voluntários que responderam “Sim” foram subcategorizados em quatro categorias: 11% responderam um “sim” pontual, 34% sentem-se preparados com base na religião, 21% sentem-se preparados por ações sociais e 34% tiveram cursos, capacitações e formações, por isto sentem-se preparados.

Os voluntários foram questionados se falavam de sua religião para o enfermo, 37% responderam que não, 35% responderam não, somente quando os enfermos solicitam e 28% responderam que sim, mas deram suas justificativas que podem ser observadas na tabela 8.

Ainda na tabela 8, os voluntários foram indagados sobre quando o paciente pede pelo seu líder espiritual, os dados categorizados poderão ser melhor observados no gráfico 14.

Gráfico 14 – Solicitação pelo líder



Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

A partir da pesquisa pudemos observar que esta solicitação do enfermo é atendida, porém para 22% dos voluntários nunca lhes foi solicitado isto por parte do enfermo, 3% recorrem para a coordenação da capelania para serem tomadas as devidas providências, 23% encaminham o pedido ao capelão e este entra em contato com o líder do enfermo para que a vontade do enfermo seja realizada. Podemos perceber que 52% dos voluntários disseram que a vontade do paciente é respeitada. Estes dados coincidem com as informações que tive dos capelães do hospital de confissão católica e de confissão evangélica.

A partir das informações coletadas nos questionamentos feitos aos voluntários nos hospitais podemos perceber que grande é a necessidade de buscar informação e formação para que o cuidado espiritual hospitalar permita que o enfermo seja cuidado integralmente de uma forma adequada. A partir da tabela 9 veremos se eles sentem necessidade de uma formação continuada para melhor lidar com a pluralidade religiosa.

Tabela 09 – Formação continuada / Sugestões para melhoria do atendimento

QUESTÕES DO Nº 15 AO Nº 16						
		HCC	HCE	HCL1	HCL2	
		VE	VE	VE	VS	VE
Formação continuada para lidar com a pluralidade religiosa / Atendimento Hospitalar	Não	01	09	02	02	-
	Não tenho contato c/ pacientes	-	-	-	01	-
	Sim	04	07	05	02	02
	Sim, a formação é necessária	15	04	13	10	03
Proposta para lidar melhor com a pluralidade religiosa / Melhor atendimento Hospitalar	Amar mais o próximo	01	01	01	-	01
	A pastoral nos orienta	02	-	-	-	-
	Atendimentos ecumênicos	02	-	01	-	-
	Atendimentos psicológicos	-	-	-	02	-
	Capacitação e formação	10	06	04	02	-
	Conhecimento Bíblico	-	02	01	-	-
	Escolher pessoas boa vontade	02	-	01	01	-
	Evitar preconceitos	-	01	-	-	-
	Igrejas preparar voluntários	-	-	-	-	01
	Incentivos ao voluntariado	-	-	-	02	-
	Humanização	01	-	-	-	-
	Jesus é o caminho	-	01	-	-	-
	Não tenho contato c/ pacientes	-	-	-	01	-
	O foco deve ser o enfermo	-	-	01	-	-
	Ouvir e muito diálogo	01	06	-	-	-
Respeito.	03	04	09	-	01	
Testemunho de vida.	01	-	-	-	-	

Fonte organizada pela autora com base nos dados coletados na pesquisa - 2014

Ao serem questionados sobre precisar de cursos de capacitação e treinamento para melhor lidar com a pluralidade religiosa 19% responderam que não sentem necessidade e 81% responderam que a formação é necessária para poder melhor atender os cuidados prestados para o enfermo. Foi solicitado aos voluntários para apresentarem propostas para poder lidar melhor com pluralidade religiosa

dentro do contexto hospitalar. As contribuições apresentadas pelos voluntários que pode ser melhor visualizada através de um comparativo entre os hospitais que podem ser melhor observadas na tabela 9: Amar mais o próximo, a pastoral nos orienta, atendimentos ecumênicos, atendimentos psicológicos, capacitação e formação, conhecimento bíblico, escolher pessoas boa vontade, evitar preconceitos, as igrejas devem preparar os voluntários, incentivos ao voluntariado, humanização, Jesus é o caminho, o foco deve ser o enfermo, ouvir e muito diálogo, respeito e testemunho de vida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo por meio de revisão bibliográfica e pesquisa de campo de abordagem qualitativa aproximou e fundamentou conceitos do cuidado espiritual em ambiente hospitalar com o conceito da Bioética. O coração deste trabalho é que a partir destas contribuições o enfermo possa receber cuidado espiritual enquanto estiver acolhido em ambiente hospitalar sendo respeitado conforme sua biografia.

O cuidado espiritual hospitalar é direcionado para todos os seres humanos que se questionam diante da sua vida, buscando sentido para a sua existência. Acolher um ser que sofre mediante uma enfermidade é ir ao seu encontro respeitando todo o seu interior, a sua vida e o seu mistério, considerando a singularidade de cada ser humano.

No atendimento espiritual não há necessidade de manter atitudes religiosas, pois nossos valores não estão ligados a dogmas e crenças, mas na experiência de fazer o bem, na experiência da solidariedade, de nos colocarmos à disposição deste “outro” que nos inspira a doar atenção e cuidado. A espiritualidade existe para além de nos confinarmos a dogmas e doutrinas, pois ela constitui a própria essência do ser humano.

Infelizmente os termos espiritualidade e religião trazem muita confusão no seu significado. As pessoas não conseguem desvencilhar a religião da espiritualidade. Isto fica muito evidente ainda num local onde se deveria ter esta distinção bem clara, em ambientes hospitalares. Sabemos que as crenças e as práticas religiosas são a melhor forma de lidar com a doença, mas estas práticas religiosas não constituem a espiritualidade em si, embora em muitas situações elas se completem.

O ser humano quando se encontra numa situação de vulnerabilidade passa por várias indagações sobre a sua vida, sua doença e sua morte. Num ambiente hospitalar quando este recebe um cuidado espiritual que pode ser manifestado através de presença, de uma escuta, de uma conversa, enfim de gestos que demonstrem uma atitude de desvelo, de respeito e de cuidado para com ele gera-se uma relação de confiança.

Percebe-se que grande parte dos voluntários mesmo na sua boa intenção no atendimento espiritual hospitalar confundem-no com a ação de falar sobre Deus ou Jesus. Outras sentem-se incapazes em prestar atendimento espiritual hospitalar, pois acham que não são capacitadas para falar sobre Deus ou Jesus. Existem

também aquelas que dizem estar sempre lendo a palavra, no caso, a Bíblia, e Deus, Jesus ou o Espírito Santo lhes dá sabedoria orientando suas ações.

Que a palavra de Deus nos direciona, nos ilumina, nos dá sabedoria juntamente com a ação do Espírito Santo isto é mais que verdadeiro, mas estas ações não podem ser confundidas com prestação de cuidado espiritual. Cada pessoa é única e irrepetível, as dores e os anseios de cada uma são diferentes das dores e dos anseios das outras. Não existe um manual único que cabe para todas as pessoas, no caso, para todos os enfermos.

Como posso chegar no leito de um enfermo com um discurso pronto? Será que numa única visita já é possível compreender todo o seu invisível? As pessoas poderão fazer várias visitas, mas nunca se compreenderá o invisível do ser humano. O que é fundamental neste contexto é respeitar seu visível e seu invisível. Será que a mensagem trazida naquele momento está de acordo com a sua necessidade? Quem de nós ficaria feliz se nossa religião fosse desconsiderada?

Os questionamentos acima demonstram que uma abordagem errada pode deixar o enfermo numa situação pior do que ele já se encontrava. Um projeto a partir do ouvir é sempre de grande valia. Ouvir, ouvir, ouvir, esse é o primeiro passo para prestar um bom cuidado espiritual e se o paciente não quiser falar, ficar perto dele já é algo espiritual. O paciente passa por várias fases ao saber da sua doença, cada fase ele age e reage de uma maneira diferente. É muito importante que os voluntários entendam estas fases para que se preste um cuidado direcionado. Como falar que Jesus é bom para uma pessoa que está no estágio da raiva? Ele já está com raiva de tudo e de todos, ficará com muita raiva de Jesus por conta do seu estado.

Os voluntários são diamantes preciosos que precisam ser lapidados. É muito nítido que eles demonstram amor pelo que fazem, pois, seus olhos brilham ao falar que desejam ajudar o enfermo. Mas como lapidar estas pedras preciosas que não medem esforço para fazer algo para o próximo?

Muitos irão perguntar, mas por que não devo falar de Jesus? Para tudo existe um momento certo. Na passagem bíblica citada sobre o paralítico que queria ver Jesus encontrada no capítulo 2 do Evangelho de Marcos, percebemos que o paralítico só pôde ver Jesus porque os quatro voluntários se disponibilizaram, se doaram, se dispuseram a acolhê-lo. Após estabelecida a relação de confiança, o paralítico sentiu-se com liberdade para fazer seu pedido aos seus amigos

voluntários. Os voluntários com muita sabedoria e criatividade resolveram passar a cama do paraplégico pelo telhado para permitir o encontro de Jesus com o paraplégico. Assim ocorre no cuidado espiritual, após estabelecida a confiança com os voluntários, os enfermos têm total liberdade para pedir o que quiserem, inclusive solicitações de ordem religiosa, desde que estas assistências estejam de acordo com a vontade do enfermo. O cuidado espiritual às vezes passa pelo religioso, isto quando, o enfermo solicita orações, comunhões, leitura de textos que ajudem a amenizar a sua dor, mas isto deve ser atendido somente quando o enfermo solicita. Vale ressaltar que o cuidado espiritual não finaliza no religioso, ele deve trazer um bem terapêutico e espiritual ao enfermo.

E qual o papel da Bioética com relação a esta confusão que ocorre na prestação de cuidado espiritual dentro dos hospitais?

Podemos perceber que o fundamentalismo religioso é um problema de ordem cultural, as causas que a Bioética defende são sempre a favor de trazer benefício a sociedade, ao ser humano e ao vulnerável. Neste contexto destaca-se a importância de uma capacitação mais dirigida e mais contínua para que os voluntários conversem com a diversidade religiosa e saibam um pouco mais a respeito do ser humano. Somente através de um diálogo respeitoso as religiões podem entrar num consenso e prestar um cuidado espiritual digno que é de direito do enfermo.

A presente pesquisa propõe a continuidade desse estudo sobre dois aspectos, primeiramente com relação às didáticas nas capacitações e formações dadas aos voluntários hospitalares com valores preconizados pela Bioética e por segundo um diálogo mais contínuo com os agentes hospitalares para procura de soluções razoáveis diante dos conflitos surgidos na prática dos voluntários.

8. REFERÊNCIAS

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

ALMEIDA, Alexander Moreira de. **Espiritualidade & Saúde Mental**: O desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. Revista Zen Review, Juiz de Fora, 2009.

ALONSO, Marta López. **El cuidado: Un imperativo para lá Bioética**. Pontificia Universidad de Comillas, 2011.

ANJOS, Márcio Fabri dos. (org.). **Teologia aberta ao futuro**. São Paulo: Soter / Edições Loyola, 1997.

ANJOS, Márcio Fabri dos. Para compreender a espiritualidade em Bioética. In. PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de P. de. **Buscar Sentido e Plenitude de vida**: Bioética, Saúde e Espiritualidade. São Paulo: Paulinas / Centro Universitário São Camilo, 2008.

ANJOS, Márcio Fabri dos. **Teologia Moral e Cultura**. Aparecida: Editora Santuário, 1992.

ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de. **Bioética no Brasil**: Tendências e Perspectivas. São Paulo: Ideias e Letras / Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

ARENDT, Hannah. **Homens em tempos sombrios**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

BALDACHINO, Donia. **Spiritual Care**: Being in Doing. Malta: Preca Library, 2010.

BALDESSIN, Anísio. A assistência religiosa aos doentes no mundo moderno. In. BALDESSIN, Anísio; KOZIK, Mário Luís. **Assistência Religiosa aos doentes**: aspectos psicológicos. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

BALDESSIN, Anísio. Jesus e a samaritana: lições para os agentes de pastoral da saúde. In. BALDESSIN, Anísio. **Assistência Religiosa aos doentes**: aspectos bíblicos. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

BALDESSIN, Anísio; KOZIK, Mário Luís. **Assistência Religiosa aos doentes**: aspectos psicológicos. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

BARCIFILO, Christian de Paul de. Conflitos éticos no atendimento a moradores de rua: cidadania no mundo da exclusão. In. PESSINI, Leo; BARCIFILO, Christian de Paul de; HOSSNE, William Saad; ANJOS, Márcio Fabri dos. **Ética e Bioética no Pluralismo e Diversidade: teorias, experiências e perspectivas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Ideias & Letras, 2012.

BARCIFILO, Christian de Paul de. Educação para a cidadania em tempo de incertezas. In. PESSINI, Leo, SIQUEIRA, José Eduardo; HOSSNE, William Saad. **Bioética em Tempo de Incertezas**. São Paulo: Loyola / São Camilo, 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, Sofia; MENDONÇA, Adriana Rodrigues dos Anjos. **Espiritualidade e qualidade de vida nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico**. Revista Bioética. Conselho Federal de Medicina: Brasília, 2012, Vol. 20, nº 1, p. 175-187.

BAUMAN, Zygmund. **Amor líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BAUMAN, Zygmund. **Vida líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BERMEJO, José Carlos. A fé no hospital. In. BALDESSIN, Anísio. **Assistência religiosa aos doentes: aspectos bíblicos**. São Paulo: Edições Loyola, p. 74-79, 2008.

BERMEJO, José Carlos. **Humanizar a Saúde: Cuidado, Relações e Valores**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: Comunicação de más notícias no processo terapêutico: o desafio de dialogar com sensibilidade a verdade dos fatos**. São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2011.

BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. **Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: Lidando com os desafios éticos em situações críticas e de final de vida**. São Paulo: Paulinas / Centro Universitário São Camilo, 2011.

BÍBLIA SAGRADA, Tradução: João Ferreira de Almeida, São Paulo: Geográfica, 2000, 1ª edição.

BITTENCOURT, Renato Nunes. **A liquidez do homem pós-moderno**. Disponível em <http://filosofiacienciaevida.uol.com.br/ESFI/Edicoes/21/artigo77280-1.asp> acesso em_04/01/2015 às 14:12 hrs.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar**. Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda, 2012.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar**; ética do humano: compaixão pela terra. São Paulo, Editora Vozes, 1999.

BRUSCO, Angelo. Humanizar a assistência religiosa ao doente. In. BALDESSIN, Anísio; KOZIK, Mário Luiz. **Assistência religiosa aos doentes**: aspectos psicológicos. São Paulo: Edições Loyola, p. 15-18, 2007.

CALLANAN, Maggie; KELLEY, Patrícia. **Gestos Finais**: Como compreender as mensagens, as necessidades e a condição especial das pessoas que estão morrendo. São Paulo: Livraria Nobel S.A, 1992.

CAMARGO, Marculino. **BIOÉTICA**: O agir da vida. Brasília: Editora Ser, 2010.

CARNIATO, Maria Inês. **Diversidade Religiosa no Mundo Atual**. São Paulo: Paulinas, 2010.

CATÃO, Francisco. **A pedagogia ética**. Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda, 1995.

CATÃO, Francisco. **Espiritualidade Cristã**. São Paulo: SIQUEM EDITORES / PAULINAS, 2009.

COMTE-SPONVILLE, André. **Pequeno Tratado das Grandes Virtudes**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

CONSTITUIÇÃO PASTORAL GAUDIUM ET SPES: **Sobre a Igreja no mundo actual**. Disponível em http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_po.html acesso em 19/10/2014 às 13:31 horas.

COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira, OSELKA, Gabriel, GARRAFA, Volnei. **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

D'ASSUMPÇÃO, Evaldo A. **Sobre o Viver e o Morrer**: Manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam. Petrópolis, Vozes, 2010.

DESTRI, Sidney Carlos. A doença e a saúde na Bíblia. In. BALDESSIN, Anísio. **Assistência Religiosa aos doentes**: aspectos bíblicos. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

DIAS, Agemir de Carvalho. **Sociologia da religião**. São Paulo: Paulinas, 2012.

DUSILEK, Sérgio Ricardo Gonçalves. A ética do amor em Santo Agostinho: uma apreciação. **Revista Filosófica São Boaventura**, Curitiba, v.6, n.1, p.85-100, jan.jun.2013.

DYNIWICZ, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

ENGELHARDT, Jr. H. Tristram. Bioética Global: Levando a sério as diferenças morais. In. PESSINI, Leo, SIQUEIRA; José Eduardo; HOSSNE, Willian Saad. **Bioética em Tempo de Incertezas**. São Paulo: Loyola / São Camilo, 2010.

ESTEBAN, Maria Paz Sandín. **Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições**. Tradução Miguel Cabrera. Porto Alegre: AMGH, 2010.

FALOLA, Anne. **Ser voluntário: um estilo de vida: Uma proposta para crescer no caminho do voluntariado**. São Paulo: Paulinas, 2009.

FERREIRA, Damy; ZITI, Lizwaldo Mário Ziti. **Capelania Hospitalar Cristã**. São Paulo: Associação Religiosa Imprensa da Fé, 2010.

FERRER, Jorje José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética: Teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. São Paulo: Edições Loyola: 2005.

FISH, Sharon; SHELLY, Judith Allen. **Cuidado espiritual do paciente**. São Paulo: Imprensa da Fé, 1986.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de Conteúdo**. Brasília: Líber Editora, 2008.

FRIESEN, Albert. **Cuidando na Enfermidade**. Curitiba: Editora Evangélica Esperança, 2007.

GAMBARINI, Alberto Luiz. **Morte: Lucro ou Perda?** São Paulo: Ágape, 2006.

HANSON, Bernard. Princípio de Autonomia. In. HOTTOIS, Gilbert; MISSA, Jean-Noël. **Nova enciclopédia da bioética: medicina, ambiente, biotecnologia**. Tradução Maria Carvalho. Lisboa: Instituto Piaget, 1998.

HENZEZEL. Marie de; LELOUP, Jean-Yves. **A arte de morrer: Tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade**. Petrópolis: Editora Vozes: 2012.

HONNEFELDER, Ludger. Qualidade de vida e dignidade humana: fins e critérios do prolongamento médico de vida In. BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. **Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: Lidando com os desafios éticos em situações críticas e de final de vida.** São Paulo: Paulinas / Centro Universitário São Camilo, 2011.

HOSSNE, William Saad; ALBUQUERQUE, Maria Clara; GOLDIM: José Roberto. Nascimento e Desenvolvimento da Bioética no Brasil. In. ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de. **Bioética no Brasil: Tendências e Perspectivas.** São Paulo: Idéias e Letras / Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

HOTTOIS, Gilbert; MISSA, Jean-Noël. **Nova enciclopédia da bioética: medicina, ambiente, biotecnologia.** Tradução Maria Carvalho. Lisboa: Instituto Piaget, 1998.

JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade: Ensaio de uma ética para a civilização tecnológica.** Rio de Janeiro: Contraponto. Ed. PUC-Rio, 2006.

JUNGES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios.** São Leopoldo: Ed. Unisinos, 1999.

KIPPER, Délio José; CLOTET, Joaquim. Princípios da Beneficência e Não-maleficência. In. COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira, OSELKA, Gabriel, GARRAFA, Volnei. **Iniciação à Bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

KOENIG, Harold G. **Medicina, religião e saúde: O encontro da ciência e da espiritualidade.** Porto Alegre: L&PM Editores, 2012.

KOENIG, Harold. G; McCULLOUGH, Michael E; LARSON, David B. **The handbook of religion and health: a century of research reviewed.** Oxford University Press, 2001.

KOVÁCS, Maria Júlia. Cuidando do cuidador profissional. In. BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. **Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida: Lidando com os desafios éticos em situações críticas e de final de vida.** São Paulo: Paulinas / Centro Universitário São Camilo, 2011.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer.** São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 2008.

LÉVINAS, Emmanuel. **Humanismo do outro Homem.** Petrópolis: Editora Vozes: 2012.

LOCH, Jussara de Azambuja. Como analisar conflitos em Bioética Clínica. Disponível <http://www.pucrs.br/bioetica/cont/jussara/comoanalisar.pdf> acesso em 20/10/2014 às 17:05 horas.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais.** São Paulo: hcnet, 2008. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf>. Acesso em 18/08/2014 à 17:46 horas.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1996.

MORAES, Roque. **Análise de conteúdo.** Revista Educação, Porto Alegre, v.22, n.37, p. 7-32, 1999.

MORGAN, Gareth. **Imagens da Organização.** São Paulo: Editora Atlas, 1996.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio Carvalho. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In. FERREIRA, Sergio Ibiapina, COSTA, Gabriel Oselka, GARRAFA, Volnei. **Iniciação à Bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich; Heimann, Thomas. Cuidando de cuidadores: um olhar sobre os profissionais de ajuda a partir do conceito de cuidado integral. In. NOÉ, Sidnei Vilmar. **Espiritualidade e Saúde: Da cura d'alma ao cuidado integral.** São Leopoldo: Editora Sinodal, p. 79-99, 2004.

PERES, M. F. P. et al. **A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos.** Revista Psiquiatria Clínica. São Paulo, v. 34, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700011&lng=pt&nrm=iso, acesso em 14/11/2014 às 10:22 hrs.

PERUZZO JUNIOR, Léo. Cuidado e respeito: reflexões sobre o prolongamento assistido da vida. **Revista Filosófica São Boaventura**, Curitiba, v.5, n.2, p.97-108, jul.dez.2012.

PESSINI, Leo, SIQUEIRA; José Eduardo; HOSSNE, Willian Saad. **Bioética em Tempo de Incertezas.** São Paulo: Loyola / São Camilo, 2010.

PESSINI, Léo. BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Bioética: do Princípio à Busca de uma Perspectiva Latino-Americana. In. COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira, OSELKA, Gabriel, GARRAFA, Volnei. **Iniciação à Bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

PESSINI, Leo. **Ministério da Vida: Orientações para Agentes de Pastoral da Saúde e Ministros da Eucaristia.** Aparecida, Editora Santuário, 1990.

PESSINI, Leo. Qual antropologia para fundamentar a bioética em tempo de incertezas? In. PESSINI, Leo, SIQUEIRA; José Eduardo; HOSSNE, Willian Saad. **Bioética em Tempo de Incertezas.** São Paulo: Loyola / São Camilo, 2010.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; HOSSNE, William Saad; ANJOS, Márcio Fabri dos. **Ética e Bioética no Pluralismo e Diversidade: teorias, experiências e perspectivas.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Ideias & Letras, 2012.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola / São Camilo, 2004.

PESSINI, Leo; José Eduardo; HOSSNE, Willian Saad. **Bioética em Tempo de Incertezas.** São Paulo: Loyola / São Camilo, 2010.

PESSINI, Leocir. Levanta-te, toma teu leito e anda. In. BALDESSIN, Anísio. **Assistência Religiosa aos doentes: aspectos bíblicos.** São Paulo: Edições Loyola, 2008.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics: Bridge to the future.** Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.

REESE-SCHÄFER, Walter. **Compreender Habermas.** Petrópolis, Vozes, 2010.

RIOS, Izabel Cristina. **Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde.** Ver. bras. Educ. med. [online]. 2009, vol. 33, n.2, pp. 253-261. ISSN 0100-5502. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>>. Acesso em 18/08/2014 às 17:35 horas.

RUTHES, Vanessa Roberta Massambani (coord.) **Política institucional de humanização do Grupo Marista – Área da Saúde.** Curitiba: Associação Paranaense de Cultura, 2012.

SANCHES, Mário Antônio. **Bioética, ciência e transcendência.** São Paulo: Edições Loyola, 2004.

SANCHES, Mário Antônio. **Brincando de Deus: Bioética e as marcas sociais da genética.** São Paulo: Editora Ave-Maria, 2007.

SANCHES, Mário Antônio. O diálogo entre teologia e ciências naturais. In. PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de P. de. **Buscar Sentido e Plenitude de vida: Bioética, Saúde e Espiritualidade**. São Paulo: Paulinas / Centro Universitário São Camilo, 2008.

SANTOS, Hugo N. Saúde e ética na ação pastoral de Jesus. In. HOCH, Lothar Carlos; HEIMAN, Thomas. **Aconselhamento Pastoral e Espiritualidade**. São Leopoldo: Editora Sinodal, p. 26-41, 2008.

SASS, Hans-Martin. Navegando moralmente com segurança em territórios multiculturais: Um Sistema de Posicionamento Global [GPS] para a ética. In. PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; HOSSNE, William Saad; ANJOS, Márcio Fabri dos. **Ética e Bioética no Pluralismo e Diversidade: teorias, experiências e perspectivas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Ideias & Letras, 2012, p. 49-62.

SCHALLENBERGER, Djoni. **Capelania Hospitalar: Desafio e Oportunidade de Amar Pessoas**. Goiania, Editora Ideia, 2012.

SÊGA, Rafael Augustus. O Conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovi. Porto Alegre, 2000. Disponível em <http://www.ufrgs.br/ppghist/anos90/13/13art8.pdf> acesso em 02/02/2015 às 13:00 hrs.

SELLI, Lucilda; ALVES, Joseane de Souza. **O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética**. Revista Bioethikos. Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2007.

SILVA, Marta Nörnberg da. Cuidado(s) em movimento: A ética do cuidado e a escuta sensível como fundamento do cuidado o outro. In. NOÉ, Sidnei Vilmar. **Espiritualidade e Saúde: Da cura d'alma ao cuidado integral**. São Leopoldo: Editora Sinodal, p. 15-24, 2004.

SIQUEIRA, José Eduardo de; ZOBOLI, Elma, KIPPER, Délio José (Orgs). **Bioética Clínica**. São Paulo: Gaia, 2008.

SIQUEIRA, José Eduardo. A reflexão de Hans Jonas sobre o tempo de incertezas. In. PESSINI, Leo, SIQUEIRA; José Eduardo; HOSSNE, Willian Saad. **Bioética em Tempo de Incertezas**. São Paulo: Loyola / São Camilo, 2010.

SIQUEIRA, José Eduardo. Hannah Arendt: uma narradora privilegiada de um tempo de grandes incertezas? In. PESSINI, Leo, SIQUEIRA; José Eduardo; HOSSNE, Willian Saad. **Bioética em Tempo de Incertezas**. São Paulo: Loyola / São Camilo, 2010.

SIQUEIRA, José Eduardo. O Princípio da Justiça. In. COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira, OSELKA, Gabriel, GARRAFA, Volnei. **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

SOUKI, Nádia. **Hannah Arendt e a banalidade do mal**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998.

SOUZA, Waldir. Vulnerabilidade do Enfermo e a Relação de Cuidado. In. SANCHES, Mário Antônio; GUBERT, Ida Cristina. **Bioética e Vulnerabilidades**. Curitiba: Editora Champagnat / Editora UFPR, 2012, p. 188.

VEATCH, Robert; HADDAD, Amy M; ENGLISH, Dan C. **Case Studies in Biomedical Ethics**. New York: Oxford University Press, 2010.

VELTMAN, Henrique. A banalidade do mal. Disponível <http://www.dci.com.br/politica/direto-da-redacao-a-banalidade-do-mal-id393323.html> - acesso às 15:34 – 29/04/2014.

VIEIRA, Sonia. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas, 2009.

VOLPE, Neusa Vendramin. Lévinas: ética e alteridade. In. SGANZERLSA, Anor; FALABRETTI, E. S; BOCCA, F. V. **Ética em movimento**. São Paulo: Paulus, 2009.

WIESE, Maria do Carmo da Silva. **Desafios e perspectivas**: as pesquisas na área de formação de professores para atuar com escolares em tratamento de saúde. Curitiba: PUCPR, 2013.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Intersubjetividade e Cuidado. In. PESSINI, Leo, SIQUEIRA, José Eduardo; HOSSNE, Willian Saad. **Bioética em Tempo de Incertezas**. São Paulo: Loyola / São Camilo, 2010.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; PEGORARO, Priscilla Brandão Bacci. Bioética e Cuidado: O desafio espiritual. In. PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de P. de. **Buscar Sentido e Plenitude de vida**: Bioética, Saúde e Espiritualidade. São Paulo: Paulinas / Centro Universitário São Camilo, 2008.

ZOBOLI, Elma. O Cuidado: no encontro interpessoal o cultivo da vida. In. BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. **Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida**: Lidando com os desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Paulinas / Centro Universitário São Camilo, 2011.

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Ecumenismo> acesso em 02/02/2014 às 16:42

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2000-07-14:9982> acesso em 19/07/2014 às 21:30 horas.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9982.htm acesso em 19/07/2014 às 21:51 horas.

[http://www.portaldoservidor.ba.gov.br/sites/default/files/cartilha_sedh_diversidade_religiosa\[1\].pdf](http://www.portaldoservidor.ba.gov.br/sites/default/files/cartilha_sedh_diversidade_religiosa[1].pdf) acesso em 19/07/2014 às 22:06 horas.

<https://www.leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2003/1081/10816/lei-ordinaria-n-10816-2003-dispoe-sobre-o-direito-de-assistencia-religiosa-em-hospitais-civis-e-militares-e-demais-entidades-de-internacao-coletiva-e-da-outras-providencias-2003-10-21.html> acesso em 19/07/2014 às 10:41 horas.

**ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA OS AGENTES DE CUIDADO ESPIRITUAL**

Eu, _____
nacionalidade, _____, idade _____ anos, estado
civil _____, profissão _____, residente à

_____,
documento de identidade (RG) sob o nº _____,
estou sendo convidado a participar de um estudo denominado: “BIOÉTICA E
HUMANIZAÇÃO FRENTE AO VOLUNTARIADO E AO ATENDIMENTO
ESPIRITUAL HOSPITALAR”, cujo objetivo geral é “Investigar como o agente
espiritual hospitalar e o voluntariado aplicam nos seus atendimentos conceitos de
Bioética e Humanização”.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder a um
questionário contendo vinte perguntas. Fui alertado de que, da pesquisa a se
realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: ter acesso às considerações
finais contidas na dissertação ou qualquer outra informação relativa ao processo de
desenvolvimento da presente pesquisa. Os dados coletados neste instrumento serão
apreciados e analisados exclusivamente para fins da presente pesquisa,
preservando o anonimato. Assim, ao integrar esse estudo, estou ciente de que
minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou
elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.
Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis
desconfortos e riscos de constrangimento decorrentes do estudo, levando-se em
conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos serão obtidos
após a sua realização. Para prevenção do risco sei que serei entrevistado quando
estiver só em companhia da pesquisadora. Também fui informado (a) de que posso
me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer
momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei
qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Waldir Souza da PUCPR,
orientador da pesquisa e Simoni Maria Teixeira Ricetti, Mestranda da PUCPR e, com
quem poderei manter contato pelos telefones: (41) 9928-4046; (41)8827-0206 ou
ainda, (041) 3022-6941. É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem
como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos
adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, **tudo o que eu queira saber
antes, durante e depois da minha participação.**

Enfim, tendo sido orientado (a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e
compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre
consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor
econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Em caso de reclamação
ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41)
3271-2292 ou mandar um *email* para nep@pucpr.br

Curitiba, _____ de _____ de 2014.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Prof. Dr. Waldir Souza / Simoni Maria Teixeira Ricetti
Pesquisador Responsável - Orientadora Aluna Mestranda - PUCPR
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR

**ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA VOLUNTÁRIOS DE CUIDADO ESPIRITUAL**

Eu, _____
nacionalidade, _____, idade _____ anos, estado
civil _____, profissão _____, residente à

_____,
documento de identidade (RG) sob o nº _____,
estou sendo convidado a participar de um estudo denominado: “BIOÉTICA E
HUMANIZAÇÃO FRENTE AO VOLUNTARIADO E AO ATENDIMENTO
ESPIRITUAL HOSPITALAR”, cujo objetivo geral é “Investigar como o agente
espiritual hospitalar e o voluntariado aplicam nos seus atendimentos conceitos de
Bioética e Humanização”.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder a um
questionário contendo dezesseis perguntas. Fui alertado de que, da pesquisa a se
realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: ter acesso às considerações
finais contidas na dissertação ou qualquer outra informação relativa ao processo de
desenvolvimento da presente pesquisa. Os dados coletados neste instrumento serão
apreciados e analisados exclusivamente para fins da presente pesquisa,
preservando o anonimato. Assim, ao integrar esse estudo, estou ciente de que
minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou
elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.
Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis
desconfortos e riscos de constrangimento decorrentes do estudo, levando-se em
conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos serão obtidos
após a sua realização. Para prevenção do risco sei que serei entrevistado quando
estiver só em companhia da pesquisadora. Também fui informado (a) de que posso
me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer
momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei
qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Waldir Souza da PUCPR,
orientador da pesquisa e Simoni Maria Teixeira Ricetti, Mestranda da PUCPR e, com
quem poderei manter contato pelos telefones: (41) 9928-4046; (41)8827-0206 ou
ainda, (041) 3022-6941. É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem
como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos
adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, **tudo o que eu queira saber
antes, durante e depois da minha participação.**

Enfim, tendo sido orientado (a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e
compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre
consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor
econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Em caso de reclamação
ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41)
3271-2292 ou mandar um *email* para nep@pucpr.br

Curitiba, _____ de _____ de 2014.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Prof. Dr. Waldir Souza / Simoni Maria Teixeira Ricetti
Pesquisador Responsável - Orientadora Aluna Mestranda - PUCPR
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO**AUTORIZAÇÃO**

Eu, _____, abaixo assinado, responsável pelo (a) _____, autorizo a participação do estudo “BIOÉTICA E HUMANIZAÇÃO FRENTE AO VOLUNTARIADO E AO ATENDIMENTO ESPIRITUAL HOSPITALAR”, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual eu represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Curitiba, _____ de _____ de 2014.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Prof. Dr. Waldir Souza / Simoni Maria Teixeira Ricetti
Pesquisador Responsável - Orientadora Aluna Mestranda - PUCPR
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR

ANEXO D – QUESTIONÁRIO PARA OS AGENTES DE CUIDADO ESPIRITUAL

Primeiramente, obrigada por participar desta pesquisa. Favor responder as perguntas disponibilizadas nesse instrumento de pesquisa, com reflexões e respostas francas, pois estas serão de grande auxílio para alcançar os objetivos propostos na pesquisa. Os dados coletados neste instrumento serão apreciados e serão mantidos completamente confidenciais e somente o pesquisador terá acesso.

Caracterização dos participantes:

1- Qual sua faixa etária?

18 a 25 anos	
25 a 30 anos	
30 a 35 anos	
Mais de 35 anos	

2- Sexo:

Feminino	
Masculino	

3 – Qual sua escolarização?

- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Superior Incompleto
- () Superior Completo
- () Outros

4- Qual a sua religião?

5- De que denominação são as pessoas que se voluntariam para fazer este tipo de atendimento? Quais as igrejas que prestam esse serviço?

6- Como são selecionadas estas pessoas?

7 – O que você espera dos enfermos durante o cuidado espiritual aqui no hospital?

8- Em sua opinião, quais características são importantes para prestar um bom atendimento espiritual hospitalar?

9 – Existe diferenciação entre religião e espiritualidade? Se sim, qual?

10 – O que vocês entendem por espiritualidade?

11 – O que vocês entendem por religião?

12- Como você vê a importância do cuidado espiritual durante o enfrentamento da dor e do sofrimento no período da enfermidade?

13 – Existe diferenciação entre agentes e voluntários? Se tiver, quais?

14- Quais são os critérios avaliados para que o paciente seja recebedor da atenção dos voluntários?

15 – Existe algum tipo de treinamento para os agentes e os visitantes voluntários?

16 – Se sim, quais e em que sentido?

17- Descreva como acontece esse processo.

18 – Como os voluntários são orientados para lidar com a pluralidade religiosa?

19 – Você sente necessidade de oferecer uma formação continuada para que os voluntários lidem melhor com a pluralidade religiosa? Por quê?

20 – Espaço reservado para comentários, sugestões e outras observações que não foram contempladas nas questões anteriores.

ANEXO E – QUESTIONÁRIO PARA OS VOLUNTÁRIOS – CUIDADO ESPIRITUAL

Primeiramente, obrigada por participar desta pesquisa. Favor responder as perguntas disponibilizadas nesse instrumento de pesquisa, com reflexões e respostas francas, pois estas serão de grande auxílio para alcançar os objetivos propostos na pesquisa. Os dados coletados neste instrumento serão apreciados e serão mantidos completamente confidenciais e somente o pesquisador terá acesso.

Caracterização dos participantes:

1- Qual sua faixa etária?

18 a 25 anos	
25 a 30 anos	
30 a 35 anos	
Mais de 35 anos	

2 - Sexo:

Feminino	
Masculino	

3 – Qual sua escolarização?

- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Superior Incompleto
- () Superior Completo
- () Outros

4 – Qual a sua religião?

5 – Além de trabalhar como voluntário em atendimento espiritual hospitalar você trabalha em _____

6 – Quantas horas semanais você trabalha como voluntário?

7 - Qual a sua motivação para fazer este trabalho de visita?

8 – Escreva cinco palavras que vêm à mente quando se fala em “ATENDIMENTO ESPIRITUAL HOSPITALAR”:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

9 – Agora, por favor, escreva uma frase utilizando a palavra que você considerou mais importante, relacionando-a com o trabalho de voluntariado no atendimento espiritual hospitalar.

10 – Durante o atendimento, o que você costuma fazer no atendimento espiritual hospitalar?

11 – O que os enfermos mais solicitam durante o atendimento espiritual hospitalar?

12 - Você se sente preparado para trabalhar com o Atendimento Espiritual Hospitalar? Por quê?

13 – Você procura falar sobre a sua religião para o enfermo? Por quê?

14 - Quando você se depara com um paciente com uma religião muito diferente da sua e este pede para chamar seu líder espiritual, a vontade do paciente é respeitada? Comente sobre esta situação.

15 – Você sente necessidade de uma formação continuada para atuar no atendimento espiritual hospitalar para lidar melhor com a pluralidade religiosa? Por quê?

16 – Frente aos desafios e as necessidades presentes na sua prática como voluntário no atendimento espiritual hospitalar, qual a sua proposta para que este serviço possa atender as necessidades dos enfermos de forma adequada e condizente com a pluralidade religiosa?

ANEXO F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA VOLUNTÁRIOS

Eu, _____
nacionalidade, _____, idade _____ anos, estado
civil _____, profissão _____, residente à

_____,
documento de identidade (RG) sob o nº _____,
estou sendo convidado a participar de um estudo denominado: “BIOÉTICA E
HUMANIZAÇÃO FRENTE AO VOLUNTARIADO E AO ATENDIMENTO
ESPIRITUAL HOSPITALAR”, cujo objetivo geral é “Investigar como o agente
espiritual hospitalar e o voluntariado aplicam nos seus atendimentos conceitos de
Bioética e Humanização”.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder a um
questionário contendo dezesseis perguntas. Fui alertado de que, da pesquisa a se
realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: ter acesso às considerações
finais contidas na dissertação ou qualquer outra informação relativa ao processo de
desenvolvimento da presente pesquisa. Os dados coletados neste instrumento serão
apreciados e analisados exclusivamente para fins da presente pesquisa,
preservando o anonimato. Assim, ao integrar esse estudo, estou ciente de que
minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou
elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.
Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis
desconfortos e riscos de constrangimento decorrentes do estudo, levando-se em
conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos serão obtidos
após a sua realização. Para prevenção do risco sei que serei entrevistado quando
estiver só em companhia da pesquisadora. Também fui informado (a) de que posso
me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer
momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei
qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Waldir Souza da PUCPR,
orientador da pesquisa e Simoni Maria Teixeira Ricetti, Mestranda da PUCPR e, com
quem poderei manter contato pelos telefones: (41) 9928-4046; (41)8827-0206 ou
ainda, (041) 3022-6941. É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem
como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos
adicionais sobre o estudo e suas consequências, **tudo o que eu queira saber
antes, durante e depois da minha participação.**

Enfim, tendo sido orientado (a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e
compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre
consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor
econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Em caso de reclamação
ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41)
3271-2292 ou mandar um *email* para nep@pucpr.br

Curitiba, _____ de _____ de 2014.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Prof. Dr. Waldir Souza / Simoni Maria Teixeira Ricetti
Pesquisador Responsável - Orientadora Aluna Mestranda - PUCPR
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR

ANEXO G – QUESTIONÁRIO PARA OS VOLUNTÁRIOS

Primeiramente, obrigada por participar desta pesquisa. Favor responder as perguntas disponibilizadas nesse instrumento de pesquisa, com reflexões e respostas francas, pois estas serão de grande auxílio para alcançar os objetivos propostos na pesquisa. Os dados coletados neste instrumento serão apreciados e serão mantidos completamente confidenciais e somente o pesquisador terá acesso.

Caracterização dos participantes:

1- Qual sua faixa etária?

18 a 25 anos	
25 a 30 anos	
30 a 35 anos	
Mais de 35 anos	

2 - Sexo:

Feminino	
Masculino	

3 – Qual sua escolarização?

- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Superior Incompleto
- () Superior Completo
- () Outros

4 – Qual a sua religião?

5 – Além de trabalhar como voluntário em atendimento hospitalar você trabalha em

6 – Quantas horas semanais você trabalha como voluntário?

7 - Qual a sua motivação para fazer este trabalho de visita?

8 – Escreva cinco palavras que vêm à mente quando se fala em “ATENDIMENTO HOSPITALAR”:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

9 – Agora, por favor, escreva uma frase utilizando a palavra que você considerou mais importante, relacionando-a com o trabalho de voluntariado no atendimento hospitalar.

10 – O que você costuma fazer no atendimento hospitalar?

11 – O que os enfermos mais solicitam durante o atendimento hospitalar?

12 - Você se sente preparado para trabalhar com o Atendimento Hospitalar? Por quê?

13 – Você procura falar sobre a sua religião para o enfermo? Por quê?

14 - Quando você se depara com um paciente com uma religião muito diferente da sua e este pede para chamar seu líder espiritual, a vontade do paciente é respeitada? Comente sobre esta situação.

15 – Você sente necessidade de uma formação continuada para atuar no atendimento hospitalar para lidar melhor com a realidade da dor e do sofrimento das pessoas enfermas? Por quê?

16 – Frente aos desafios e as necessidades presentes na sua prática como voluntário no atendimento hospitalar, qual a sua proposta para que este serviço possa atender as reais necessidades dos enfermos de forma adequada e condizente com a realidade em que ele está inserido?

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BIOÉTICA E HUMANIZAÇÃO FRENTE AO VOLUNTARIADO E AO ATENDIMENTO ESPIRITUAL HOSPITALAR

Pesquisador: Simoni Maria Teixeira Ricetti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27710514.5.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Parana - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 563.714

Data da Relatoria: 19/03/2014

Apresentação do Projeto:

No contexto hospitalar a religião é vista como uma aliada no atendimento espiritual hospitalar, propiciando ao enfermo conforto e suporte para o enfrentamento de suas doenças, bem como, procuram sentido para a sua existência. Uma reflexão na e sobre a prática do cuidar no atendimento espiritual é fundamental para que o enfermo sinta-se confortável e em paz ao receber este cuidado devendo ser respeitado conforme sua vontade, sua necessidade e seu interesse. A pesquisa será realizada por meio de um questionário a agentes de cuidado espiritual e voluntários que prestam o mesmo serviço. Pretende-se com esta pesquisa avaliar se nesse cuidado agentes e voluntários utilizam-se dos conceitos de Bioética e Humanização.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar como o agente espiritual hospitalar e os voluntários aplicam nos seus atendimentos conceitos de Bioética e Humanização.

Objetivo Secundário:

Investigar o papel do atendimento do assistente espiritual hospitalar e do voluntariado. Avaliar o serviço de assistência espiritual hospitalar e do voluntariado na perspectiva da Bioética e da Humanização.

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2292

Fax: (41)3271-2292

E-mail: nep@pucpr.br



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE
DE CULTURA - PUCPR



Continuação do Parecer: 563.714

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios apresentados estão adequados e de acordo com a resolução 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia e objetivos apresentados estão adequados e em acordo com a resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão adequados e em acordo com a resolução 466/2012.

Recomendações:

Ver Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPPUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-901

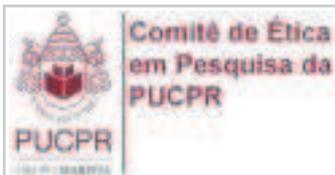
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2292

Fax: (41)3271-2292

E-mail: nep@pucpr.br



ASSOCIAÇÃO PARANAENSE
DE CULTURA - PUCPR



Continuação do Parecer: 563.714

CURITIBA, 21 de Março de 2014

Assinador por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-901

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2292

Fax: (41)3271-2292

E-mail: nep@pucpr.br