

# CAPELANIA: O PREPARO DO CAPELÃO E SUA ATUAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS.

Cleonice de Lima Coelho Frazon <sup>1</sup>  
Dr. Marlon Ronald Fluck <sup>2</sup>

## RESUMO

Este trabalho aborda o preparo que um capelão necessita para atuar em capelania hospitalar e especificamente em cuidados paliativos a pacientes terminais. Serão usadas neste estudo fontes bibliográficas para melhor entendimento da atuação de capelães e compreensão dos termos coerentes com o tema. Devido ao fato de, em muitos casos, perceber a falta do preparo de capelães que apesar de serem credenciados pela lei, tem notável a falta de experiência na atuação dentro dos hospitais. A pesquisa serve como alicerce para capacitar o capelão, e a relevância de que essa área de acolhimento requer ainda mais atenção. Quando se fala de pessoas como protagonistas dentro da realidade em cuidados paliativos, aquele que será suporte dentro deste contexto precisa estar apto em proporcionar bem-estar a todo o cenário: paciente, familiares e a toda equipe da saúde direcionada a esse cuidado. As abordagens trazem tanto o cuidado para o paciente, quanto ao próprio capelão que sendo um suporte em acolhimento espiritual precisa ter o autocuidado, uma vida alicerçada na Palavra de Deus, guiada nos princípios e exemplos de amor, fé e compaixão.

**Palavras-chave:** Capelão; Capelania; Cuidados Paliativos; Paciente.

## ABSTRACT

This work addresses the preparation that a Chaplain needs to work in hospital chaplaincy and specifically in palliative care for terminal patients. Bibliographic sources will be used in this study for a better understanding of the role of chaplains and understanding of terms consistent with the theme. Due in many cases to realize the lack of training of chaplains that despite being accredited by law, the lack of experience in working within hospitals is remarkable, the research serves as a foundation for training the chaplain, and the relevance of this area of reception requires even more attention. When talking about people as protagonists within the reality of palliative care, those who will be supported within this context need to be able to provide well-being to the entire scenario: patients, family members and the entire healthcare team directed towards this care. The approaches bring both care to the patient and to the Chaplain who, being a support in spiritual care, needs to have self-care, a life based on the Word of God, guided by the principles and examples of love, faith and compassion.

**Keywords:** Chaplain; Chaplaincy; Palliative Care; Patient.

---

<sup>1</sup> Bacharela em Teologia – FATEBE. Curitiba-PR. Contato: cleofrazon@gmail.com.

<sup>2</sup> Doutor em Teologia (Universidade de Basileia-Suíça). Mestre em Teologia (Escola Superior de Teologia, EST, Brasil). Possui Especialização em Serviço Social da Família (Universidade Luterana do Brasil, ULBRA, Brasil), e em Sociologia Urbana (Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS, Brasil). Bacharel em Teologia pela Faculdade de Teologia da Escola Superior de Teologia de São Leopoldo e pela Faculdade Evangélica do Paraná, FEPAR, Brasil, e Bacharel em Ministério Pastoral (Seminário Bíblico Palavra da Vida). Contato: mrfluck@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

A capelania foi ganhando ao longo dos anos uma relevância imprescindível nos hospitais. No entanto, por muitas vezes ter obtido uma abordagem equivocada de alguns capelães ou ministros espirituais, a capelania não foi vista com a importância devida. Algumas portas se fecharam para que o trabalho fosse estabelecido, e, com isso, alguns diretores e médicos não tiveram a oportunidade de presenciar a atuação da capelania junto a uma equipe multidisciplinar para trazer aos pacientes, qualidade de vida em todo processo de internamento.

No entanto, devido ao verdadeiro e responsável trabalho de pessoas sérias e comprometidas a ensinar e treinar líderes religiosos a estarem devidamente aptos a exercer a função de capelão, e inseri-los dentro de todas as normas de um ambiente hospitalar, o trabalho tem sido, cada vez mais, reconhecido de forma relevante e imprescindível.

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

A finitude um dia chegará, no entanto, esse assunto se tornou de certa forma um tabu em nossa cultura, sendo raramente abordado em rodas de conversas como algo a ser considerado e refletido. Muitas vezes, devido a rotinas exaustivas, queremos fugir de assuntos que trazem algum tipo de desconforto, tristeza e sensações desagradáveis, e falar sobre a morte, ou enfermidades não é algo que se aborda facilmente.

O fato é que a morte é uma realidade dura, inaceitável para a maioria dos seres humanos. É difícil desenvolver um assunto que na verdade queremos ignorar. Para que falar sobre isso? No entanto, se faz necessário, pois a morte um dia chegará. Muitas vezes ela vem como uma visita inesperada, ou dentro de um contexto progressivo, resultante de algum diagnóstico negativo, irreversível e potencialmente letal dado pela medicina.

De acordo com as Escrituras Sagradas, “O último inimigo a ser destruído é a morte” (1 Co 15.26 ARA). Conforme o comentário Esperança: “Isso não precisa ter o sentido de que a morte em si é o “último inimigo”, o maior e pior de todos eles.

No entanto é muito necessário que nós reconheçamos o caráter hostil da morte”, (Boor, 2004, p.128). Esse caráter da morte é totalmente desconfortável, ele nos causa medo, angústia, tristeza profunda.

A morte representa um sentimento adverso, que nos traz desequilíbrio emocional, e isso faz com que seja um grande “inimigo”. No entanto, Cristo Jesus não só destruiu a morte, como trouxe à luz a vida e a imortalidade, mediante o evangelho” (2 Tm 1.10 ARA). Essa verdade da Palavra traz àquele que crê a certeza que recebemos a vitória sobre a morte e, que, como Cristo ressuscitou também seremos ressuscitados, porque Cristo venceu a morte. “A morte foi destruída pela vitória”. “Onde está, ó morte, a sua vitória? Onde está, ó morte, o teu aguilhão?” O aguilhão da morte é o pecado, e a força do pecado é a Lei. Mas graças a Deus, que nos dá a vitória por meio de nosso Senhor Jesus Cristo (1Co 15.54-57 NVI).

Quando meditamos profundamente nessa verdade da Palavra a qual Paulo escreve-a aos Coríntios, devemos encher o coração de alegria, esperança e a certeza que a morte só define o fim da nossa existência humana. No entanto em Cristo temos a vida eterna, e a morte é uma passagem para vida, uma vida plena em Cristo.

Com base nesses pressupostos, o objetivo desse artigo será realizar uma abordagem sobre o serviço feito pela capelania hospitalar e esclarecer a importância do preparo do capelão a estar apto para atuar com amor, ética e responsabilidade em Cuidados Paliativos:

Trata-se de uma abordagem que permite melhorar a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e seus familiares quando enfrentam problemas inerentes a uma doença potencialmente fatal, uma abordagem que assume a forma de prevenção e o alívio do sofrimento através da detecção precoce e da correta avaliação e terapia da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais e espirituais. (OMS, apud Ribeiro, 2020, p.4).

Os Cuidados Paliativos fazem parte de um processo no qual a capelania hospitalar pode proporcionar ao paciente bem-estar e qualidade de vida aliviando o sofrimento, trazendo acolhimento, alento, podendo escutar o paciente como indivíduo, protagonista de sua história, não como alguém que não tem mais voz. Pode ter um olhar de misericórdia, escutar com a devida atenção que ele merece e estar ao seu lado. Da mesma forma com os familiares que trilham o mesmo caminho juntamente com o paciente.

Desta forma, para melhor entendimento e alcançar os objetivos dessa pesquisa, os métodos utilizados serão de fontes bibliográficas levantadas juntamente com um conjunto de materiais disponíveis em: livros, artigos científicos, revistas, e-book, e redes sociais.

## **1. DEFINIÇÃO DE: CAPELANIA E CAPELÃO**

A capelania é um serviço de assistência e acolhimento espiritual regido por lei com o propósito de dar suporte e auxílio para as distintas áreas, como: hospitalar, carcerária, militar, empresarial, social, universitária e muitas outras.

Segundo a União de Capelães e Pastores Internacional Unicapi, a Capelania é uma Assistência Religiosa e Social prestada aos serviços Cívicos e Militares, prevista e garantida pela Constituição Federal de 1988, sob a Lei 6923 art.5 e inciso VII. A Capelania ganhou muita força nestes últimos anos, principalmente no Brasil pelas Lideranças cristãs, já que os hospitais, presídios, escolas, universidades e outras instituições vêm se preocupando com a qualidade no atendimento das pessoas com carências espirituais, afetivas e emocionais, necessitando de uma pessoa de encorajamento e entusiasmo. (UNICAPI, 2020, n.p)

Segundo Schallenberger (2012, p.16), “a Capelania Hospitalar é um serviço de assistência espiritual prestado a doentes em internamento e a todas as pessoas do ambiente hospitalar, como profissionais da saúde e funcionários da instituição, sendo ela privada ou pública”, ou seja, todos os integrantes que compõem o ambiente hospitalar e define o Capelão como normalmente uma pessoa religiosa. Destaca “normalmente” por necessariamente não ser um pré-requisito para estar exercendo tal função, porém uma vez religiosa, deve ter atribuições essenciais para atuar na Capelania. (SCHALLENBERGER, 2012, p.17).

O capelão é uma autoridade eclesiástica reconhecida por lei federal: “Lei Federal Nº 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispõe sobre prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares, públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares” (Brasil, 2000).

Sendo um assistente religioso e social, o capelão é uma pessoa autorizada a prestar assistência religiosa e espiritual. Para isso, é necessário o treinamento e capacitação do capelão para desenvolver suas habilidades dentro das áreas onde se dispõe a servir, atendendo pacientes internados, toda equipe de saúde, colaboradores e funcionários que fazem parte de toda estrutura hospitalar.

O papel fundamental do capelão é cuidar e zelar da sociedade contribuindo intensamente para a saúde espiritual e emocional do ser humano. Deve preparar-se constantemente para que exerça sua função com excelência. O capelão com suas habilidades poderá contribuir com a saúde da sociedade e desenvolver um trabalho produtivo nas áreas da Assistência Social, sempre de acordo com as Secretarias de Assistência Social de seus estados e com a Defesa Civil.

A palavra capelão vem do Latim "*Capellanus*, cabo, dentro do contexto moderno, o termo usualmente refere-se a algum ministro religioso que serve nas forças armadas, visando à orientação espiritual dos homens" (CHAMPLIN, 2015, v.1, p.645). Em muitos lugares o capelão é considerado um oficial das tropas às quais ele serve. Responsável pela vida religiosa de seus homens, servindo como conselheiro espiritual. Esse termo foi aplicado pela primeira vez a um padre que tomava conta da capa (capela) de São Martinho de Tours.

Desde então surgiram vários tipos de capela e se expandiu o ofício de capelão, e alguns capelães passaram a exercer grande poder eclesiástico. Antes da era contemporânea esse cargo era usado por homens nomeados para servir a realeza, a nobreza e a outros clérigos da hierarquia eclesiástica. Seguindo uma linha mais contemporânea, "O capelão evangélico é um pastor, missionário ou, em casos especiais, um leigo com larga experiência em capelania hospitalar, que tenha sido aprovado e credenciado por sua denominação", (AITKEN, 2006, p.173). O capelão pode ser credenciado por cursos preparatórios, regidos por lei para tal função a exercer a capelania em várias áreas de atuação.

Desde então, os capelães passaram a servir em muitos lugares como: hospitais, quartéis, prisões e instituições de educação. É um ofício antigo com desenvolvimento em aplicações modernas usadas em várias áreas onde poderá dar suporte de acolhimento como conselheiro espiritual (CHAMPLIN, 2015, v.4, p.645). Diante destes fatos, a capelania foi estabelecida para levar esperança, consolo e assistência espiritual embasada na Palavra de Deus aos órgãos instituídos pela lei de acordo com a categoria. Dentro destas categorias os capelães executam seus ministérios em várias áreas específicas, e nesse artigo serão abordados na área da capelania hospitalar.

## **2. UMA SÍNTESE SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS ESPIRITUAIS DENTRO DO ÂMBITO DA CAPELANIA HOSPITALAR**

Quando se percebe que a alma está fragilizada diante da enfermidade do corpo, busca o discernimento que consiste em compreender até onde aquele que está sofrendo pode receber alívio para amenizar suas dores. “Há vários caminhos oferecidos a fim de buscar alívio das angústias diante das diferentes características dos pacientes, mas a dimensão espiritual constitui um dos mais saudáveis” (SCHALLENBERGER, 2012, p.96).

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

Dentro desta realidade, quando uma pessoa é internada por algum fator, seja ele por doença, acidentes ou tendo que se submeter a uma bateria de exames para investigar sintomas que apontam para enfermidades, se depara com um ambiente nada convencional, familiar ou rotineiro. Sente-se em um mundo muito longe da sua realidade, fica vulnerável, sem controle de nada e conseqüentemente encontra-se fragilizado, sozinho, carente. “É nesse contexto em que se trava a luta entre a vida e a morte que estão os atores do serviço de capelania hospitalar, precisando, mais do que ninguém, saber escutar e acolher as vozes do sofrimento” (RÜCKERT, 2016, p.86).

Os profissionais da saúde que formam toda equipe fazem o seu melhor, prestando toda assistência ao paciente, para garantir conforto e bem-estar, dentro do objetivo de cuidar de suas necessidades coerentes ao seu quadro clínico. Contudo, o paciente tem outras carências que não são só físicas, ficam emocionalmente tristes, abatidos, são cheios de questionamentos até mesmo com sua espiritualidade. Dentro deste contexto podem ser acolhidos por um capelão que estando ao seu lado pode ser suporte, escutando e o atendendo, movido pelo

amor de Deus e amparado por sua Palavra levando consolo e esperança.

Ao visitarmos um enfermo, no hospital, visitamos o próprio Senhor Jesus, que disse: “Porque tive fome e me destes de comer, tive sede e me destes de beber, era migrante e me acolhestes, estava nu e me vestistes, estive enfermo e me visitastes, estava encarcerado e fostes ver-me [...] Eu vos asseguro: o que fizestes a estes meus irmãos menores, a mim o fizestes” (Mt 25.35,36,40). Portanto, toda visita pastoral a um enfermo é uma oportunidade para apresentar Jesus Cristo ao sofredor, e é também, uma ocasião para encontrar Jesus Cristo no sofrimento. (RÜCKERT, 2016, p.86)

Nesse momento percebe-se a relevância do serviço da capelania hospitalar onde pessoas são treinadas para oferecer acolhimento espiritual, com compaixão, ética e respeito às crenças dos que serão beneficiados. A capelania traz apoio emocional, social, e em muitos casos, o capelão é o único visitador que acompanha os pacientes em todo processo de internamento até a alta ou os últimos momentos de vida, em casos específicos de enfermos sem familiares.

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

## **2.1 Compreendendo o Termo: Paciente Terminal e Temor da Morte**

Para muitas pessoas o conceito de paciente terminal é como se o final da vida estivesse perto de algumas horas ou no máximo alguns dias ou semanas, no entanto pode ser bem complexo. Esse processo delimita a vida, contudo é um espaço indeterminado, não absolutamente categórico.

Segundo Schallenberger (2012, p.79), um paciente terminal não é algo simples de ser determinado, apesar de existir consenso entre os profissionais. A maior dificuldade é delimitar este momento, não em reconhecê-lo. O autor diz que é quando acabam as probabilidades de resgatar as “condições de saúde” do paciente e ele se torna “irrecuperável” (p.80). A limitação da vida, valores, objetivos precisam ser avaliados, crenças, desejos e tudo que envolve o paciente precisam ser ajustados de forma súbita. Mesmo tendo em sua consciência que a morte é algo inevitável, agora tem uma percepção mais real da morte, não abrange mais os pensamentos para o futuro, o passado alimenta seu interior e o presente é

completamente instável, no entanto vivido intensamente. As evidências só servem para remodelar que seu fim está muito próximo e a consciência de que a finitude está cada dia mais perto. Muitos têm uma ideia equivocada da terminalidade, mas que podem ser compreendidos da seguinte forma:

A maioria das pessoas associa a imagem do paciente terminal ao velho doente, preso a uma cama, sem condições de manifestar seus medos e desejos. Mas o conceito de terminalidade mudou. “O tempo de vida não é mais determinante na classificação de um paciente terminal”, diz a geriatra Ana Claudia Arantes. Hoje é considerado paciente terminal o portador de uma doença grave, incurável e que não responde mais a nenhum tratamento. “E sob esse ponto de vista é relativo”. (TIMERMAN, 2010, p.105)

Sobre esta conceituação, qualquer pessoa, não importa a sua idade estando em um quadro clínico de tratamento irreversível, é considerada um paciente terminal. Seguindo uma linha similar ao conceito anterior o autor define como paciente terminal, “não somente aquele que se encontra em agonia de morte; mas também aquele paciente portador de uma doença crônica e irreversível e que, por meio de cuidados intensivos, é acompanhado em sua caminhada em direção à morte” (BUTZKE, 2005, p.14). Possivelmente muitas situações serão ressignificadas, um paciente terminal começa a perder toda a esperança, seus planos são todos direcionados para o presente. O hoje é vivenciado a cada instante.

Embora não se fale muito sobre a morte, o homem teme instintivamente, a morte. A despeito da fé, a morte abre diante de nós um caminho novo e ainda não experimentado, e os novos começos sempre envolvem algum desconforto e temor” (CHAMPLIN, 2015, v.4, p.365). Somos seres limitados, corremos o tempo todo atrás do desconhecido, muitas vezes essas buscas são fundamentadas em respostas concretas, outras sem respostas. Todo esse universo do desconhecido sempre nos causou desconforto, pois não teremos respostas para todas as coisas. Esse temor da morte em nós, é um sentimento velado que quando sobressai primeiramente em nosso inconsciente, nos traz angústia, dor, medo e ligeiramente para nossa própria defesa, a melhor coisa a se fazer é buscar uma fuga para receber alívio em nossos pensamentos.

Conforme Arantes (2019, p.58), muitas pessoas têm medo da morte, no entanto é contrária à maneira com que levam a vida de forma tão irresponsável: comem tudo errado, bebem, fumam, trabalham exaustivamente sem descanso,

arriscam a vida com esportes radicais e inúmeras outras coisas que as fazem estar mais propensas a encontrar o que tanto temem. Se alguém diz ter medo, então deveria fazer de tudo para não se aproximar “dela” e ter respeito por “ela”. Ainda que não tenhamos controle sobre a morte, mas o respeito pela vida nos dá a sensação de que podemos prolongar o fim. “Morremos antes da morte quando nos abandonarmos” (ARANTES, 2019, p.58), isso diz a respeito daquele que não preza a vida, então se abandona, precipita a morte, antes de ela de fato chegar.

Se pensarmos que a morte é certa e pode ocorrer a qualquer instante, se tivéssemos tal reflexão como prioridade: amaríamos mais o outro, a nós mesmos, usaríamos mais o tempo com qualidade e equilíbrio, sentindo a vida e vivendo intensamente de maneira mais leve como se fosse o último dia.

Os seres humanos sabem que um dia irão morrer, mas de uma forma velada fogem dessa reflexão, raramente vão além de poucos minutos, alguns de acordo com a realidade que vivenciam começam a pensar na possibilidade real que, mais cedo ou mais tarde inevitavelmente irá acontecer, porém quando a doença se instala no corpo de maneira irreversível, poderá dar início a uma contemplação. O desconhecido faz com que, mesmo sem respostas, paremos para refletir: “A vida e a morte sempre fascinaram as pessoas. Não há dúvida de que estamos vivos e de que morreremos. São dois fatos inegociáveis com os quais temos de concordar. No entanto, eles são também misteriosos e difíceis de definir” (STOTT, 2011, p.95).

Partindo do pressuposto que em algum momento das nossas vidas podemos nos deparar com alguma situação, que nos dá a sensação de entrarmos em um labirinto, não sabendo onde está a saída, e que não temos outra escolha a não ser buscar meios para sairmos de algo que mais parece um pesadelo. Nesse momento se instala em nós um sentimento de vulnerabilidade, fragilidade, um reflexo que diante da nossa autossuficiência humana se desmorona em segundos.

Assim se encontra um paciente que dentro das suas limitações recebe um diagnóstico que sua enfermidade não responde a nenhum tratamento de cura. Em muitos casos primeiramente alguém da família, que seja responsável legal, recebe a notícia, a qual não a isenta emocionalmente de vivenciar tal fato. O Código de Ética do Hospital Brasileiro diz que:

“O paciente e/ou seu responsável legal têm direito irrestrito a toda informação referente à sua saúde, ao tratamento prescrito, às alternativas disponíveis e aos riscos e contra indicações implícitas em cada uma

destas. É reconhecido ao paciente o direito – igualmente irrestrito – de recusar determinado tratamento”. O recente Código de Ética Médica (1988), no capítulo V, que trata da relação do médico com pacientes e familiares, diz que é vedado ao médico (art.59): “Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal”. (PESSINI, 1990, p.33)

São feitas muitas perguntas, a maioria sem respostas conclusivas, reflexões que não chegam a lugar algum e o medo apavora em ter a sensação de insuficiência, metas não cumpridas ou questionamentos do que poderá acontecer depois da morte. Para onde iremos? Ou de não ter cumprido propósitos, e episódios na vida que poderiam ter outros fins. Mas ao lermos as Escrituras Sagradas elas nos dão a esperança que precisamos. Disse-lhe Jesus: “Eu sou a ressurreição e a vida. Aquele que crê em mim, ainda que morra viverá; e quem vive e crê em mim não morrerá eternamente” (Jo 11.25 ARA), essa é uma palavra que traz paz, esperança e descanso em Deus. Deus é amor e: “No amor não há medo; ao contrário o perfeito amor expulsa o medo, porque o medo supõe o castigo. Aquele que tem medo não está aperfeiçoado no amor” (1Jo 4.18 NVI).

A Palavra de Deus tem poder para internalizar conforto nas pessoas, e no ambiente hospitalar um capelão pode ser um instrumento de Deus através do Espírito Santo para transmitir paz e alento aos corações.

## **2.2 “Enlutados”: entendendo esse conceito**

Esse tema será abordado para melhor entendimento do que os familiares sentem quando participam do processo antecipado ao se depararem com o diagnóstico de doença terminal ou decorrente de alguma circunstância predisposta à pré-morte. A princípio muitos querem negar de alguma maneira e podem querer buscar meios para ocultar a realidade que estão vivenciando que pode ser chamado de enlutado: de acordo com o Dicionário Online Português (acesso em 24/05/2020), enlutado é aquele “que se encontra de luto; que sofre com a morte de alguém”.

No entanto, nesse contexto em geral imagina-se o luto apenas depois do sepultamento, porém é um processo que inicia quando a família recebe o diagnóstico de doença grave incurável que, diante da medicina, não responde a

nenhum tratamento, por algum acidente gravíssimo com “risco de morte” ou decorrente de algo irreversível. “Diante de uma doença grave e de caminho inexorável em direção a morte, a família adocece junto”, (ARANTES, 2019, p.43). Nesse caso, a família começa a vivenciar uma fase de luto antes da morte por faltar esperança diante dos fatos.

Pelo fato de, em muitos casos, ocorrer uma antecipação do luto, Schallenberger (2012, p.84) relata que o processo de luto dos pais de uma criança inicia quando o médico diz que o diagnóstico de doença é terminal. A partir do momento que recebem a notícia se sentem confusos, sem direção, procuram respostas e questionamentos como se tratasse até mesmo de outra família, negando o fato e até mesmo apresentando uma descrença exata do diagnóstico (p.85).

Segundo Kopeska (2009, p.12), passar pelo luto é como se a própria natureza nos desse a oportunidade de cicatrizar uma ferida aberta, uma forma de superar suas perdas. Em toda história essas fases podem durar dias, meses, anos. Pessoas reagem de formas diferenciadas, essa dor é singular e nunca terá como exatamente saber como é processado dentro de cada indivíduo. Uns são mais resilientes, outros não superam nunca, remoendo todos os dias, mergulhando sem nunca tentar aceitar essa realidade.

Em um estudo de Elisabeth Kübler-Ross (2017, p.43-117), ela juntamente com uma equipe de pastores e estudantes de Teologia, e com a autorização dos pacientes em entrevistas, listam cinco estágios do processo de luto, que é coerente com o estágio antecipado da morte, os quais pacientes terminais e seus familiares também começam a vivenciar, antes que ocorra a morte.

Primeiro estágio: negação ou isolamento (p.43), geralmente quando uma pessoa recebe um diagnóstico de uma doença muito grave, em princípio ela nega, buscando várias tentativas de não aceitar e admitir a veracidade do problema, “Não, não pode ser verdade. Eu não!”. Isso as faz achar que houve um engano nos exames, procuram outros especialistas e mascaram dia a dia a constatação dos resultados que demonstram autenticidade.

Quando o primeiro estágio não consegue mais ser sustentado, passa para o segundo estágio: a raiva, “Por que eu?” (KÜBLER-ROSS, 2017, p.55).

Nesse momento há uma explosão de emoções, a angústia e a tristeza tomam conta do seu interior, muitos conflitos e até a inveja torna-se protagonista

em ter como indagação que outra pessoa indigna aos seus olhos seria merecedora de tal “punição”. Em muitos casos até o próprio Deus é questionado: como um Deus misericordioso pode permitir tal sofrimento acontecer comigo?

O terceiro estágio é a barganha: é a intenção do paciente em tentar fazer um acordo com Deus, geralmente são feitas em confissões com capelães, em prometerem cumprir coisas que de antemão não fizeram e agora, na tentativa de recompensa, fariam em troca da cura ou de uma decisão definitiva de Deus.

Prometem em segredo “uma vida dedicada a Deus” ou “uma vida a serviço da igreja” em troca de um pouco mais de tempo de vida. Dentre muitas coisas, prometem de tudo para, quem sabe, obter mais uma oportunidade (KÜBLER-ROSS, 2017, p.87).

O quarto estágio: a depressão, que se instala de forma que o paciente terminal não consegue mais negar a realidade. Nesse momento, o paciente tem uma profunda sensação de perda e falta de esperança. Por outro lado, fica mais suscetível em olhar a realidade da situação em que se encontra e poderá estar mais aberto a diálogos e expressar sentimentos. Contudo, nessa fase é muito relevante estar próximo, dar apoio espiritual e não o deixar vivenciar o abandono (KLÜBER-ROSS, 2017, p.91).

O quinto estágio é a aceitação: nesse estágio todas as tentativas fracassaram ou estimularam a aceitar uma realidade imutável. Não é possível mais resistir, é o momento da entrega, a fragilidade não permite mais ter esperança, o protagonismo deve ser respeitado pelo paciente que não tem mais forças para ser resiliente, até mesmo para sustentar o egoísmo do outro que sofre junto, e que de certa forma quer poupá-lo (KLÜBER-ROSS, 2017, p.117).

Esses estágios podem vir em momentos distintos e não exatamente na ordem, mas sempre seguirão estes percursos. O que é possível perceber é que dentro de todos estes estágios o que prevalece é a esperança, porque todo ser só consegue subsistir, se mesmo de forma velada, puder manter nem que seja uma pequena chama para continuar persistente no trajeto da vida. Quando olhamos para as Escrituras nos damos conta que a esperança nos motiva a sonharmos pela fé, que iremos conquistar algo inatingível, crer contra a esperança (Rm 4.18 ARA), ou “trazer à memória o que me pode dar esperança” (Lm 3.21 ARA). Jeremias é enfático ao dizer que mesmo depois do caos, devemos trazer a existência elementos da natureza de Deus para dar esperança.

Segundo Pessini (2008, p.207-208), é preciso encontrar tempo para aceitar a morte, para deixar-se partir. No entanto, a despedida não é uma tarefa fácil, ainda mais quando se trata da separação da vida para a morte. Os seres humanos de forma quase geral, os que amam, os que são sensíveis à vida diante da morte, do luto, sendo “ele” antecipado ou não, nunca irão conseguir lidar com esse momento de maneira fria, indiferente e insensível.

### **3. PREPARO DO CAPELÃO PARA ATENDER PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**

De acordo com Schallenberger (2012, p.91), cuidado paliativo gira em torno de cuidado médico e multiprofissional a pacientes que não respondem a nenhum tratamento que traz cura. Contudo, os profissionais farão de tudo para o controle da dor e outros sintomas que façam o paciente sofrer durante os estágios da doença, sendo eles de ordem física, social, psicológica e espiritual. Seguindo a mesma linha, um trabalho feito por uma equipe multidisciplinar da Espanha (Sociedade Calano Balear de cuidados paliativos) com muitos esforços, obteve respostas para pacientes terminais em cuidados paliativos.

Quais maneiras poderiam suprir as necessidades, e direitos dos pacientes a “viverem com dignidade a própria morte” (PESSINI, 1990, p.101-102). Os resultados foram: serem tratados como pessoa humana até o fim da vida, receber um tratamento personalizado, participar nas decisões que dizem respeito aos seus cuidados. Usar dos meios necessários para combater a dor, receber respostas honestas, informações que ele possa assumir e integrar, manter sua hierarquia de valores e não ser discriminado por suas decisões, manter e expressar sua fé, ser tratados por profissionais competentes, capacitados para a comunicação e que possam ajudá-los a enfrentar a própria morte.

Receber o consolo da família e amigos que desejam que o acompanhem em todo processo até a morte, morrer em paz e com dignidade. A família deve ser informada corretamente e amparada administrativa, psicológica e espiritualmente, nas etapas após a morte (PESSINI, 1990, p.102-121). Esses resultados devem ser respeitados e de forma digna serem elaborados para que, diante dessa realidade do paciente terminal em cuidados paliativos sejam executados para o bem-estar do paciente.

Dentro da perspectiva da medicina junto a uma equipe multidisciplinar em poder dar qualidade de vida, e de forma digna a um paciente terminal, a capelania tem seu papel relevante junto à equipe em dar alívio ao que sofre.

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

Na condição de ser um capelão cristão e servo de Deus, um de seus atributos é levar consolo e esperança nos momentos difíceis através da Palavra de Deus, ou apenas estar ao lado. Esperança é âncora, (Hb 6.18-19 ARA), a esperança consola (Sl 146.5 ARA), ela é dada por Deus assim como a fé (1Pe 1.3 ARA). O consolo é uma maneira de demonstrar amor e cuidado com aquele que está passando por um período árduo sem perspectiva nenhuma ou mergulhado no medo, tristeza, culpa, dor e a incerteza em relação à morte.

A primeira coisa que um capelão precisa saber é escutar; (escutar não é a mesma coisa que ouvir sons, vozes, pessoas falando ao mesmo tempo, coisas ao redor), escutar é: parar e direcionar total atenção para aquilo que pretende ouvir, porque muitos não o sabem fazer. Conforme Rückert (2016, p.52), o teólogo Dietrich Bonhoeffer, faz uma acusação penetrante à nossa incapacidade de ouvir as pessoas e sublinha a importância de ouvir e de aprendê-la bem. Estas são suas palavras:

São muitas as pessoas à procura de um ouvido que as ouça. Elas não o encontram entre os cristãos, porque eles falam quando deveriam ouvir. Quem não mais ouve a seu irmão [ou irmã], em breve também não ouvirá a Deus. (...) Quem não consegue ouvir demorada e pacientemente, estará apenas conversando à toa e nunca estará realmente falando com os outros, embora não esteja consciente disso. (BONHOEFFER, apud CLINEBELL, 1987, p.69)

O saber ouvir é escutar com paciência e no hospital existem muitas paradas de extrema importância para esse escutar: pacientes, profissionais da saúde, aparelhos, ambiente e familiares. Dentro desta escuta, a mais importante de todas, é escutar o Espírito Santo. É Ele que conduz toda dinâmica, que direciona as palavras para consolar, esperar. Que encoraja a prosseguir e olhar para o próximo com compaixão e depositar nele o amor de Deus. Também poderá ocorrer o escutar no silêncio daquele paciente que não falará nada, por impossibilidade de

sua condição clínica ou simplesmente por não ter ou querer falar. “O silêncio só às vezes implica ausência de fala, mas sempre implica o ato de ouvir”, (FOSTER, 2007, p.145). No silêncio podemos escutar o coração, “ouvir” os olhos, os gestos, sentir o ambiente, compartilhar o sofrimento, estar presente sem falar nada.

O verdadeiro servo é aquele que reconhece que se não estiver em Cristo nada poderá fazer, “Eu sou a videira; vós sois os ramos. Quem permanece em mim e eu nele, esse dá muito fruto; porque sem mim nada podeis fazer” (João 15.5 ARA), e isso requer um caminhar com Deus. Sem estar sendo conduzido pelo Espírito Santo é impossível que palavras humanas gerem algum efeito que realmente traga consolo e alívio à alma daquele que sofre. A Palavra de Deus é viva e eficaz (Hb 4.12 ARA), e quando expressada traz refrigério, tocando as vidas por que a voz é da pessoa, mas a Palavra vem de Deus.

De acordo com Cavalcanti (1996, p.75), quando não conhecemos com intimidade o caráter de Deus através de sua Palavra, teremos muita dificuldade em um ambiente hospitalar ao presenciarmos tantos sofrimentos em meio a dores, encontrar consolo em Cristo para consolar. A Palavra de Deus traz consolo e ao conhecê-lo, somos ferramentas para poder transmitir aos pacientes através do Espírito Santo palavras de encorajamento, esperança para que eles possam resistir a todo processo. Por outro lado, muitas vezes apenas estar ao lado sem palavras, segurando a mão, pode definir o amor de Deus.

Um servo de Cristo precisa ser humilde, reconhecer em todo tempo que não é melhor que ninguém, que recebeu do Senhor o dom de servir e deve usar esse dom como ferramenta para usar em benefício do próximo:

Os dons espirituais são dados para equipar a igreja a fim de que ela desenvolva seu ministério até que Cristo volte. “Paulo diz aos Coríntios: “não lhes falte nenhum dom espiritual enquanto vocês aguardam que o nosso Senhor Jesus seja revelado” (1Co 1.7 NVI). (GRUDEM,1999, p.861)

O capelão como servo deve ser humilde, pois seus dons foram dados por Deus, assim como o dom de misericórdia que o capacita para estar em um ambiente como o hospital, “misericórdia é o amor em ação” (AITKEN, 2006, p.93).

A credencial adquirida nos cursos de capelania é apenas um “passaporte” para efetuar o servir. O servo que não for capaz de entender essa verdade jamais terá a convicção que: “Porque dele, e por meio dele, e para ele são todas as coisas” (Rm 11.36 ARA), ou seja, tudo o que fizermos a fonte é Deus, por meio

Dele e para Ele. As vidas que Deus põe em nossas mãos são preciosas, amadas por Ele, assim como nós somos.

Conforme Friesen (2007, p.127), quando o paciente se encontra no estágio da *decatéxis*, “termo usado na área médica para dizer que um paciente que não se comunica, é um semimorto. O agonizante está como que num mundo todo seu, que ninguém pode invadir”. Ele aparenta não precisar de mais nada. Porém é puro engano! A presença de um familiar, de alguém que lhe segure a mão pode ser o melhor conforto que o enfermo poderá experimentar diante do seu fim. Dependendo do contexto de vida, muitos pacientes acabam estando sozinhos nos últimos minutos da vida, ou estão no ambiente que muitas vezes só o corpo clínico e um capelão têm acesso, e então poderá trazer acolhimento espiritual, estar ao lado, sendo um amparo.

De acordo com Aitken (2006, p.84-85), dois requisitos dentre outros são pertinentes destacar, para que um capelão possa atender pacientes em cuidados paliativos: ser paciente. A paciência é definida como “uma espera com amor e esperança”, o capelão precisa “ler” o ambiente, ter um olhar panorâmico estudando cada detalhe em como agir, se posicionando, de acordo com o que está acontecendo. Escutar com atenção o paciente sem pressa, desde que estipulada pelos regulamentos, voltar outro dia, respeitar sua dor, seu silêncio (p.84).

Segundo: “ter excelente autocontrole de suas emoções e não se impressionar com o aspecto físico dos enfermos”. O capelão é um ser humano, no entanto deve conter suas reações diante das cenas não habituais encontradas em um ambiente hospitalar, em contrapartida, o paciente deve se sentir acolhido, não alguém que represente algo bizarro que cause repulsa (p.84).

Outra qualidade que é fundamental para um capelão estar capacitado para atender pacientes terminais em cuidados paliativos é ser empático. Se colocar no lugar do paciente, se imaginar como se sentiria naquela situação, e como gostaria de fato ser tratado. Seria muito mais fácil se vivenciássemos isso de forma honesta, internalizada, só então daremos o nosso melhor. “O visitante deve desenvolver a empatia, um conceito central na dinâmica da visita hospitalar. Ser empático significa aceitar e compreender possíveis atitudes de revolta por parte dos pacientes” (RÜCKERT, 2016, p.113). Em muitos momentos ter a percepção que precisa sair de “cena”, voltar mais tarde, ou outro dia, nunca ser invasivo, sempre compreensível, o paciente é o protagonista e o capelão o coadjuvante.

Quando nos colocamos no lugar do outro, nos tornamos mais tolerantes, amáveis, porque ao nos imaginarmos no mesmo contexto, sabemos o quanto gostaríamos de sermos amados, respeitados, de sentirmos cuidados e acolhidos.

O capelão precisa obedecer a todas as normas do hospital, se vestir discretamente, usar jaleco com identificação. Não usar perfumes, os calçados devem ser fechados, que não faça barulho. Se gostar de usar joias ou bijuterias, que elas sejam discretas. Cuidar da aparência e higiene pessoal.

Não fazer absolutamente nenhuma tarefa da enfermagem. Não encostar ou sentar na cama do paciente, usar tom de voz normal. Se estiver doente não deve fazer visitas. Não falar dos seus problemas ou comparar a enfermidade do paciente com a de outros.

Evitar visitas na hora das refeições e repouso. Ficar em uma posição favorável para o paciente. Outro aspecto primordial que um capelão deve ter é: ter ética durante as visitas prestadas nos hospitais ou outras instituições relacionadas à capelania.

Isso inclui toda a dinâmica da visitação. O capelão deve ser sempre discreto, escutar com atenção e cuidar com toda expressão facial decorrente da escuta:

A capelania é um serviço muito mais voltado para ouvir as pessoas em suas angústias, nas suas aflições, nas suas crises existenciais, e muitas vezes nas suas confissões. O Capelão deve ser a pessoa mais capaz para guardar sigilo de todas as relações estabelecidas com o paciente e sua família. (SCHALLENBERGER, 2012, p.144)

Nunca expor o paciente e sua família, amá-los e principalmente respeitá-los, guardar segredos das confidências, não aproveitar de sua vulnerabilidade deixando-o acuado sem condições de respostas conclusivas e tempo para pensar. Quando tiver dúvida em qualquer decisão a tomar: pare, reflita se tiver condições de uma orientação, o faça. O importante é não tomar decisões equivocadas, afinal é uma vida que está sendo zelada.

Outra condição imprescindível do capelão é ter primeiramente o autocuidado para cuidar do outro:

Ele é convidado a ser o cuidador ferido, que precisa cuidar das suas próprias feridas e, simultaneamente, estar preparado para curar os ferimentos do paciente e de seus familiares, da equipe de trabalho da instituição e dos voluntários da capelania. (RÜCKERT, 2016, p.106)

Para cuidar do outro é necessário primeiramente, cuidar de si mesmo em todos os sentidos, corpo, alma e espírito. “O trabalho da capelania, de modo geral, traz desgastes emocionais, altos níveis de stress e situações de difícil resolução, provenientes do “ouvir” do capelão hospitalar” (SCHALLENBERGER, 2012, p.35).

Cuidando de si, nessa dimensão obterá equilíbrio, e mesmo sendo cuidadores feridos poderão ser ferramentas de Deus para irem ao encontro do outro. Todo capelão deve ser cuidado por alguém de confiança, outro capelão (ã) que vivencia a mesma rotina, para compartilhar suas dificuldades, desabafar, dividir seus fardos, tornando o trabalho mais leve quando compartilhado. Quando nos cuidamos estamos simplesmente respeitando nossos limites e amando a nós mesmos, o autocuidado é olhar para si e ter responsabilidade sobre nossa própria vida. “O ato de cuidar de alguém que está morrendo sem a responsabilidade do autocuidado é, a meu ver, uma expressão clara e absoluta de hipocrisia” (ARANTES, 2019, p.55). Mesmo tendo todo requisito para a atuação, muitas vezes a somatização de tudo pode trazer abatimentos, então antes de cuidar de outro indivíduo que merece ser assistido de forma única e especial, é fundamental cuidar de si mesmo.

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

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao transitar pelas pesquisas relacionadas pertinentes ao tema proposto, percebe-se a relevância de se aprofundar cada vez mais quando se trata de lidar com pessoas. Poder ter um olhar no protagonismo de cada indivíduo, principalmente quando se trata de ser suporte, instrumento de Deus para levar o seu amor àquele que sofre. Foi demonstrada a importância de uma abordagem minuciosamente detalhada da atuação do serviço da capelania hospitalar e como

um capelão deve proceder dentro do âmbito hospitalar, sua conduta ética e responsável em cuidados paliativos.

Os conceitos e definições no percurso do trabalho dão ao leitor a possibilidade de entender que em casos específicos há necessidade de o capelão estar mais bem treinado e preparado para atuar em situações mais delicadas em setores dos hospitais. Também poder ter um olhar panorâmico para a família que vivencia o mesmo cenário, e o olhar para si mesmo, em seu próprio cuidado. Ter a percepção que apenas a credencial não o favorece para tal atuação, e sim que é uma ponte para seu desempenho. A base teológica é demonstrada como construção de toda dinâmica da atuação do capelão cristão e serve como apoio para seu procedimento com pacientes terminais em cuidados paliativos.

As abordagens ficaram de fácil compreensão, e foram construtivas para orientar capelães que pretendem se qualificar ainda mais e ampliar seus conhecimentos para uma exímia atuação.

Para finalizar, compreendo que são imprescindíveis outras abordagens futuras para complementar os cuidados paliativos em vários tipos de patologias, para que o capelão atuante em capelania hospitalar possa estar bem informado sobre os problemas decorrentes das enfermidades, e o suposto processo que ocorre até o término do tratamento. Desta forma, podendo junto a uma equipe multidisciplinar proporcionar qualidade de vida ao paciente até o fim.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITKEN, E. V. de Paula. **No leito da enfermidade**. 5 ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2006.

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

BÍBLIA. João. Português. **Bíblia Shedd**. João Ferreira de Almeida, ver. e atual. 2º ed. São Paulo: Shedd, 1997.

BÍBLIA. NVI, **Nova Versão Internacional. Bíblia Leitura Perfeita: Evangelismo**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2018.

BOOR, Werner de. **Carta aos Coríntios, 1 Coríntios, Comentário Esperança**. Curitiba, PR: Editora Evangélica Esperança, 2004. (e-book)

BUTZKE, P. A. **Não me desampares: Acompanhamento a pacientes terminais. 2005.** Disponível em: <https://www.luteranos.com.br/conteudo/nao-me-desampares-acompanhamento-a-pacientes-terminais-2>. Acesso em: 24 mai 2020.

BRASIL. **Lei Federal Nº 9.982, de 14 de julho de 2000.** Presidência da República. Casa Civil. Disponível em: "L9982" <http://www.planalto.gov.br/ccivil-03/leis/19982htm>. Acesso em 15 mai 2021.

CAVALCANTI, P. V. Eleny. **Aconselhamento a Pacientes Terminais.** São Paulo: Casa Editora PRESBITERIANA, 1996.

CHAMPLIN, R. N. PHD. **Enciclopédia de Teologia e Filosofia.** v.4, Hagnos, 2015 (e-book).

CLINEBELL, Howard J. **Aconselhamento pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento.** São Paulo: Paulinas; São Leopoldo: Sinodal, 1987. E-book.

COLLINS, Gary R. **Aconselhamento Cristão.** Edição século 21. São Paulo: Vida Nova, 2004.

**Enlutado - Dicio, Dicionário Online de Português.** Disponível em: <https://www.dicio.com.br/enlutado/> Acesso em: 24 mai. 2020.

FOSTER, Richard J. **Celebração da disciplina: o caminho do crescimento espiritual.** 2 ed. São Paulo: Editora Vida, 2007.

FRIESEN, Albert. **Cuidando na Enfermidade.** Curitiba: Ed. Evangélica Esperança, 2007.

GRUDEM, Wayne A. **Teologia Sistemática, Atual e Exaustiva.** São Paulo: Vida Nova, 1999.

KOPESKA, Marcos. **Superando a Dor do Luto - Quando Vai passar?** 1ª ed. Curitiba-Pr: A.D. SANTOS, 2009.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer.** 10ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.

PESSINI, Léo. Bioética: **Um Grito por Dignidade de Viver.** 3. Ed. Ver. e atual. São Paulo: Paulinas, 2008.

PESSINI, Léo. **Como lidar com o paciente em fase terminal.** São Paulo: Ed. Santuário. Aparecida, São Paulo, 1990.

RIBEIRO, Aline de Almeida Braga. **A espiritualidade em cuidados paliativos: uma proposta prática de educação continuada em teologia.** Dissertação (Mestre em Teologia) Fabapar (Faculdades Batista do Paraná), Curitiba-Pr, 2020.

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

SCHALLENBERGER, Djoní. **Capelania Hospitalar: Desafio e Oportunidade de Amar Pessoas**. Flórida USA. / Goiânia, GO Brasil. / Curitiba, PR Brasil. Ed. Ideia, 2012.

STOTT, John W. R. **O discípulo radical**. Viçosa, MG: Ultimato, 2011.

UNICAPI (União de Capelães e Pastores Internacional). Disponível em: [www.unicapi.com.br](http://www.unicapi.com.br). Acesso em: 21 mai. 2020.

TIMERMAN, Artur. **Ortotanásia: A ética da Vida e da Morte**. Revista Veja Art-0172, p.105. São Paulo: Abril 28 abr. 2010.