

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

Ismael Paula de Souza

**CAPELANIA HOSPITALAR EVANGÉLICA E O SAGRADO:
UM MEIO DE REELABORAÇÃO DO SOFRIMENTO.**

São Paulo

2006

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

Ismael Paula de Souza

**CAPELANIA HOSPITALAR EVANGÉLICA E O SAGRADO:
UM MEIO DE REELABORAÇÃO DO SOFRIMENTO.**

*Dissertação apresentada à Universidade
Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Ciências da
Religião.*

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Mello Costa De Liberal

São Paulo

2006

S719c Souza, Ismael Paula de
Capelania Hospitalar Evangélica e o Sagrado, um meio de
reelaboração do sofrimento / Ismael Paula de Souza. - 2006.
127 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) –
Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2006.

Bibliografia: f. 101-107.

1. Capelania hospitalar 2. Sagrado 3. Reelaboração do
sofrimento I.Título.

CDD 259.4
LC BV4335

Ismael Paula de Souza

**CAPELANIA HOSPITALAR EVANGÉLICA E O SAGRADO:
UM MEIO DE REELABORAÇÃO DO SOFRIMENTO.**

*Dissertação apresentada à Universidade
Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Ciências da
Religião.*

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Márcia Mello Costa De Liberal – Orientadora
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profª Drª Sueli Galego de Carvalho
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof. Dr. Juvêncio Borges Silva
Universidade de Ribeirão Preto

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, Antonia e Domingos, que sempre foram a razão do aprimoramento acadêmico e pessoal.

Aos meus filhos: Ana Paula, Fernando e Letícia, meus preciosos tesouros, pois sempre souberam me compreender e motivar à busca de novos horizontes.

Aos amigos, em especial ao Márcio Agostinho, pelo companheirismo leal, lágrimas e sonhos compartilhados.

À querida Cléia, que trouxe novos sonhos e objetivos para a vida.

AGRADECIMENTOS

À *Universidade Presbiteriana Mackenzie* pela oportunidade, expressa de várias formas, desde a possibilidade de freqüentar um curso de Mestrado até à viabilização deste trabalho.

Ao *Instituto Presbiteriano Mackenzie*, através do Departamento de Bolsas e do Mack Pesquisa – Fundo Mackenzie de Pesquisa, pela expressiva contribuição no apoio financeiro a este trabalho.

À *Profª Drª Márcia Mello Costa De Liberal*, minha orientadora, que, durante todo o período de estudos, sempre me serviu de estímulo e apoio acadêmico. Principalmente pelas suas colaborações, contribuições, amizade e companheirismo, sem os quais a execução deste trabalho não seria possível.

Ao amigo, *Prof. Dr. Juvêncio Borges Silva*, pelo incentivo à pesquisa e orientações, que muito me ajudaram na conclusão deste trabalho.

À Jesus, meu mestre e eterna razão de todas as coisas.

RESUMO

A presente dissertação discorre sobre uma análise do papel do sagrado na reelaboração do sofrimento, por meio da capelania evangélica hospitalar. Para tal, apresenta uma visão histórica do trabalho da Capelania e, em geral, da Capelania Evangélica Hospitalar de Limeira, SP, local onde foi realizada a pesquisa de campo. Apresenta, também, uma visão conceitual e relacional do sagrado e do simbolismo religioso com sua linguagem e sua legitimação social. Analisa e conceitua a questão da reelaboração do sofrimento por meio da força do sagrado, como instrumento de cura, estabelecendo a relação e a união entre medicina, religião e saúde. Finalmente, por meio de pesquisa de campo, comprova a eficácia do sagrado e da capelania evangélica hospitalar como meio de auxílio ao doente na reelaboração do seu sofrimento e da sua vida. Conclui que, quanto mais o doente dá importância e intensifica sua devoção religiosa, mais rápido se recupera e encontra o sentido do sofrimento e da vida.

Palavras-chave: Capelania hospitalar, Sagrado e Reelaboração do sofrimento.

ABSTRACT

The present dissertation discusses an analysis of the role of the sacred in the reorganization of the suffering, through the hospital evangelical clergy. For this, it presents a historical vision of the clergy in general, and of Hospital Evangelical Clergy in Limeira, SP, where the field research was done. Following it presents a conceptual and relational vision of the sacred and the religious symbolism with its language and its social legitimization. It analyses and judges the question of reorganization of the suffering, through the strength of the sacred as a healing instrument, establishing a relation and union among medicine, religion and health. Finally, through field researches, it proves the efficacy of the sacred and of the hospital evangelical clergy as a way of helping the sick person in the reorganization of the suffering in his / her life. It concludes that, the more the sick person gives importance and intensifies his / her religious devotion, the faster his / her recovers and finds the meaning of the suffering and of life.

Key-Words: Hospital Clergy, Sacred and Reorganization of the suffering.

SUMÁRIO

1. CAPELANIA, RELIGIÃO E SAÚDE - uma introdução	10
2. CAPELANIA HOSPITALAR	15
2.1. Medicina, enfermagem, religião e capelania	16
2.2. Caracterização do trabalho de capelania hospitalar	29
2.2.1. Atuação	29
2.2.2. Capelania e humanização	31
2.2.3. Ética na capelania: uma relação , capelão-doente	33
3. A CAPELANIA EVANGÉLICA HOSPITALAR EM LIMEIRA	39
3.1. A cidade de Limeira	39
3.2. O hospital Santa Casa de Misericórdia	40
3.3. A Capelania Evangélica Hospitalar de Limeira (CEHL)	43
4. O SAGRADO E O SIMBOLISMO RELIGIOSO	47
4.1. A linguagem do sagrado	49
4.2. Noção de culto e sagrado	55
4.3. O sagrado e legitimação social	58
4.4. A realidade do sagrado	60
4.5. Nossa herança religiosa	61
4.5.1. Quando tudo era sagrado	61
4.5.2. Um deus sem teto	62
4.6. A reintegração do sagrado.....	66
4.7. O simbolismo religioso	68
5. REELABORAÇÃO DO SOFRIMENTO: A FORÇA DA RELIGIÃO NA CURA	72
5.1. Ciência, religião e cura	74
5.2. Capelania Evangélica Hospitalar de Limeira e cura	81

5.2.1. Aspectos metodológicos gerais	81
5.2.2. Dos entrevistados	85
5.2.3. Análise dos resultados	86
5.2.3.1. Das capelãs	88
5.2.3.2. Dos doentes	91
5.2.3.3. Dos familiares	94
6. UMA NOVA PARCERIA: MEDICINA E CAPELANIA - CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
7. REFERÊNCIAS	101
8. ILUSTRAÇÃO	108
9. ANEXOS	109

1. CAPELANIA, RELIGIÃO E SAÚDE – uma introdução.

“Minha oração é muito simples. Minha oração é bondade”.
Dalai Lama.

Este trabalho é fruto de pesquisa bibliográfica e de pesquisa de campo, tendo como objetivo a investigação e a discussão da relação da capelania hospitalar evangélica e o sagrado como um meio de reelaboração do sofrimento do doente.

Mesmo ciente de que os termos “sagrado” e “religião” são termos distintos, os mesmos serão usados como sinônimos, uma vez que estão intimamente ligados, quando tratam da relação e da experiência espiritual humana. Como diz Leloup e Hennezel (1999, p. 117), “não há terra santa ou terra sagrada em si mesma, mas o que torna uma terra sagrada é a maneira de andar nela”. Pode-se dizer que, o que caracteriza um ato religioso é a forma como se representa e se simboliza o sagrado; é a qualidade da relação com esse corpo e como introduzirá algo sagrado.

As questões e as inquietações que estimularam essa iniciativa de estudo têm raízes e fontes em uma experiência pessoal, primeiramente, como pastor. No exercício pastoral, no contato com diversas pessoas enfermas e carentes de apoio espiritual, seja em casa ou hospitalizadas, sempre me compeliu a levar uma palavra de consolo e de esperança presenciando, muitas vezes, o poder sobrenatural da fé e da experiência religiosa. E, também, como psicanalista, na compreensão dos dramas interiores, emocionais e psicológicos, responsáveis por deflagrar diversas doenças físicas. Estas atuações influenciaram profundamente na escolha do tema e no desdobramento deste trabalho.

Além disso, discutir academicamente a questão e a relação da capelania hospitalar com o sagrado, com o atendimento médico e com o doente, não é ainda uma prática comum nas instituições de ensino superior do nosso país, sendo ainda um campo de pesquisa vasto e muito pouco explorado, o que constitui um enorme desafio para o pesquisador; principalmente, porque muitos médicos e instituições de saúde não têm aberto os olhos para tais necessidades, preocupando-se, muitas vezes, mais com os lucros financeiros do que propriamente com os doentes.

A metodologia de pesquisa do trabalho envolveu uma rica pesquisa bibliográfica, baseada no conceito de inserção¹ e de contextualização. Também, utilizou-se de pesquisa de campo realizada na capelania evangélica que atua na Fundação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, estado de São Paulo.

“Na pesquisa bibliográfica leva-se em consideração os operadores cognitivos, com sua propriedade de reunir o que está separado” (MORIN, 1997a p. 21), que se constituem em chaves para abrir a imaginação dos cientistas sociais. Esses operadores não são tomados isoladamente uns dos outros mas são reconstruídos em conjunto, na verdade, completando-se.

Desta forma, cada capelão ou cada enfermo é um microcosmo da instituição e da cultura onde participa e, onde quer que esteja, está disposto a divulgar aquilo que faz dele alguém diferente. Por isso, a capelania hospitalar, para manter-se atuante, necessita de auto-alimentação – rituais, oração, leitura da bíblia, cânticos, etc. Por meio do simbolismo religioso, ela reconquista uma potência perdida e muda o destino do doente, domesticando as forças que atuam sobre a morte e a vida.

A pesquisa de campo, por sua vez, utiliza-se de algumas técnicas de pesquisa, a saber: produção de entrevistas com capelães, com enfermos e com familiares dos

enfermos; resultando assim, uma coleta de histórias de vida e histórias de cura. Por meio dessas técnicas, foi acessada a estrutura profunda presente no simbolismo religioso e no doente.

Sobre a viabilidade do projeto, é importante dizer que as fontes de informações se caracterizam como extremamente confiáveis, pois, podem ser consultadas diretamente. Esta pesquisa é viável, também, na medida em que se verifica a fragilidade e as necessidades dos doentes nos leitos hospitalares, onde os mesmos estão carentes de atenção, de apoio e de ajuda. Pode-se, após verificar as diferentes necessidades, estabelecer um plano de apoio espiritual e humano para que o doente possa conseguir entender sua tragédia e, nesta circunstância, reelaborar o seu sofrimento e a si mesmo.

A expectativa de todo pesquisador quando se propõe a realizar um trabalho desta natureza é a de que ele possa contribuir para o amadurecimento intelectual de sua comunidade, tanto profissional quanto acadêmica. No caso específico do tema abordado, a intenção primeira desta pesquisa é a de suscitar uma reflexão sobre a necessidade da inserção da assistência religiosa por meio da capelania hospitalar em todas as instituições de saúde, sejam públicas ou privadas.

Assim, este trabalho se configura em quatro partes.

No primeiro capítulo, **Capelania Hospitalar**, descreve-se historicamente a origem da capelania hospitalar, estabelecendo-se que o seu aparecimento resulta da relação e do desenvolvimento da medicina, da enfermagem, como uma atuação puramente religiosa. A partir daí, estabelece-se a caracterização do trabalho da capelania hospitalar, sua relação com o atendimento humanizado e sua postura ética.

No segundo capítulo, **A Capelania Evangélica Hospitalar de Limeira (CEHL)**, faz-se a caracterização da referida capelania, estabelecendo um panorama de sua origem, bem como, da cidade de Limeira, do hospital onde atua, apresentando também sua atuação e o seu contexto, além das atividades desenvolvidas.

O terceiro capítulo, **O Sagrado e o Simbolismo Religioso**, apresenta conceitualmente as categorias “sagrado” e “simbolismo religioso” descrevendo o papel da linguagem na relação social humana e o papel da linguagem do sagrado no estabelecimento da cosmovisão social e religiosa. Para isso, busca estabelecer a noção de culto e sagrado, bem como a sua força de legitimação social evidenciada por meio da nossa herança religiosa.

No quarto capítulo, **A Reelaboração do Sofrimento: A Força da Religião na Cura**, é tratada a reelaboração do sofrimento propriamente dito, evidenciando a força da religião na cura. Neste mesmo capítulo, encontram-se os aspectos metodológicos da pesquisa de campo, realizada no hospital Santa Casa de Misericórdia de Limeira, por meio da Capelania Evangélica Hospitalar (CEHL), apresentando a caracterização dos entrevistados e a análise dos resultados.

Finalmente, com **Uma Nova Parceria: Medicina e Capelania – algumas considerações finais**, fecha-se a questão estabelecendo-se a análise de que a capelania evangélica hospitalar, por meio de sua atuação e por meio do atendimento religioso, se constitui como uma forma de reelaboração do sofrimento, diante da vulnerabilidade do doente, levando-o a uma recondução de sentido do sofrimento e da vida, criando uma nova identidade.

Evidencia-se a necessidade de uma nova relação e de parceria de trabalho da medicina com a capelania no atendimento do doente. Esta proposta leva em conta a

concepção “holística”, na qual o ser humano deve ser entendido e atendido como um ser “integral”, usando-se todos os recursos possíveis, para que encontre sua saúde integral. Enfatiza-se também que o doente seja tratado não como um corpo doente, um amontoado de ossos e carne, mas como um ser de vontades, de sentimentos e de necessidades.

2. A CAPELANIA HOSPITALAR.

“O espírito do homem o sustenta na doença,
mas o espírito deprimido quem o levantará”.

Salomão. Provérbios. 18:14.

O conhecimento não é um espelho das coisas ou do mundo, mas percepções, ao mesmo tempo, traduções e reconstruções com base em estímulos ou sinais captados e codificados pelos sentidos. Esse processo se desenvolve a partir da concepção de que os seres humanos são seres sociais e que suas vidas se afetam mutuamente desde o seu nascimento. E é a partir dos outros que aprendemos a sobreviver, pois as ações são aprendidas pela interação. A vida é aprendizado contínuo e cada um de nós desenvolve idéias, valores, objetivos, interesses, princípios morais, talentos, emoções e tendências para atuar de determinadas maneiras.

Com o desenvolvimento do conhecimento, pode-se ver que a medicina progrediu muito nas últimas décadas, pois a vacinação em massa praticamente erradicou muitas doenças, a puericultura e a educação ocasionaram um baixo índice de doença e mortalidade infantil. Os vários males que causavam baixas entre os jovens e adultos foram dominados e a expectativa de vida aumentou. Essas mudanças foram responsáveis pelo crescente medo de enfrentar o sofrimento, pelo aumento do número de problemas emocionais, e pela grande necessidade de compreender e de lidar com os sofrimentos provocados pelas doenças e também, mesmo que inconsciente, a ter que lidar com um fim real da vida.

A capelania é uma ação que nasce a partir da interação com aquele que sofre ou com aquele que está diante da morte e do morrer. Capelães são profissionais que têm de descobrir e de suprir as necessidades dos que sofrem. Capelão é ser

terapeuta de uma pessoa que sofre, é conscientizar-se da singularidade de cada indivíduo na humanidade, levando-o a uma tomada de consciência da finitude humana, do limitado período de vida que, mesmo breve, tece a trama da sua história.

Para se falar de capelania, é preciso resgatar em termos históricos o trajeto dessa ação de assistência aos necessitados.

2.1. Medicina, Enfermagem, Religião e Capelania:

Não há registro da origem da capelania na Antigüidade. A história da capelania hospitalar coincide com a da medicina e da enfermagem, que cuidam de doentes, e também com o desenvolvimento do conceito de saúde e doença. E ainda depende dos sentimentos de humanidade que levam a servir o semelhante.

Verifica-se que a mulher foi a primeira capelã, pois a esta era colocada a responsabilidade de cuidar, não só da casa, mas também dos feridos e dos doentes na família. Como se pode ver nos textos sagrados, que se refere aos costumes judaicos:

Sendo o rei Davi já velho e entrado em dias, envolviam-no com roupas, porém, não se aquecia. Então, lhe disseram os seus servos: procure-se para o rei, e senhor, uma jovem donzela, que esteja perante o rei, e tenha cuidado dele, e durma nos seus braços, para que o rei, nosso senhor, se aqueça. A jovem era sobremaneira formosa; cuidava do rei e o servia - I Reis.1:1,2,4. (BIBLIA DE ESTUDO VIDA. 1999, p.509).

E também no relato, concernente a Jesus:

Marcos 15:40,41: Estavam também ali algumas mulheres, observando de longe; entre elas, Maria Madalena, Maria, mãe de Tiago, o menor e de José, e Salomé; as quais quando Jesus estava na Galiléia, o acompanhavam e serviam; e além destas, muitas outras que haviam

subido com ele para Jerusalém (BIBLIA DE ESTUDO VIDA. 1999, p. 1575).

Lucas 8:1-3: Aconteceu, depois disto, que andava Jesus de cidade em cidade e de aldeia em aldeia, pregando e anunciando o evangelho do reino de Deus, e os doze iam com ele, e também algumas mulheres que haviam sido curadas de espíritos malignos e de enfermidades: Maria, chamada Madalena, da qual saíram sete demônios; e Joana, mulher de Cuza, procurador de Herodes, Suzana e muitas outras, as quais lhe prestavam assistência com os seus bens (BIBLIA DE ESTUDO VIDA. 1999, p.1599).

Levando-se em conta, o fato de que as doenças, a princípio, eram consideradas como um castigo de Deus, ou efeito do poder diabólico sobre os homens, essas idéias levaram os povos primitivos a recorrer a seus sacerdotes ou a feiticeiros, que acumulavam também a função de médico. Assim, sua atuação compreendia em aplacar as divindades por meio de sacrifícios expiatórios e afastar os maus espíritos, tornando-se sacerdotes-médicos, conforme afirma Waleska Paixão (1979, p.19).

De acordo com R. N. Champlin (2001, Vol.4, p.196), o primeiro médico profissional de que se tem notícia era do Egito; seu nome era *Inhotep* e viveu cerca de 3.000 a.C. A partir desta descoberta, pode-se verificar a abordagem da medicina egípcia do ponto de vista religioso, pois esse povo tentava unir às práticas religiosas conhecimentos científicos, conforme registro no Papiro de Leide. E, dentro das práticas médico-religiosas, havia as leis que recomendavam a hospitalidade e auxílio aos desamparados (PAIXÃO. 1979, p.21).

Também há informações de que, na Índia em escritos entre 1400 a 1200 a.C., havia um verdadeiro curso de terapêutica, pois indianos ensinavam orações aos gênios da saúde e exortações à alma dos remédios, como também fórmulas mágicas para curar doenças e epidemias e prescrições higiênicas e religiosas (PAIXÃO. 1979, p. 23). Fica evidenciado que a prática da cura estava diretamente

ligada aos sacerdotes e o aprendiz deveria aprender as fórmulas e as orações aos deuses da vida, da morte e da saúde.

Mesmo na cultura da Assíria e Babilônia, segundo o código de Hamurabi (2.100 a.C.), a medicina era toda baseada na religião, pois se acreditava que sete demônios eram os causadores das doenças. Na China, também o cuidado dos doentes era função sacerdotal; por isso, os templos eram rodeados de jardins onde se cultivavam plantas medicinais (PAIXÃO. 1979, p.24).

Dentre os povos antigos, pode-se destacar também os judeus, que adotavam a crença em um só Deus, sendo Moisés o seu primeiro legislador, não apenas no terreno religioso, mas também no social, pois suas prescrições incluem preceitos sanitaristas, com prescrições sobre o cuidado, precauções, profilaxias, desinfecções, que podem ser verificadas em vários trechos dos livros de Levíticos, adiante: “O sacerdote a examinará; se ela parece mais funda do que a pele, e o seu pêlo se tornou branco, o sacerdote o declarará imundo; praga de lepra é, que brotou da úlcera” Levíticos. 13:20; e Deuteronômio: (...) “Pois nunca deixará de haver pobres na terra; por isso, eu te ordeno; livremente, abrirás a mão para o teu irmão, para o necessitado, para o pobre na tua terra”. Deuteronômio.15:10,11. (BIBLIA DE ESTUDO VIDA. 1999, p. 171; 294). A religião judaica inculcava, como deveres sagrados, a proteção aos órfãos e às viúvas e a hospitalidade aos estrangeiros.

Com o advento do Cristianismo, verifica-se a mais profunda revolução social de todos os tempos no Ocidente, pois a sublimidade e a força da doutrina cristã, bem como seus meios de santificação, levaram os primeiros discípulos a uma vida de caridade e de cuidado ao próximo, seguindo o “Novo Mandamento”, fazendo da comunidade cristã, “um só coração e uma só alma”, conforme registro do Evangelho de João: “Novo mandamento vos dou; que vos ameis uns aos outros; assim, como

eu vos amei, que também vos ameis uns aos outros” (CHAMPLIN, Vol.II, 1982, p.516), que, segundo o autor, certamente está inclusa a idéia do amor cristão, com a remoção das fronteiras nacionais comum na tradição judaica, onde o amor era interpretado com algo que só podia ocorrer entre pessoas da raça judaica, e os gentios eram reputados dignos de abominação.

Pode-se também verificar, no livro de Atos dos Apóstolos, o relato de que os cristãos compartilhavam de um só coração e de uma só alma, significando a vida comunitária: “Da multidão dos que creram era um o coração e a alma” (...) (CHAMPLIN, Vol.II, 1982, p. 1695). Nota-se também que, com o crescimento da comunidade, surge a necessidade da instituição dos *diáconos*, que ficariam responsáveis para atender aos necessitados:

Ora, naqueles dias, multiplicando-se o número dos discípulos, houve murmuração dos helenistas contra os hebreus, porque as viúvas deles estavam sendo esquecidas na distribuição diária. Então, os doze convocaram a comunidade dos discípulos e disseram: Não é razoável que nós abandonemos a palavra de Deus para servir às mesas. Mas, irmãos, escolhei dentre vós sete homens de boa reputação, cheios do Espírito e de sabedoria, aos quais encarregaremos deste serviço (...) (BIBLIA DE ESTUDO VIDA. 1999, p.1697).

O termo *diácono* vem do termo grego (*διακονια*) que significa serviço, especificamente doméstico, ofício, ministério, auxílio, apoio, distribuição, conforme Gingrich (1984, p. 53).

Também no livro de Romanos, segundo relata o apóstolo S. Paulo, o serviço de diaconia era prestado por algumas mulheres, como Foebe, Priscila, Maria, Trifena, Trifosa e Pérside:

Recomendo-vos a nossa irmã Foebe, que está servindo à igreja em Cencreia (...) Saudai Priscila e Aquila, meus cooperadores em Cristo Jesus, os quais pela minha vida arriscaram a sua própria cabeça (...)

Saudai Maria, que muito trabalhou por vós. Saudai Trifena e Trifosa, as quais trabalhavam no Senhor. Saudai a estimada Pérside, que também muito trabalhou no Senhor. (BIBLIA DE ESTUDO VIDA. 1999, p.1766).

Essas mulheres, que dispunham de tempo e se consagravam a Deus, tomavam parte ativa no socorro dos pobres e dos doentes.

Pode-se imaginar o quanto havia que ser feito naquela época e como uma verdadeira revolução social aquele serviço de diaconia, isto é, de serviço ao próximo, provocou na sociedade daquela época.

A perseguição religiosa, porém, lançou sérios obstáculos a este trabalho, e durante longo tempo os cristãos enfrentaram este desafio, como se vê, a princípio, no martírio do diácono Estevão, conforme relato, no livro de Atos dos Apóstolos, capítulos 6 e 7: “E, lançando-o fora da cidade, o apedrejaram”. (BIBLIA DE ESTUDO VIDA. 1999, p. 1701).

No reinado de Constantino, declara-se o cristianismo religião oficial e livre para exercer atividades. Uma vez iniciada a campanha em prol do poder, Constantino marchou com uma velocidade vertiginosa e depois da batalha da Ponte Mílvio, reuniu-se em Milão com Licínio, com quem selou uma aliança. Parte desta aliança era o acordo de que não se perseguiria mais os cristãos e de que, lhes devolveriam suas igrejas, cemitérios e outras propriedades que haviam sido confiscadas. Este acordo recebe o título de Edito de Milão. Com o qual se considera, freqüentemente, como o fim das perseguições no século 313 d.C., segundo relata Justo Gonzalez (1980, vol. I. p.177).

Após este período, o movimento de assistência pôde desenvolver-se, sendo dirigido pelos bispos nas suas dioceses, organizando, assim, os hospitais e recolhimentos que, segundo relata Paixão (1979, p.34), as assistências eram

realizadas por diáconos e diaconisas. Mais tarde, a partir destes termos o povo passou a denominar “diaconia” e “xenodóquias” os lugares onde se recolhiam os doentes.

Ainda hoje, vê-se a função do diácono como um cargo com funções religiosas e assistenciais, em algumas igrejas, como pode ser visto no Manual Presbiteriano da Igreja Presbiteriana do Brasil:

O diácono é o oficial eleito pela igreja e ordenado pelo conselho, para, sob a supervisão deste, dedicar-se especialmente: a) arrecadação de ofertas para fins piedosos; b) ao cuidado dos pobres, doentes e inválidos; c) à manutenção da ordem e reverência nos lugares reservados ao serviço divino; d) exercer a fiscalização para que haja boa ordem na Casa de Deus e suas dependências (2005, p.25).

Com a difusão do cristianismo e da diaconia, muitas pessoas, como mulheres distintas, se dedicaram ao serviço dos pobres e dos doentes. A liberdade religiosa também inspirou em muitos a idéia de se reunir em comunidades a serviço das pessoas, como se vê no Monaquismo que, segundo Gonzalez (1980, vol. II. p.78), seria, em vez de um meio de obter a própria salvação, um instrumento para o trabalho missionário e caritativo da igreja. Embora o termo Monaquismo signifique organização de comunidades religiosas destinadas à prática coletiva ou individual do ascetismo, ele foi importante para o cristianismo no sentido de que foi uma evolução do ascetismo do século III que fugia da perseguição romana para o deserto egípcio, à procura da união com Deus (Nova Enciclopédia Ilustrada da Folha, Vol. II., 1996, p.648).

Com a construção dos mosteiros, os monges lavravam a terra, cultivavam plantas medicinais, além de cereais, e mantinham sempre um hospital para os pobres. Organizações semelhantes foram criadas também para as mulheres, que são as grandes abadessas. Segundo Paixão (1979, p.37), as mulheres se

conduziam aos conventos; embora se distinguissem na ciência e nas letras, trabalhavam de modo especial no cuidado dos pobres e dos doentes. Entre elas, destaca-se Santa Radegunda (Séc. VI) que deixou o trono da França e fundou um convento especialmente dedicado ao tratamento dos leprosos, do qual se tornou abadessa. E Santa Hildegarda (Séc. XI), conhecida como Sibila do Reno, era alemã, de família nobre e foi educada num convento desde a infância; tornou-se uma das mais célebres abadessas, distinguindo-se por seus grandes conhecimentos em Ciências Naturais, Enfermagem, Medicina e cuidado dos doentes.

Com a tomada de Jerusalém pelos muçulmanos, surgiram muitas dificuldades para os cristãos que faziam peregrinações à Terra Santa, com o início da perseguição, foi crescendo a idéia de libertação do Túmulo de Cristo, o que originou expedições militares conhecidas como Cruzadas, fato que ocorreu no século XI. Segundo Gonzalez (1981, Vol. IV, p.79), “a formação das ordens militares foi uma das conseqüências mais notáveis das Cruzadas”, pois estas, deu origem as ordens “religiosa-militar”. Destaca-se, dentre elas, a ordem de S. João de Jerusalém começou quando um grupo de monges que estava encarregado de um hospital decidiu dedicar-se também à proteção dos peregrinos que viajavam para a Cidade Santa; eles ficaram conhecidos também como “hospitalários” e como “cavaleiros de Malta”.

Seguindo os mesmos padrões, surgem a ordem dos templários e a dos cavaleiros teutônicos (GONZALEZ. 1981, Vol. IV, p. 79). Estas ordens, segundo Paixão (1979, p.40), muito contribuíram para que até o século XVII ainda se encontrassem, na Europa, pequenos núcleos decadentes que tinham o cuidado carinhoso com os loucos e leprosos, como os cavaleiros de S. Lázaro, e posteriormente, se intensificou com as instituições franciscanas.

É conveniente mencionar o florescimento do primeiro convento das religiosas, que, mais tarde, foram chamadas de clarissas, por causa de sua fundadora Clara Sciffi, distinta jovem de Assis. Segundo o costume da época, elas não podiam gozar da mesma liberdade que os frades, mas, mesmo assim, cooperavam no tratamento dos doentes que as procuravam, dando-lhes remédios e fazendo-lhes curativos (PAIXÃO. 1979, p.41).

Surgiu também as ordens terceiras, que foram criadas como ordens seculares, para aquelas mulheres casadas ou retidas no mundo por outros deveres, mas que desejavam tomar parte na renovação cristã. Estas ordens terceiras tinham regras de vida compatíveis com o estado destas mulheres, pois não as obrigavam a fazer os votos, nem deixarem seus lares, sem, contudo deixar de se obrigarem à prática da perfeição cristã. O valor dessas ordens foi enorme para o progresso de cuidar do doente, exercendo a misericórdia, indo diariamente aos hospitais. Muitas eram nobres, como cita Paixão (1979, p.43), “Santa Catarina de Siena, que não se contentava em servir doentes no hospital, procurava-os abandonados pelas ruas ou em casebres e providenciava sua internação”.

Verifica-se, assim, que o cuidado dos doentes sempre foi função exclusiva da igreja e que, com a diminuição do espírito cristão, houve também uma redução da quantidade e da qualidade dos serviços aos doentes.

A Reforma Protestante do século XVI aconteceu em virtude da diminuição do espírito cristão, reforma esta não só da doutrina, mas dos indivíduos, cujo afastamento dos princípios cristãos era causa da decadência geral.

Os protestantes foram: Lutero, na Alemanha; Henrique VIII, na Inglaterra e Calvino, na Suíça, cujo maior ponto de contato era a separação da igreja de Roma. Destes três, o pior deles, segundo Paixão (1979, p.55), foi Henrique VIII que tornou

o anglicanismo religião oficial, expulsando dos hospitais as religiosas que se dedicavam aos doentes, com isso grande número de hospitais foram fechados; só na Inglaterra foram mais de mil. Na França, a infiltração calvinista, apesar de grande, não teve o mesmo da Alemanha e da Inglaterra. Só com o Concílio de Trento que a questão da assistência aos enfermos foi estudada com mais cuidado.

De acordo com a autora citada, existem nas atas desse concílio, recomendações aos bispos para organização, manutenção e fiscalização dos serviços hospitalares, regras para serem observadas por quem servem aos doentes, orientações para assistência espiritual nos hospitais, bem como para os religiosos e religiosas a serviço dos doentes.

A referida autora continua afirmando que, durante a Guerra dos Trinta Anos, que devastava a França e esmagava o povo com altos impostos, surge São Vicente de Paulo. Com a iniciativa de ação em prol dos doentes e desamparados, ele fundou uma instituição de caridade de um modo inteiramente novo, pois se dedicou a visitar os doentes. Posteriormente, fundou a Confraria da Caridade, com a participação de onze senhoras. Logo que se estabeleceu a Confraria, veio uma época de fome, seguida de epidemia de peste, tempo em que estabeleceram farmácias, cozinhas-especiais para os doentes, em que as senhoras visitavam e tratavam os doentes com maior dedicação. São Vicente de Paulo foi chamado a ocupar o cargo de professor dos filhos dos Condes de Gondi e capelão da casa. Foi responsável pelo surgimento das associações de caridade, que, além da assistência religiosa, se dedicavam aos serviços domésticos em prol dos necessitados (PAIXÃO, 1979, p. 59).

A primeira escola de Enfermagem foi fundada pela inglesa Florence Nightingale, como narra Paixão (1979, p. 67): “outro ponto em que Florence foi verdadeiramente

pioneira e renovadora foi a abertura das escolas de Enfermagem às moças educadas e cultas”.

Mesmo nessa época vê-se a religiosidade presente no serviço aos doentes, como a autora citada descreve adiante (1979, p. 71), nas palavras de Florence, sobre as religiosas que auxiliaram na guerra da Criméia em 1854: “são verdadeiras cristãs que jamais vi; de grande valor em seu trabalho, dedicadas, de toda inteligência e todo coração ao serviço de Deus e da humanidade”.

As condições dos hospitais ingleses, nessa época, eram de causar temores. O pessoal a serviço dos doentes era dividido em dois grupos: o primeiro, diminuto, compunha-se de religiosas católicas e anglicanas, que começavam a se organizar, dedicando suas vidas às obras de misericórdia; o segundo, numeroso, era formado de pessoas sem educação e sem moral.

Nos países da Ásia e África, verifica-se que é a grande influência da obra missionária cristã, que, ao ingressarem nestes confins, levavam também o trabalho de enfermagem, tendo que vencer várias dificuldades, como raça, religião, castas que serviam de barreiras às iniciativas cristãs (PAIXÃO, 1979, p. 87).

Neste contexto de dificuldades, surge na Índia, a fundação, dirigida pela Madre Tereza de Calcutá, das missionárias de caridade, responsável pela disseminação de hospitais e instituições de atendimento fraterno aos mais pobres e doentes.

O trabalho religioso sempre esteve presente e ladeado pelo trabalho e estabelecimento da Enfermagem. Como sempre aconteceu, o fervor religioso tem seus períodos de maior ou menor intensidade, assim, também se configurou o atendimento aos doentes.

Como já afirmado, o tratamento dos doentes e das doenças começou com a religião, desde os tempos mais remotos. Foi somente com o filósofo Hipócrates (460

a.C.) que apareceu uma medicina científica, pois, até então, a cura estava envolvida com divindades, superstições e encantamentos. Só com Constantino (335 d.C.) é que se decreta o fechamento de hospitais pagãos e se estimulou a abertura de hospitais cristãos, segundo relata R. N. Champlin (2001, vol. II, p.370).

Com o racionalismo, a medicina separou-se da religião, seguindo-se paralelamente pela história. A partir de então, a visão cartesiana não aceita qualquer alternativa para a recuperação do doente se não for comprovada pela ciência.

No final do século XX, começou a surgir um despertar para os aspectos espirituais do doente. Muitos concluem que a medicina precisa de Deus, tanto quanto os doentes. Tanto para o médico como para o doente, a assistência religiosa os ajudam na medida em que a fé pode impulsionar a um bem-estar interior.

A importância para a capelania do atendimento da necessidade espiritual do ser humano baseia-se, inicialmente, nos direitos humanos, no conceito de saúde e atendimento integral, como descreve-se a seguir:

Todo homem tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião. Este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular (2006, Art. XVIII).

E, baseia-se também nos direitos estabelecidos pela Constituição Federal, como segue:

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...) VI – 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 a sua liturgias; VII – é assegurada nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação

coletiva; VIII – ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei (...) (2006, p.641).

Deve-se atentar também que a saúde é vista hoje como um equilíbrio entre os aspectos bio-psico-sócio-espiritual do ser humano, dentro do seu ciclo vital e do meio onde vive. Como diz Gelain (1998, p. 93), o conceito de saúde salienta uma visão global do ser humano, em suas necessidades básicas, incluindo o aspecto psico-espiritual, permitindo deduzir que, para existir saúde perfeita, deve-se haver atendimento de todas as necessidades básicas, em excluir as espirituais. Para ele, essas necessidades, manifestam-se por meio da presença da angústia, do temor por meio de questionamentos não respondidos, dúvidas religiosas, presença de sentimentos de culpa baseadas em atitudes consideradas erradas, sede de conhecimento espiritual e religioso, por fim, necessidade de manter contato com representantes religiosos para preces, diálogos e atendimento religioso.

De acordo com Ziti e Ferreira (2002, p.35), a origem da capelania segue diferentes rumos. Ele afirma que “capelania” vem do termo “capela”, local onde se colocava uma relíquia sagrada, ou oratório. Esta relíquia era colocada numa tenda especial (chamada de capela) em acampamento no tempo de guerra, onde um sacerdote era mantido para o ofício religioso e para o aconselhamento. A prática da capela passou a ser observada também em Roma. O sacerdote que tomava conta da capela passou a ser chamado de “capelão”, o líder espiritual do rei e seus representantes, sendo estabelecida também pelo Papa João Paulo II.

A institucionalização da capelania, para Ziti e Ferreira (2002, p.36), surgiu no final do século XIX, ocasião em que desencadeou uma discussão sobre a experiência religiosa, com a participação de psicólogos, teólogos, clérigos, médicos

e psicoterapeutas, cujo tema era: “a cura para todos”, com o objetivo de buscar saúde para o homem como um todo, sob a égide de um pastor congregacional norte-americano, chamado Washington Gladden. Logo surgiu outro expoente chamado Anton Boisen, dedicado a teologia pastoral, formado pela Universidade de Harvard. Após lutas e discussões, assumiu a capelania do Hospital Estadual de Worcester, para doentes mentais.

Ao mesmo tempo, destacou também no Reino Unido a figura de Leslie Weatherhead, pastor metodista. Ele foi, como missionário, para Índia, em 1916. Em Madras, ingressou no oficialato militar da reserva do exército, sendo enviado para o deserto da Mesopotâmia para ajudar na guarda do porto de Basra, como capelão do exército. Durante sua permanência e seu trabalho neste lugar, conheceu um médico que atuava como psicoterapeuta, com o qual compartilhou muitas idéias sobre a natureza psicossomática de boa parte das doenças conhecidas como físicas. O médico tinha a forte convicção de que eram os capelães religiosos que deveriam ajudar as pessoas enfermas a se recuperarem. Após a morte do médico, Leslie, profundamente influenciado, passou a estudar profundamente o assunto e, de volta à Inglaterra, criou seminários de debates envolvendo psicologia, medicina e psicanálise, sendo o seu trabalho muito importante e intenso para firmar as atividades da capelania hospitalar daquele tempo, conforme relatam os autores citados (2002, p. 37).

No Brasil, a capelania se iniciou no exército brasileiro, sendo organizada em 1858, sob o nome de Repartição Eclesiástica, sendo abolida em 1899. Contudo, na II Guerra Mundial, as capelarias militares foram restabelecidas, por volta de 1944, sob a denominação de Serviço de Assistência Religiosa das Forças Armadas. A Capelania Militar Evangélica foi um órgão criado no mesmo ano, pelo Governo

Federal, para assegurar presença de capelães evangélicos na FEB (G. E. LAROUSSE, 1998. P.1136).

Sendo assim, conforme Ziti e Ferreira (2002, p. 38), a capelania hospitalar é um órgão devidamente qualificado que cuida da assistência religiosa e espiritual dentro do hospital, sendo alvos de sua atenção os doentes internados, e o pessoal que trabalha no hospital, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas, ouvidores e outros funcionários.

2.2. Caracterização do Trabalho de Capelania Hospitalar:

2.2.1. Atuação:

Quando fala-se em ser humano, conforme já foi apresentado, deve ser entendido nos seus diferentes níveis. Segundo Gelain (1979, 280) no nível psico-espiritual, encontra-se o homem com diversas aspirações, questionamentos e problemáticas que, freqüentemente, o fazem parar para pensar e indagar. Questiona-se sobre sua existência, sobre o sentido da vida, o porquê do sofrimento, das catástrofes e das infelicidades. Evidenciando em si um profundo desejo do infinito. Busca o conceito, o encontro e a vivência da felicidade. Percebe-se que estes questionamentos estão presentes da caverna ao arranha-céu, do analfabeto ao mais culto, embora as respostas sejam diferentes, de acordo com as condições sócio-econômicas e culturais.

Os grupos religiosos no país são numerosos e cada um com suas próprias idéias e peculiaridades. A assistência espiritual aos doentes deve respeitar estas peculiaridades.

Os evangélicos estão divididos em várias denominações, agregando-se na sua maioria, na Confederação Evangélica do Brasil, e isto permite que um pastor de uma

igreja possa atender os pacientes adeptos das demais. Mas, existem grupos mais radicais, como alguns pentecostais, que não aceitam que pastores de outras denominações atendam seus adeptos. De uma maneira geral, o atendimento religioso a evangélicos consta de: culto, visita, leituras bíblicas e religiosas, orações e palavras de conforto, relata Gelain (1998, p. 97).

Para Eleny Vassão Cavalcanti (1989, p.139), capelão é um pastor ou pastora ordenada ou, em casos especiais, um leigo com larga experiência em capelania hospitalar, que foi aprovado e credenciado, indicado, nomeado e aceito pela superintendência do hospital. O capelão faz parte da equipe hospitalar e está voltado para a pessoa que sofre, dando-lhe atenção, confortando-a, vivendo e testemunhando o amor de Deus. Deverá trabalhar em harmonia com médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, atuando como complemento ao trabalho médico, aconselhando e confortando o enfermo e seus familiares. É função do capelão também levar o doente a descobrir seus problemas espirituais e resolvê-los, levando-o a aprender a amar a Deus sobre todas as coisas e ao próximo como a si mesmo, encontrando uma nova forma de vida.

Para a autora citada (1989, p. 139), o capelão, ou capelã deve trabalhar em harmonia com os médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, atuando como complemento ao trabalho médico. Ele deve atender tanto aos chamados especiais como a qualquer paciente do hospital durante suas visitas, quer preparando-o para uma cirurgia, recebendo-o no Pronto-Socorro, fazendo-lhe companhia durante curativos dolorosos, ou, até mesmo, preparando-o para a morte, segurando-lhe as mãos até os últimos minutos de vida.

Continua a autora (1989, p.143) afirmando que o capelão evangélico deve ter um bom relacionamento com a administração hospitalar, não só no aspecto formal de

sua função, mas principalmente como conselheiro espiritual. Para isso requer que o capelão tenha um comportamento ético, uma postura irrepreensível.

Nesta mesma linha, Ziti e Ferreira (2002, p. 51) afirmam que o serviço da capelania deve ser feito sem qualquer conotação sectária, respeitando a fé de cada um. Deve-se limitar somente à assistência espiritual, uma vez que estará integrada à Comissão Interdisciplinar do hospital, atuando de acordo com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e ouvidores, sendo que estes cuidam da saúde física, enquanto que a capelania cuidará da saúde espiritual, sem jamais entrar em área que não seja a sua.

De acordo com os autores citados, o trabalho da capelania evangélica se distingue por atender pacientes que se encontram hospitalizados, seus familiares e funcionários. É também atender pessoas individualizadas, cada qual com seu problema espiritual, cuja intenção é propiciar consolo e apoio, sem entrar em questões teológicas e ou doutrinárias, uma vez que seu trabalho não tem caráter formativo e disciplinar.

2.2.2. Capelania e Humanização:

A humanização dos atendimentos, para Angerami (2002, p. 20), na área da saúde passa obrigatoriamente pela própria humanização do profissional da saúde, o qual está precisando humanizar-se na medida em que distorce alguns princípios teóricos que justamente preconizam a humanização dos atendimentos. Talvez seja, segundo o autor citado, o resultado da realidade atual, com uma parafernália eletrônica de comunicação, como, telefones celulares, caixa postal eletrônica. Estes levam os indivíduos a ficarem cada vez mais empobrecidos no relacionamento interpessoal, não suportando o olhar do outro, que solicita afeto e afago emocional,

alguém humano, com quem possa estabelecer uma relação sem a mediação do computador ou de qualquer outro equipamento eletrônico.

Como ser humano deve relacionar-se como tal. Os recursos eletrônicos são úteis, mas seriam ainda mais se servissem para elevar o indivíduo à sua condição humana, e não o contrário, como se nota, atualmente.

A capelania hospitalar, por estar integrada no contexto religioso e também na arte de curar, desenvolve um relacionamento bastante humano com o paciente; desenvolve-se também uma visão do homem integral, levando em conta que o paciente não pode ser visto apenas como um ser biológico que está doente. Há outros aspectos que devem ser considerados para uma cura eficiente. Pode provocar, ainda, uma influência na humanização dos próprios profissionais da saúde, levando-os a voltar-se para dentro de si mesmos e para o próximo, descobrindo, assim, a sua humanidade e também a do outro.

O capelão pode ajudar, neste processo de humanização, porque conhece o segredo do ser humano integral; conhece os efeitos psicossomáticos e a espiritualidade do paciente, afirma Ziti e Ferreira (2005, p. 168).

É um desafio atualmente, com o desenvolvimento da medicina e da tecnologia médica, dos hospitais como organizações corporativas, em que o doente é apenas um número, desenvolver uma relação de atendimento humanizado.

Segundo Pessini e Barchifontaine (1996, p.1620), pode-se classificar os médicos em três categorias. O médico-humano, que vê primeiro a pessoa do doente e não a doença; examina-o, ausculta-o com paciência, pergunta, conversa, sente. O médico-sábio, fala pouco com o paciente, trabalha mais com dados, informações, olhando mais para a doença do que para o doente. Há ainda o médico-tecnocrônico, que confia mais nos aparelhos, na manipulação de técnicas sofisticadas; verifica

somente aquilo que os aparelhos lhe dizem: entre ele e o doente sempre vai primeiro o aparelho, a máquina, confiando mais na tecnologia fria e impessoal.

Por isso, deve-se mostrar o valor de olhar o doente integralmente, não apenas como um ser biológico, mas como um ser “humano”, com sentimentos, dotado de espiritualidade. É preciso, considerá-lo na sua totalidade.

2.2.3. Ética na Capelania: uma relação, capelão-doente:

Viver na época da consciência mítica significava a aceitação do destino, isto é, de que todas as coisas tinham raízes no sobrenatural, quando as ações humanas eram determinadas pelos deuses; conseqüentemente, não se pode falar em comportamento ético, pois falta a dimensão de subjetividade. Para explicar melhor, convém lembrar da mitologia da tragédia Édipo-Rei de Sófocles (400 a.C); Laio, senhor de Tebas, soube pelo oráculo que seu filho recém-nascido, um dia, iria assassiná-lo, casando-se em seguida com a própria mãe. Na mitologia, não se pode mudar o destino; haja o que houver, cumpre-se o destino (DETHLEFSEN, 1990, P.75:107). Nesta consciência, perde-se a noção de sujeito, de individualidade, de liberdade ou da própria identidade.

Diferentemente acontece quando se vive a intersubjetividade, pois nessa interação o indivíduo é levado por alguns sentimentos fortes. Sentimentos, juntamente com ações, expressam o senso moral. E as dúvidas, quanto à decisão que se deve tomar em certas circunstâncias, manifestam o senso moral, mas também põem à prova a consciência moral, pois exige que se decida o que fazer, que se justifique para si mesmos e para os outros as razões das decisões e que se assumam todas as suas conseqüências, pois se é responsável por elas. Conclui-se, portanto, que o senso moral e a consciência moral se referem aos valores morais e às relações que se mantêm com os outros. A consciência subjetiva é um esforço em

compreender o mundo racionalmente e, assim, orientar a ação social. A Ética tem por objetivo facilitar a própria realização: que o ser humano chegue a realizar-se como tal, isto é, como pessoa. A Ética se ocupa em levar à perfeição a relação do ser humano, segundo afirma Clotet (1986, p.84-92).

A intersubjetividade é interpretada, avaliando os acontecimentos por meio de juízos, a saber: de fato, de valor, ético de valor. Juízo de fato são aqueles que dizem o que as coisas de fato são e por que são, enquanto que juízos de valor são as avaliações sobre as coisas, pessoas, situações de acordo com o senso moral e consciência moral, os quais definem os valores positivos e negativos que se deve respeitar ou detestar. Os juízos éticos de valor são igualmente normativos, pois enunciam normas que determinam o dever ser de seus sentimentos, de seus atos, de seus comportamentos.

Do ponto de vista ético, o indivíduo é um ser humano e não deve ser tratado como coisa. Os valores éticos garantem, como expressão, a subjetividade, proibindo moralmente que se transforme a pessoa em coisa usada e manipulada pelos outros.

Para que haja conduta ética, é preciso que exista o agente consciente, aquele que conhece a diferença entre bem e mal, certo e errado, permitido e proibido, virtude e vício. Desta forma, o sujeito ético é a pessoa que tem consciência de si e dos outros, de ser dotado de vontade, que é capaz de controlar e orientar desejos, impulsos, tendências, sentimentos, sendo capaz de deliberar e decidir entre eles.

O campo ético é constituído por dois pólos internamente relacionados: o sujeito moral e os valores morais. Então, infere-se que, o termo “ética” tem seu significado básico como “costume”, conforme dicionário (HOUISS, 2000, p.1271). E também que os termos “ética” e “moral” são sinônimos.

De acordo com Peter Singer (1994, p.18), ética pressupõe um caráter universal, pois a tomada de qualquer decisão ou de comportamento não deve ser feita somente em função do próprio interesse, já que a idéia de ética traz consigo algo mais que o individual, sabendo que uma decisão e um comportamento atingem o próximo, ofensivamente ou não. E, quando se pensa eticamente, devem-se considerar os interesses dos outros, o que exige que se reflita sobre eles e se adote o curso de sua ação no sentido de levar em conta os interesses das pessoas afetadas; deve-se escolher o curso de ação que tenha as melhores conseqüências para todos os afetados, depois de examinar todas as alternativas possíveis.

Assim, quando se toma uma decisão ética, deve-se necessariamente raciocinar criticamente até que se possam escolher as melhores, seja no que diz respeito ao próprio comportamento, seja em função de outra realidade que se esteja vivenciando. Daí pode-se concluir que a ética é uma ciência crítica que usa a capacidade de julgar todas as possibilidades; é um eterno pensar, refletir, construir a realidade social e a intersubjetividade.

Para se falar da ação da capelania, deve-se reportar para o conceito de tratamento do enfermo desde a Antigüidade, dos sentimentos de humanidade que leva alguém a servir o seu semelhante, principalmente quando o vê sofrendo e incapaz de prover as suas próprias necessidades.

Observa-se, atualmente, que qualquer organização deve atuar pela ética, pois, se não o fizer, trará sérios prejuízos a si mesma e à sociedade, pois, sem ética pessoal, as relações sociais serão afetadas profundamente.

Para Souza Neto e Monezi, o código de ética, apresentado por Chiavenato aos profissionais de Gestão de Pessoas, no Dia Internacional do Administrador de Recursos Humanos, é um exemplo dos modelos que vêm sendo criados para

profissionais de diferentes áreas de atuação, e que deveria ser usado também pela capelania hospitalar, pois, segundo os autores:

Esta proposta sistematiza alguns princípios no campo da ética, a saber: 1) dignificar o ser humano. 2) tomar estratégica a Administração de Recursos Humanos. 3) compartilhar a administração com os gerentes e suas equipes. 4) mudar e inovar incessantemente. 5) dignificar e elevar o trabalho. 6) promover a felicidade e buscar a satisfação. 7) respeitar a individualidade de cada pessoa e sua realização pessoal. 8) enriquecer continuamente o capital humano. 9) preparar o futuro e criar o destino. 10) focar o essencial e buscar sinergia (SOUZA NETO e MONEZI. 2005, p.59).

A capelania tem um código de princípios morais, que deve orientar o procedimento do capelão; é um código do qual ele irá atuar na relação com a administração hospitalar, com profissionais da saúde, com doentes e seus familiares.

Segundo o código de ética do capelão, ele deve inteirar-se do regimento interno do hospital e obedecer-lhe na íntegra. Deve participar como integrante da sociedade, como parcela indispensável aos cuidados médicos do paciente, assim como respeitar a vida, a dignidade do paciente e também as restrições médicas de atendimento ao paciente. Não pode interferir na área médica; nem deve opinar sobre o tratamento ou sobre o estado de saúde do seu paciente. Sua função é puramente espiritual e religiosa; deve trabalhar no sentido de infundir esperança no paciente, seja qual for o seu estado de saúde. Deve respeitar e dignificar a família do paciente quer esteja presente ou não, segundo Ziti e Ferreira (2002, p. 368).

A pessoa que atuará na capelania hospitalar deverá seguir um código de ética, tendo consciência de que cabe a ele, na sua atuação, construir uma realidade ideal

para o doente e para outras pessoas ligadas a ele. Osvaldo Hack (2005, p.64), neste sentido, diz que:

Para muitos filósofos, sociólogos, psicólogos e religiosos, o ser humano não é um ser completo, pré-programado pelo destino ou pela divindade. Pelo contrário, é um ser inacabado, que deve construir e conquistar o seu ser e o seu espaço. Ele se faz humano e se torna pessoa e passa a assumir a pesada responsabilidade de construir o seu mundo e o seu futuro.

Na relação capelão-doente, deve-se levar em conta que há várias maneiras éticas de abordar os problemas morais que surgem na relação com os doentes. Os caminhos para esta relação se iniciam no momento em que o capelão considera que o doente tem suas vontades respeitadas e que só deve executar a capelania se o doente quiser, levando em conta que este sabe de todo o processo de atuação do atendimento. Ele deve usar de toda competência para buscar o bem do doente, não o expondo a riscos, proporcionando alívio ao seu sofrimento. Toda informação e todo conteúdo adquirido do doente por meio de confissão ou de aconselhamento devem ser considerados sigilosos. O capelão deve respeitar a privacidade do doente em todos os sentidos. E, acima de tudo, deve estabelecer uma aliança de fidelidade, pois este é o princípio pelo qual se estabelece o pacto entre os dois e que nortearão a relação capelão-doente.

A modernidade se caracteriza como o “desencantamento do mundo”. Vive-se uma sensação de desamparo e de desorientação, anestesiados pela busca do “aqui e agora”, do conforto e do bem-estar, enquanto vivem nas dicotomias individuais e sociais, nos quais segurança e fragilidade, conhecimento e ignorância, riqueza e pobreza, saúde e doença, opulência e miséria, vida e morte caminham lado a lado.

Esta situação decorre da revolução tecnológica e do advento do capitalismo, que Karl Marx chama de processo de *fetichismo* da mercadoria e *reificação* do ser humano. No *fetichismo*, a mercadoria, ser inanimado, é considerada como se tivesse vida, fazendo com que os valores de troca se tornem superiores aos valores de uso e determinem as relações entre os homens e não vice-versa. A mercadoria adquire valor superior ao homem, pois privilegiam-se as relações entre coisas, que vão definir relações materiais entre pessoas. Ocorre, portanto, a humanização da mercadoria; conseqüentemente, leva a desumanização do homem, isto é, o homem passa a ser tratado como coisa; é a *reificação* (do latim *res*, “coisa”), sendo o próprio homem transformado em preço no mercado, como nos relata Maria Lúcia Aranha (1993, p. 13).

Nesse mundo em desencanto, é premente a necessidade da mudança de mentalidade, o nascer de uma nova consciência que precisa ser estimulada através de um processo educativo e de formação ética.

Atualmente, em Brasil, há muita reclamação de hospitais, sobre a realização de muitas cirurgias desnecessárias, pois a visão de várias organizações e profissionais de saúde é somente o lucro e não o doente, tratando-o como coisa, apenas como um número, que é uma provável influência deste processo de fetichismo da mercadoria e da reificação do ser humano, proposto por Marx.

3. A CAPELANIA EVANGÉLICA HOSPITALAR EM LIMEIRA:

Mestre,
 Faze com eu procure menos
 ser consolado que consolar,
 ser compreendido que compreender,
 ser amado do que amar...
 Pois, é dando que se recebe,
 é perdoando que se é perdoado,
 é morrendo que se vive para a vida eterna!

São Francisco de Assis.

3.1. A Cidade de Limeira:

O município de Limeira está localizado a 154 Km a noroeste da cidade de São Paulo, na região central do Estado, pertence à Região Administrativa de Campinas e constitui-se na sede da Região de Governo que tem o seu nome, integrada por oito municípios: Araras, Leme, Limeira, Pirassununga, Cordeirópolis, Conchal, Santa Cruz da Conceição e Iracemápolis.

Situado à margem da Via Anhanguera, principal rota de ligação entre a Capital e as regiões Norte e Centro de São Paulo, ocupa uma posição privilegiada em meio a um importante entroncamento rodo-ferroviário (Via Anhanguera; Bandeirantes; Washington Luís; Limeira - Piracicaba; Limeira - Mogi-Mirim; FERROBAN), dista 58 Km de Campinas, 29 Km de Piracicaba, 25 Km de Rio Claro, 20 Km de Americana e 50 Km de Mogi-Mirim. Faz divisa com Cordeirópolis e Araras, ao Norte; Engenheiro Coelho, Arthur Nogueira e Cosmópolis, a Leste; Americana e Santa Bárbara D'Oeste, ao Sul e Piracicaba e Iracemápolis, a Oeste. Pertencente à Bacia Hidrográfica do Piracicaba, sendo três seus principais cursos d'água: o Ribeirão do Tatu, Ribeirão da Geada e Ribeirão do Pinhal.

Limeira localiza-se na depressão periférica, onde predominam as colinas baixas, cujas cotas altimétricas oscilam entre 500 metros no vale do Piracicaba e 680 a 700 metros nos setores norte e noroeste do município. A altitude média do município é

de 567 m, de acordo com o marco geográfico do IGC, na Praça Luciano Esteves. Seu ponto culminante, o Pico do Morro Azul, com 831 m, situa-se na divisa com Cordeirópolis. O seu relevo apresenta colinas de formas suavizadas, separadas por vales e sem planícies aluviais importantes.

Clima temperado com inverno seco, sendo que: o clima é temperado úmido com mais de 1000 mm. de chuvas por ano. Com estação seca no inverno. E com temperatura média superior a 22° C no mês mais quente. Está localizada na Unidade de Gerenciamento de Recursos Hídricos, na Bacia Hidrográfica do Rio Piracicaba, estando a sua área urbana na Sub-bacia do Rio Piracicaba e sua zona rural, na porção leste do município, na Sub-bacia do Rio Jaguari.

3.2. O Hospital – Santa Casa de Misericórdia:

A Fundação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Limeira está inserida no triste período situado na última metade do século XIX, quando a epidemia de bexiga, varíola e febre amarela se abateram sobre Limeira e outras cidades da província de São Paulo. A necessidade de dar melhor tratamento às vítimas das freqüentes epidemias acabou levando à criação da Irmandade e de seu hospital.

Até 1886 Limeira não possuía hospital do tipo "Santa Casa de Misericórdia". A Confraria de Nossa Senhora da Boa Morte e Assunção, composta de Irmãos de elevados "Ideais Patrióticos e Acentuado Amor ao Próximo", liderados pelo provedor da época, Coronel Antônio Mariano da Silva Gordinho, membro da Guarda Nacional, fundou a Irmandade, em 1895. Também integrou a Diretoria da Confraria, o capelão Padre Ângelo Ariodante Gazza e o secretário Antônio Augusto Botelho. A confraria doou à Irmandade uma das quadras de terras situada no alto da cidade, com 7.497 praças, pertencentes à massa falida do fazendeiro José Joaquim de Araújo Viana.

A nova Santa Casa foi inaugurada em 1974, na Vila Cláudia, onde permanece até os dias atuais, já tendo passado por inúmeras ampliações em sua estrutura física, o que ainda ocorre com frequência, em razão de seu expressivo crescimento.

Com, aproximadamente, 300 leitos, a Santa Casa de Limeira realiza por volta de 45 mil atendimentos ao mês, sendo que 80% correspondem a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A taxa de ocupação do hospital fica em torno de 90%.

Atualmente a Santa Casa ostenta o título de hospital Regional Terciário, cuja complexidade de resolução se estende a UTI Geral, Neonatal, Cardiológica e de Queimaduras; tratamento do câncer cirúrgico, quimioterápico e radioterápico; transplante de medula óssea e rim, retirada de córnea, além de atender todas as especialidades médicas.

Em razão do avanço tecnológico e profissional das diversas especialidades atendidas, a Santa Casa de Limeira foi credenciada a Hospital de Ensino, pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura (MEC), de acordo com a Portaria no. 2.626, publicada no Diário Oficial da União, de 15 de dezembro de 2004.

Como Hospital de Ensino a Santa Casa passa a oferecer residência médica e estágio para diversas áreas, entre cursos de nível técnico e universitário, ampliando ainda mais suas responsabilidades, envolvida em pesquisas e estudos científicos. As residências médicas oferecidas são: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia e Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Neurocirurgia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Cancerologia Clínica, Angioradiologia e Cirurgia Endovascular e Cirurgia Videolaparoscópica.

Na Santa Casa de Limeira, além da assistência médica e da equipe de enfermagem, o atendimento ao cliente é realizado por uma equipe Interdisciplinar, ou seja, profissionais de várias especialidades, como: assistente social,

fonoaudióloga, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga e terapeuta ocupacional, atuam de forma integrada na reabilitação do paciente, através de um programa de Cuidado Integral.

Além da busca constante por alta tecnologia, a Santa Casa de Limeira é comprometida com a qualidade do atendimento humano, por isso desenvolve desde outubro de 2000 o Projeto de Humanização, seguindo a atual Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde.

O objetivo é oferecer um atendimento digno, humano, ágil e eficiente, através de projetos que trabalham tanto o cliente externo, pacientes e familiares, como o cliente interno, funcionários, colaboradores e voluntários do hospital, além da implantação de novos conceitos de ambiência, buscando transformar o hospital em um local acolhedor.

Dentre os serviços, a população de Limeira e região conta com Banco de Sangue, Banco de Leite, equipe qualificada para o incentivo ao aleitamento materno, Laboratório que funciona 24 horas, Hemodiálise, dentre muitos outros.

Nossa história de mais de um século tem se caracterizado por nos considerarmos um hospital de todos, comunitário, onde se pratica a fraternidade e a filantropia por meio da solidariedade e do respeito a todos os nossos clientes. Lutamos pela defesa da vida!

Nos últimos anos a Santa Casa tornou-se um dos hospitais da região de maior crescimento, tanto no aspecto tecnológico quanto assistencial, com serviços e setores de grande evidência.

Desde outubro de 2000 a Santa Casa de Limeira desenvolve o Projeto de Humanização, que segue a atual Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde, sendo comprometida com a qualidade do atendimento humano.

O objetivo é oferecer assistência digna, humana, ágil e eficiente, através de projetos que incentivam tanto o cliente externo, pacientes e familiares, como o cliente interno, funcionários, colaboradores e voluntários do hospital. Como exemplo, destacamos a preocupação em preparar o funcionário, garantindo suporte de treinamento e apoio social, a fim de que ofereça ao cliente externo, um atendimento humanizado.

O Projeto de Humanização vem se destacando através dos sub-projetos desenvolvidos em sete frentes de atuação, são elas: Acolhimento, Interdisciplinaridade, TEAR (Terapia e Arte), Núcleo AMEH (Arquitetura, Manutenção, Engenharia e Hotelaria), Materno Infantil, NAV (Núcleo de Apoio ao Voluntariado), Janela de Oportunidades e CEHL (Capelania Evangélica Hospitalar de Limeira).

Atualmente, ao andar pelo hospital é possível perceber a implantação de novos conceitos de ambiência, simbolizados por cores agradáveis e formas artísticas, que buscam transformar o hospital em um local acolhedor.

3.3. A Capelania Evangélica Hospitalar de Limeira (CEHL):

Antes de tratarmos especificamente sobre a Capelania Evangélica Hospitalar de Limeira, se faz necessário uma breve conceituação do termo “evangélico”, mesmo que superficial...

Segundo Emma Maria Galvanin Sara², coordenadora, a Capelania Evangélica Hospitalar em Limeira (CEHL), é uma entidade sem fins lucrativos, vinculada à Associação Capelania Evangélica Hospitalar. Tem por missão principal oferecer assistência espiritual nos hospitais. A Capelania atende seus clientes também nas

² Emma Maria Galvanin Sara é coordenadora da CEHL no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Limeira, que em entrevista nos forneceu os dados históricos registrados no Anexo 8.

áreas: emocional, social e material. Esse atendimento é efetuado por voluntários de diversas denominações evangélicas, desde que tenham, como única regra de fé e prática a Bíblia, a Palavra de Deus. Tais pessoas são capacitadas para o referido trabalho através de cursos e de treinamento prático.

Emma, afirma que no início de 1993, conheceu os livros de autoria de Eleny Vassão: “Aconselhamento a pacientes terminais”. “No leito da enfermidade”, “Consolo” pelos quais foi entusiasmada a iniciar o ministério de capelania. Juntamente com outra senhora, a qual chama de “irmã em Cristo”; iniciou o trabalho com enfermos. Verificaram junto ao hospital local, quais os requisitos burocráticos para trabalharem ali, percebendo a não receptividade, devido o fato de haver certo número de visitantes de vários credos, em atividade com isso o trabalho ali não teve como iniciar.

Alguns meses depois, segundo ela, em maio de 1994, participou do I Congresso de Visitadores Hospitalares Cristãos, em São Paulo, organizado pela Capelania Nacional da AEVB (Associação Evangélica Brasileira), e coordenado pela referida Capelã Eleny Vassão. Nesse congresso participaram juntamente com ela mais três jovens de sua igreja. O congresso produziu um grande entusiasmo, de forma que continuaram pedindo a Deus que abrisse as portas da Santa Casa, pois era o maior hospital da cidade, aonde afluíam os doentes mais graves e mais carentes da região, pois dispunha de 335 leitos.

Mas Emma continuava sozinha, visitando dos doentes do Hospital Beneficência Limeirense, um pequeno hospital com apenas 20 leitos.

Para a coordenadora, além das muitas bênçãos que recebeu do Senhor, nesse período, juntou-se o aprendizado de que a cura física nada tem a ver com a

conversão, isto é, com a mudança de religião do doente. Nesse hospital, trabalhou por mais ou menos, um ano e meio.

Emma afirma que certo dia, após terem informado do horário de visitas familiares, convidada, acompanhou uma pessoa, numa visita na Santa Casa. Mas, por receberem informação equivocada, não era aquele dia próprio para visitas, sendo elas encaminhadas à Assistente Social, que ao saber do trabalho que desenvolvia, bem como do trabalho de capelania do Hospital das Clínicas em São Paulo, solicitou que pudessem preparar um projeto de implantação da capelania naquele hospital. Assim, segundo ela, em novembro de 1994, apresentaram-no verbalmente e por escrito à diretoria, juntamente com a exibição de um filme sobre o trabalho de capelania do Hospital Emílio Ribas, em São Paulo. A direção da Santa Casa que, no início, estava resistente, como afirmou anteriormente, ao final daquela reunião, aceitou sem reservas a implantação do projeto.

Por esse tempo, afirma Emma, que em fevereiro de 1995, promoveu um curso preparatório, onde nove pessoas participaram. E com estes, após entendimento com a diretoria administrativa, iniciaram o trabalho no dia primeiro de abril de 1995, com a participação das seguintes pessoas: Daiane Pasqualetto, Daniel Eller, Emma Maria Galvanin Sara, Maria Isabel Cabriel dos Anjos (Bel), Janaina Iara Augusto, Soraia Bueno de Campos, Valéria.

Segundo a coordenadora, por vários problemas, o grupo começou a diminuir, abrindo assim a oportunidade para outras pessoas participarem que não fossem da Igreja Presbiteriana.

Emma nos relatou que conseguiu elaborar o Estatuto e o Regimento Interno da Capelania, elegendo também uma diretoria provisória composta de Coordenadora e vice, Primeira e segunda secretária, primeira e segunda tesoureira. E com ajuda de

alguns pastores de outras denominações evangélicas, compuseram um Conselho Consultivo.

A CEHL, de acordo com a coordenadora, oficiou-se como pessoa jurídica em 28 de junho de 2000. A Capelania Evangélica com isso desenvolveu um trabalho de visitação leito-a-leito, dialogando com o cliente, buscando confortá-lo através do apoio e do amor, empatia e Palavra de Deus. Estabeleceu o projeto “Você não está sozinho” que tinha o objetivo de ajudar a família no acompanhamento de pacientes idosos e crianças. Segundo ela, era oferecido, também, aos pacientes necessitados, roupas, material de higiene pessoal, fraldas geriátricas e infantis, com distribuição gratuita de específicas para o consolo nos momentos de dor e sofrimento.

Para Emma, desde o início, muitas pessoas passaram pela capelania. Ao todo, vinte e duas pessoas fizeram o curso de visitação em São Paulo, dos quais, apenas onze permanecem até hoje.

O trabalho de visitação atinge cerca de duzentos e sessenta doentes por mês, numa média de dezesseis horas trabalhadas ao mês por visitador. A capelania conta atualmente também com a participação de conjuntos e corais que cantam, às terças feiras, à noite, pelos corredores, tocando muitas através dos cânticos, preparando os corações para receberem a assistência espiritual. Através de uma palavra amiga, muitos doentes recebem consolo e cura através da Capelania, como relata Emma no Anexo 8.

4. O SAGRADO E O SIMBOLISMO RELIGIOSO.

“Para se entender a religião, é necessário entender o caminho da linguagem”.

Rubem Alves.

Ao falar dos fundamentos do conhecimento da vida cotidiana, Berger e Luckmann (2002, p.35) diz que a vida cotidiana se apresenta como, primeiramente, uma realidade interpretada pelos homens e uma realidade subjetivamente dotada de sentido, na medida em que se torna um mundo coerente e plausível. O homem apreende esta realidade como totalmente ordenada, dotada de sentido, que existe fora dele, para depois passar a existir dentro dele. Assim, ele apreende esta realidade da vida cotidiana através da linguagem que dá sentido a tudo. E descobre que a sua vida cotidiana acontece numa relação de interação e comunicação com os outros indivíduos.

Sendo esta a correspondência entre os seus significados e os significados partilhados no mundo, através do senso comum, ou melhor, do conhecimento que ele divide com os outros indivíduos. Para Berger e Luckmann (2002, p.35), a interação na vida cotidiana é vivida por meio da experiência dos outros, numa relação face-a-face, em que o outro é apreendido por ele numa intersubjetividade, e é plenamente real, sendo que ele se conhece a si mesmo conforme essa relação se manifesta com seu semelhante e estas relações são bem flexíveis, sendo, então, difícil estabelecer padrões rígidos e se torna anônima à medida que sai dessa interação.

Continuando, Berger e Luckmann (2002, p.40) diz que a intersubjetividade humana se torna cada vez mais expressiva com o uso da linguagem, pois, com ela, o homem apreende a sua realidade cotidiana e faz isto por intermédio da socialização primária e secundária, através das quais ele vai estabelecendo as

significações, a produção de sinais, sejam gestos, movimentos corporais, artefatos, etc. Para ele, a vida cotidiana é, sobretudo, uma vida com linguagem e, por meio dela, participa da vida com os outros. Por sua vez a compreensão da linguagem é essencial para a sua compreensão da realidade. Assim, a linguagem se torna, então, o repositório objetivo de uma vasta acumulação de significados a ser transmitida às gerações seguintes, estabelecendo pontes entre diferentes zonas dentro da sua realidade e integrando-as em uma totalidade dotada de sentido. A linguagem transcende a realidade da vida cotidiana, fazendo isso por meio da linguagem simbólica.

Neste sentido que Alves (2006, p.18), afirma que “a linguagem, assim, não é uma cópia do real, mas antes uma organização do mesmo. Na realidade, para o homem, o real é aquilo que ele organiza”. O homem é um construtor de mundos, sua atividade busca criar uma organização que seja expressiva dos seus valores e funções para a sobrevivência.

Por outro lado Pierre Bourdieu (1989, p.8) reconhece o poder simbólico como um poder invisível, o qual só pode ser exercido com a capacidade daqueles que são sujeitos, uma vez que os sistemas simbólicos, como arte, religião e língua, são estruturas estruturantes, isto é, são instrumentos de conhecimento e de construção do mundo. Que deixam de ser formas universais para se tornarem formas arbitrárias e socialmente determinadas. Sob este aspecto, o poder simbólico, pode ser considerado um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem, um sentido do mundo social.

4.1. A linguagem do sagrado:

O processo para se chegar a uma estrutura religiosa do sagrado que seja plausível é a socialização, pois ela produz novos significados que servem para integrar os significados já existentes, tornando objetivamente acessível e subjetivamente plausível as objetivações que foram institucionalizadas. A partir deste ponto, surge o processo de legitimação e de conversação do universo por meio da linguagem do sagrado. Segundo Rudolf Otto (1970, p.10), toda linguagem tem como finalidade essencial transmitir noções, e, quanto mais claras e inequívocas forem as expressões, tanto melhor será a linguagem, sendo, antes de mais nada, uma categoria de interpretação e de avaliação da realidade. Para ele, a relação com o sagrado surge de questionamentos diante daquilo que é exterior ao “eu”, o que ele chama de “*Mysterium Tremendum*” e que não pode desenvolver-se por conceitos. Para ele, é necessário que se faça uma distinção do sagrado enquanto categoria *a priori* da razão e o sagrado, enquanto fenômeno, que se manifesta no mundo dos fenômenos. Uma coisa é acreditar na existência do supra-sensível; outra é fazer dele uma experiência vivida, é ter a idéia do sagrado e percebê-lo e descobri-lo como um fator ativo e operante que se manifesta pela sua ação.

De acordo com Jean-Yves Leloup (1999, p.117), a palavra “sagrado” vem do verbo latino *sacere*; literalmente: o que é considerado sagrado está sujeito ao anátema, é excluído. De fato, uma coisa sagrada é uma coisa tabu, é algo que está no mundo, mas “não é deste mundo”.

Então, percebe-se que o homem apreendeu esta linguagem do sagrado de diferentes maneiras, no tempo e espaço. A princípio, o homem começa a estabelecer uma linguagem do sagrado a partir da consciência mitológica, quando o mito tinha primeiramente a característica de explicar e dar sentido ao mundo e às

suas tragédias. Em segundo lugar, leva-o à aceitação do destino determinado pelos deuses. Segundo, Thorwald Dethlefsen (1997, p.14,15), pela tragédia chega-se à identidade do ser. Ele diz que tratar de tragédia humana é como o aprofundar nos problemas e conflitos da alma humana, pois toda pessoa está sobrecarregada de conflitos e de problemas, mesmo que não apresente sintomas físicos ou psíquicos. Citando Nietzsche, ele transcreve: “Sem o mito, toda cultura perde sua força criativa natural: apenas um horizonte ampliado pelos mitos concretiza a unidade de todo um movimento cultural”.

Na época de consciência mitológica, vê-se que o homem, gradativamente foi transformando essa situação inicial de seres dominados e escravizados pela percepção do real, através do mito, para ascender a uma situação em que pôde contemplar-se no mundo como controlador e dominador do mesmo através do logos.

No entanto, para Thorwald (1997, p. 19), a palavra “mito” veio originalmente de uma conexão bastante diferente. Em grego, *mythos* quer dizer “palavra”, estando em polaridade com *logos*, que também traduzimos por “palavra” e da qual derivamos a “lógica”. O verbo correspondente é mitologizar (*μυθολοειν*), e significa exatamente “marrar o conteúdo real do fato”. O mito, para ele, é uma narrativa sobre algo verdadeiro, essencial e concreto, em oposição ao “logos”, que se refere muito mais a algo idealizado.

E, para Jean-Pierre Vernant (1992, p.173), a princípio, *Mythos* e *Logos* não se opunham; o distanciamento entre o pensamento mítico e o lógico só se estabeleceram entre os séculos VIII e IV a.C. Para ele, este distanciamento contribuiu para o surgimento da palavra escrita e inaugurou uma nova forma de pensamento. A escrita marcou um estágio mais avançado do pensamento, pois a organização do discurso redigido é paralela a uma análise mais fechada, um

ordenamento mais fixado da matéria conceitual, pressupondo, dessa forma, um processo de racionalização do real. O surgimento da escrita inaugura o discurso onde o *logos* não é mais somente palavra, como o *mythos*, mas assume o valor de racionalidade demonstrativa e se contrapõe, nesse, tanto em forma quanto em fundo à palavra *mythos*.

Em síntese, o homem passa de uma consciência de viver sob os caprichos de um Universo que o rejeita, para uma percepção que ele pode dominar este Universo. Segundo José Carlos Rodrigues (1998, p.37), um dos fatores que propiciaram ao homem a reversão dessa situação foi a inteligência, a razão; a partir, dela os humanos poderiam transformar partes do mundo em instrumentos, quer dizer, em ferramenta. Pode-se observar, então, que a linguagem, toma uma dimensão mais ampla na vida cotidiana, pois se torna seu sujeito e objeto, de forma que esta linguagem é também presente quanto à sua religiosidade além disso tem o poder de influenciar na construção da realidade. O sagrado está presente na vida cotidiana e terá a função de legitimar a sua realidade, com a sua linguagem, reforça-se e legitima-se essa realidade que, a princípio, estava sem sentido. Assim, para a construção da realidade social, o homem deve aproximar-se de Deus, ou de deuses, para, recebendo as “revelações”, entender e aceitar a realidade como ela é.

Para Émile Durkheim (2000, p.18), as entidades sobrenaturais são não-empíricas, e a ciência não pode demonstrar que realmente existem ou que realmente não existem: as idéias religiosas não são científicas. Ele define a religião como um sistema unificado de crenças e práticas relativas a coisas sagradas, isto é, a coisas colocadas à parte e proibidas – crenças e práticas que unem, numa comunidade moral única, todos os que as adotam. Segundo o autor, o contraste entre o sagrado e o profano é o traço que distingue o pensamento religioso. Seres,

lugares, objetos e forças sobrenaturais são sagrados, em face ao significado que têm para o crente; as coisas sobrenaturais consideradas más são ímpias. Proscritos e tabus cercam o sagrado, e a violação das regras é considerada profanação. Todo lugar, ser, coisa ou ato que não é sagrado ou ímpio é profano, secular. Por profano entende-se tudo aquilo que é considerado útil, prático ou familiar, que pertence ao mundo cotidiano, sem possuir o significado emocional característico do sagrado.

O sagrado e a religião, como fatos sociais, ocupam o espaço das experiências do homem, em gesto de religação e reecantamento do mundo. Para José Carlos Hernandez (1986, p. 82), quando o homem é conduzido a uma experiência com o “*Mistérium tremendum*”, esta experiência do sagrado mantém no homem a consciência do abismo, que é a experiência do poder de aniquilamento do divino e o fundamento da existência, onde o indivíduo é elevado a uma experiência com o divino, no qual é cativado, pelo mistério da profundidade do ser, a uma experiência que vai além da experiência cognitiva.

Sobre isso, Francis Schaeffer (1993, p.9) discute a questão da concepção *tomista*, afirmando que foi Tomás de Aquino (1225 - 1274) quem abriu caminho para a discussão do que era convencionalmente chamado de “natureza e graça”, esta correspondendo ao nível superior: o sagrado, Deus, céus, as coisas celestiais, etc. A natureza corresponde ao nível inferior: a criação, a terra, as coisas terrenas, o homem, etc.

Até esta época, pode-se notar a influência do sagrado em todas as áreas. Nas artes, por exemplo, as pinturas só podiam caracterizar a natureza com motivos sagrados, religiosos, assim como as esculturas. Mas, com a concepção tomista, abriu-se um caminho para o Humanismo Autônomo, uma filosofia autônoma, que logo adquiriu força e se tornou um verdadeiro dilúvio. Através dele, gradualmente, a

natureza se fez mais autônoma, libertando-se de Deus, do sagrado. Assim, quando a Renascença chegou ao seu clímax, a natureza havia devorado a graça. Como exemplo da época, Schaeffer comenta que:

... Na França, Fouquet (1416 – 1480), pintou por volta de 1450, a amante do rei, Agnes Sorel, como Maria. Todos quantos conheciam a Corte de perto, vendo o quadro, sabiam tratar-se da então amante do rei. Ademais, Fouquet pintou-a com um dos seios à mostra. Enquanto nos tempos precedentes a representação seria de Maria amamentando o menino Jesus, agora era a amante do rei, com um seio à vista – e a graça estava morta (SCHAEFFER, 1993, p. 14).

No entanto, ele acrescenta que, a partir do momento em que a natureza “devora” a graça, conseqüentemente, a arte e a ciência começaram a parecer destituídas de significação. No mundo real, na natureza, a vida não faz mais sentido, é inteiramente destituída de significação. O indivíduo usa um entorpecente a fim de tentar alcançar uma experiência mística sem qualquer relacionamento com o mundo racional. A razão básica dos indivíduos usarem os entorpecentes é que estão levando a sério não a sensação e o escape que proporcionam, mas que se sentem desesperados. Através dos entorpecentes, podem chegar a uma experiência religiosa (SCHAEFFER, p.23, 52).

Ainda hoje, o sagrado sobrevive na busca das pessoas para solucionar os seus dilemas interiores, bem como as suas enfermidades físicas, mentais e emocionais. Esta é a posição de João Batista Libânio (1991, p.10), quando afirma que não se pode falar de surto epidêmico quando a doença é endêmica. Não se pode falar de surto religioso junto a uma tradição constante religiosa, pois, para ele, há momentos fortes, há lugares privilegiados, onde o *iceberg* religioso coloca a cabeça de fora. Devemos entender que para Libânio, o povo brasileiro possui matriz religiosa constituída fundamentalmente pelo catolicismo tradicional ibérico, como exposto em:

A esta matriz se juntaram traços indígenas e africanos, sem falar de elementos do espiritismo e catolicismo tridentino. E que esta matriz religiosa brasileira é dominada por uma visão mágica e utilitária. O sucesso popular da oferta religiosa depende de sua ressonância nessa matriz. Ora, muitas dessas formas pentecostais exploram precisamente a cura, o exorcismo, a prosperidade material, respondendo a esses elementos de raiz da alma do povo. E que com as adversidades sociais, a miséria, as doenças, as péssimas condições humanas em que vive o povo recebem no exorcismo uma resposta negativa. E que como muitos sofrem de distúrbios psíquicos por causa da deficiência de alimentação na infância, das terríveis pressões da vida miserável que vivem, eles vêem no exorcismo, nos cultos, nas bênçãos, nas orações dos pastores uma cura, a expulsão desse demônio (doença psíquica), que os liberta. Expulsa-se assim o demônio presente em tantos males. A cura, neste caso, vem ao encontro da falta de saúde e condições médicas e sanitárias do país. E com a pregação moralista termina por levar o povo a economizar em gastos com bebidas, jogo, prostituição, etc. E assim prover-lhes melhora de vida. E, segundo Libânio, quanto mais esse círculo se realiza, mais se firma a idéia de que estas pessoas encontraram nestas igrejas a resposta a anseios, inquietudes, problemas que lhes atravessam a vida. A um povo doente, miserável, sofrido e explorado, as seitas oferecem realmente momentos de alívio, de paz e alegria no meio de tanta tristeza e sofrimento. Curam-lhes os males, exorcizam-lhes os demônios de tantos medos (assaltos, roubos, crimes, exploração, perda de emprego, doença, morte precoce, futuro dos filhos, etc.) e proporcionando-lhes melhora nas condições subumanas de vida (1991, p.11).

Libânio, na citação acima, não deixou clara a diferença entre religião e magia, uma vez que trata dos dois assuntos como se fossem sinônimos, enquanto são termos distintos. E deveria ser mais claro quando afirma o exorcismo como resposta negativa para os que vivem em miséria. Ainda quanto à relação entre miséria e religião, deve-se ler Max Weber, na obra *Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*, que trata do efeito da religião na vida dos protestantes.

4.2. Noção de culto e o sagrado:

Para continuar tratando do assunto, é necessário que se estabeleça uma noção, mesmo que superficial, de culto, partindo do princípio de que o sobrenatural é qualquer coisa em cuja existência se acredita, baseando-se em provas não-fundamentadas pela ciência. E ainda: as entidades sobrenaturais são não-empíricas e a ciência não pode demonstrar se realmente existem ou não, mas as idéias religiosas não são científicas.

Para Émile Durkheim (2000, p.20), a religião é um sistema unificado de crenças e práticas relativas a coisas sagradas, isto é, a coisas colocadas à parte e proibidas – crenças e práticas que unem numa comunidade moral única todos os que as adotam. Segundo ele, o contraste entre o sagrado e o profano é o traço que distingue o pensamento religioso. Seres, lugares, objetos e forças sobrenaturais são sagrados, em face ao significado que têm para o crente; as coisas sobrenaturais consideradas más são ímpias. Todo lugar, ser, coisa ou ato que não é sagrado ou ímpio é profano, secular. Profano é tudo aquilo considerado útil, prático ou familiar, que pertence ao mundo cotidiano, sem possuir o significado emocional característico do sagrado. O culto, para Durkheim (2000, p.21), promove o contato com o sagrado. Por isso, costuma ser realizado em lugares sagrados como templos, mesquitas, igrejas, nos quais há objetos sagrados: fetiches, árvores sagradas, altares. As pessoas que lideram o culto religioso também podem ser sagradas, ou, pelo menos, especialmente consagradas a esse trabalho. Nesse sentido é que as palavras sagradas exercem, no culto, função relevante: orações, invocações, trechos de textos sagrados e os mitos, muitas vezes associados a ritos específicos.

Ainda segundo Durkheim (2000, p.22), culto em sua significação religiosa, representa o conjunto de ritos, símbolos e cerimônias pelos quais os fiéis exprimem

ou alimentam seus sentimentos de submissão e devoção a seres superiores. Assim, há cultos solares, lunares, telúricos, agrários, de acordo com o princípio considerado soberano: Sol, Lua, Terra, deus da agricultura, etc. Em última análise, o culto, no sentido religioso, se refere à divindade.

No catolicismo, por exemplo, para o citado autor, há três espécies de culto: **latria**, devido somente a Deus, **hiperdulia**, devido a Maria, pelo grau singular em que viveu a vida divina e **dulia**, devido aos santos, aos anjos ou fiéis, que, depois da morte, são proclamados eminentes servidores de Deus e participantes da vida divina em alto grau.

A essência do culto, não somente expressa nos ensinamentos de Cristo e expressamente declarada na epístola aos Hebreus, como também reconhecida em todas as grandes religiões, consiste em “fazer sempre, de coração, a vontade de Deus”. O culto pode ser público ou privado, externo ou interno, absoluto ou relativo, como nos demais.

Concordamos com Durkheim quando afirma que a relação do homem com o divino se dá das formas as mais diferentes de acordo com cada religião. Por exemplo, no islã e no judaísmo, o homem cumpre obrigações religiosas submetendo-se aos mandamentos de Deus; nas religiões africanas e indianas, segue regras tribais estabelecidas pelos ancestrais, e na religião chinesa, alcançando uma harmonia, ou uma consonância, com as forças básicas da existência.

Por outro lado, é preciso ressaltar o pensamento de Paulo Romeiro (1995, p.51), na sua obra intitulada *Evangélicos em Crise*, onde ele defende a tese de que, mediante o desenvolvimento tecnológico das últimas décadas, o qual abriu largas avenidas para a pregação do Evangelho por meio da mídia, deu margem ao

aparecimento de um fenômeno antigo chamado, *culto à personalidade*. Segundo ele, isso acontece porque o ser humano é um adorador por natureza e cultuar é uma de suas atividades essenciais. No entanto, segundo o mesmo autor, no seu afã de adorar, tomou, ao longo da história, caminhos espirituais e socialmente tortuosos, pois, desde as savanas africanas, nos desertos da Arábia, até ao frenesi das grandes cidades, adoradores podem ser encontrados aos montes, ora prostrando-se diante de uma vaca sagrada, de algum amuleto, ou altar, ora diante de algum líder religioso ou guru. Romeiro acrescenta que essa atração, esse domínio e, muitas vezes, manipulação do ídolo exercido sobre o fã, se relaciona com um fator chamado *carisma*, que o dicionário *Aurélio* define como: “uma força divina conferida a uma pessoa ou a atribuição a outrem de qualidades especiais de liderança, derivadas da sanção divina, mágica, diabólica, ou apenas de individualidade excepcional” (AURÉLIO, 1988, p.130). Geralmente esta pessoa dotada de um forte carisma é conhecida por seu magnetismo irresistível, sua aparência de vencedor e pelo entusiasmo com que defende uma causa, ou apresenta um produto.

Além de Romeiro, Max Weber (1967, p.340) sociólogo alemão, analisa mais detalhadamente, o termo carisma, em seu livro *Ensaio de Sociologia*, como se nota em:

A expressão ‘carisma’ deve ser compreendida como se referindo a uma qualidade extraordinária de uma pessoa, quer seja tal qualidade real, pretensa ou presumida. ‘Autoridade carismática’, portanto, refere-se a um domínio sobre os homens, seja predominantemente externo ou interno, a que os governados se submetem devido à sua crença na qualidade extraordinária da pessoa específica. O feiticeiro mágico, o profeta, o chefe guerreiro, o chefe pessoal de um partido são desses tipos de governantes para os seus discípulos, seguidores, soldados, partidários, etc. A legitimidade de seu domínio se baseia na crença e na devoção ao extraordinário, desejado porque ultrapassa as

qualidades humanas normais e originalmente considerado como sobrenatural. A legitimidade do domínio carismático baseia-se, assim, na crença, nos poderes mágicos, revelações e culto do herói. (WEBER, 1967, p. 340).

4.3. O sagrado e legitimação social:

A sociedade é como um edifício social, "*uma frágil construção humana*", sustentada por três colunas: controle social, socialização e legitimação. Em primeiro lugar, quando se diz que é uma construção, é para ressaltar seu caráter histórico. A sociedade é produto de um longo trabalho de arquitetura, ela foi se constituindo, pouco a pouco, ao longo da história. Esta é diferente de uma visão metafísica do cosmos, segundo a qual a ordem social é vista como algo natural, criada pelos deuses no passado e que, portanto, não pode ser modificada. Ela é uma construção humana porque é obra da convivência entre os homens, resultado da aventura humana sobre a terra. Apresenta uma dimensão humana, em contraposição às crenças de que a sociedade poderia ter sido uma dádiva, uma ordenação feita por seres superiores, por deuses ou semi-deuses. E ela é frágil porque depende da aceitação do acordo entre seus membros.

A sociedade é fruto de um "Contrato social". Se num determinado momento, uma grande parte da população resolver quebrar esse contrato, e alterar essa ordem social estabelecida, teremos o Caos e o fim desse acordo. Para manter esse acordo e dar sustentação à ordem social, evitando descontentamentos, rupturas e rebeliões, pode-se pensar que a maior e mais constante arma utilizada seria a força física de repressão, mas não.

Para manter a coesão, a sociedade desenvolveu ao longo dos tempos, mecanismos que lhe dão sustentação, nos quais se encontra o sagrado. Dentre

estes, encontra-se o controle social que é um dos mais importantes pilares de sustentação da sociedade, são os meios pelos quais mantém os interesses de cada um dentro de certos limites, pela qual é possível a aventura da realidade social.

A socialização, por sua vez, condiciona o indivíduo a aceitar os padrões sociais estabelecidos pelos controles sociais. Desde a infância o indivíduo aprende as regras de convivência: o que se pode fazer, o que se deve fazer e o que é proibido e deve-se evitar. Esse processo acontece lentamente, devagar e constante. O indivíduo vai, aos poucos, se abrindo para o mundo exterior e vai assumindo a realidade social como sendo a sua própria realidade.

O processo de legitimação é um saber objetivado que serve para explicar e justificar a ordem social, para explicar a realidade social, para dizer porque as coisas são como são. Ela funciona no sentido de amenizar a revolta que poderia acontecer diante da consciência da realidade social. A religião é um instrumento amplo e efetivo de legitimação porque relaciona a frágil ordem social com a realidade suprema. Aquilo que não encontra resposta aqui neste mundo limitado, será explicado e justificado através de referências a uma realidade superior. Toda realidade social encontra, portanto, uma razão de ser relacionada com a realidade suprema. Através dos magos, sacerdotes, profetas, templos, livros sagrados, rituais, celebrações e liturgias, os homens se colocam em contato com seres celestiais e acham respostas aos seus porquês. Assim, o microcosmo é explicado pelo macrocosmo.

Desde as tribos humanas mais remotas e simples nas suas estruturas sociais até as sociedade atuais, os seres humanos têm estabelecido uma rede de símbolos religiosos. Assim, pode-se verificar que as civilizações mais primitivas viviam mais

intensamente dependentes do sagrado e o erigiam como marco central de sua busca.

Segundo Libânio (1991, p.8), o ser humano é um espelho que reflete a luz eterna e infinita do mistério, sempre potente e irradiante. Esse espelho humano, porém, vai sendo fundido de modos diferentes conforme as situações socio-culturais, de tal modo que a busca do sagrado não permanece apenas no nível estético ou da satisfação individual, mas envolve outros aspectos que interferem na estrutura social, provocando mudança social.

4.4. A realidade do sagrado:

O termo “*sagrado*”, conforme Libânio (1991, p.9), significa toda realidade tocada pelo divino, que se relaciona com o mundo de Deus (ou dos deuses). Corresponde, da parte do homem, a atitude de fé ou religiosa. Para ele, a dimensão religiosa faz parte da estrutura profunda do ser humano e se o recalque e a negação dessa dimensão ultrapassam o nível individual e atingem a coletividade, o preço que a nação pode pagar não é previsível.

Para Jean-Yves Leloup, na obra conjunta com Marie de Hennezel, *A Arte de Morrer* (1999, p.117), a palavra *sacer*, dá origem à palavra *sacerdócio*, subentende alguém que está à parte, que é colocado à parte; e o termo em latim tem a mesma significação do termo hebraico *kadesh*. Assim, ele acredita que não existe terra santa ou terra sagrada em si mesma, mas o que torna uma terra sagrada é a maneira de andar nela. Do mesmo modo, não existe corpo sagrado em si mesmo, mas é a qualidade da relação com esse corpo, que introduzirá algo sagrado. Da mesma forma, um lugar sagrado é um lugar ao qual a subjetividade está ligada através de um vínculo que lhe escapa, que não consegue apreender, reificar.

4.5. Nossa herança religiosa:

Rubem Alves (1984, p.39), esclarece que, no processo histórico, recebe-se uma herança simbólico-religiosa, a partir de duas vertentes. De um lado, os hebreus e os cristãos e do outro, as tradições culturais dos gregos e dos romanos. Com estes símbolos, vieram as visões de mundo totalmente distintas, mas elas se amalgamaram, transformando-se, vindo a florescer em meio às condições materiais de vida dos povos que os receberam, dando origem àquele período chamado de Idade Média. Para ele, não há outro período com o qual lhe possa ser comparado, pois nele os símbolos do sagrado adquiriram uma concretude e uma onipresença que faziam com que o mundo invisível estivesse mais próximo e fosse mais sentido que as próprias realidades materiais.

4.5.1. Quando tudo era sagrado:

Para Alves (1984, p.41), no contexto da Idade Média, todas as coisas giravam em torno do sagrado, passavam pelo poder do sagrado. Neste sentido é que se vê todas as coisas vinculadas ao sagrado. Por exemplo, as artes eram focalizadas de acordo com esta cosmovisão sagrada. Todas as coisas tinham seus lugares apropriados, tudo girava em torno de um núcleo central, uma temática que unificava todas as coisas: o drama da salvação, o perigo do inferno, a caridade de Deus levando aos céus as almas puras. Neste contexto medieval, tudo tinha um propósito definido, chamado de visão *teleológica* da realidade (de *τελος* - *telos*, termo grego que significa fim, alvo, propósito). Desta visão é que a ciência medieval se propunha a questionar: “para quê?”. Conhecer alguma coisa era saber a que fim ela se destinava. Daí, então, os filósofos se entregaram à investigação dos sinais que, de alguma forma, pudessem indicar o sentido de cada uma e de todas as coisas.

Libânio (1991, p.32) diz que o caso de Galileu Galilei se tornou um modelo dessa situação, pois, naquele momento religioso, os cardeais condenaram o cientista dentro dos cânones, que aceitar a experiência científica era ir contra a autoridade infalível da Escritura e da interpretação autêntica da Igreja. Nesse mundo sagrado, as normas, as regras, as crenças vinham impostas, através da tradição, garantida pela autoridade.

Assim, Francis Schaeffer (1993, p.28), como já dito anteriormente, discute a questão da concepção tomista, que abriu caminho para a discussão do que era convencionalmente chamado de “natureza e graça”, correspondendo a níveis opostos: esta, ao nível superior e aquela, ao nível inferior. Mas, com a concepção tomista, segundo Schaeffer (1993, p. 10), abriu-se um caminho para o Humanismo Autônomo, uma filosofia autônoma, que tão logo adquiriu força, e se tornou um verdadeiro dilúvio. E através da Renascença, gradualmente a natureza se fez mais autônoma, libertando-se de Deus, do sagrado. E quando a Renascença chegou ao seu clímax, a natureza havia devorado a graça, como já citamos anteriormente.

Pode-se ressaltar, assim, que à medida que a natureza é tratada como coisa autônoma e a partir daí, reveste-se de caráter destrutivo e, tão logo se estabeleça esse reino autônomo, verifica-se que o elemento inferior começa a corroer o superior.

4.5.2. Um deus sem teto:

Retornando a Rubem Alves (1984, p.44), ele afirma que, para os homens medievais, não havia fantasia alguma. Seu mundo era solidamente construído sobre o sagrado, e poucos foram os que duvidaram. Nesse sentido ele faz uma metáfora às receitas que produzem bolos gostosos, estes quando gostosos, não são questionados. E não são questionados porque há uma forte estrutura de

plausibilidade, isto é, uma ordem social estabelecida, que gera uma cosmovisão própria, com uma estrutura plausível. Em outras palavras, uma ordem social só se torna duradoura se estiver baseada sobre os alicerces de uma estrutura econômica, geográfica, política, religiosa, cultural e histórica determinada. Esta estrutura plausível é que dá garantia de continuidade do seu mundo. Ou seja, seu mundo, sua cosmovisão plausível, aceitável, que faz sentido. Essa estrutura de plausibilidade pode-se dar sob a forma de monopólio, como por exemplo, a plausibilidade da cosmovisão sagrada, religiosa, no ocidente cristão, ou qualquer outra sociedade. Alves acrescenta que, quando um determinado sistema de símbolos (como o sagrado) funciona de maneira adequada, as dúvidas não podem aparecer. A receita é rejeitada quando o bolo fica sistematicamente ruim; a dúvida e o questionamento surgem quando a ação é frustrada nos seus objetivos. Para ele, estes que duvidam e questionam ou *são loucos*, ou *são ignorantes*, ou *são iconoclastas irreverentes*.

Portanto, devemos lembrar de que, quando o mundo sagrado é questionado, se estabelece o sentido das coisas na “razão”, caindo no cientificismo racionalista, chamado Cartesianismo que, segundo Richard Tarnas (2001, p.298), Descartes estabeleceu uma maneira de chegar à certeza absoluta, através da racionalidade crítica disciplinada que superaria as informações proporcionadas pelos sentidos ou pela imaginação. Ele seria, segundo Tarnas, o novo Aristóteles, descobrindo uma nova ciência que introduziria o homem numa nova era de conhecimento pragmático, de sabedoria e de bem-estar.

O cartesianismo, para Libânio (1991, p.37), levou a razão humana, primeiro a determinar sua própria existência a partir da necessidade experimental; depois, à existência de Deus, destacando a razão humana como suprema autoridade em questões de conhecimento, capaz de distinguir a verdade metafísica segura e de

obter a segura compreensão científica do mundo material. O Cartesianismo afirma acreditar somente naquilo que a ciência pode explicar, confinando, assim, a questão do sagrado às ciências ocultas, sendo esta banida, como se fosse uma falsa ciência. O olhar não vê mais o sagrado, mas sim a obra da técnica; o olhar não se fixa na dimensão religiosa do universo, mas o analisa com os olhos da curiosidade científica, como se pode ver no texto de G. Gusdorf a seguir:

O mundo não fala mais ao homem, o céu não ressoa mais com esta harmonia das esferas que os Antigos percebiam, nem tampouco os cânticos das falanges celestes celebram a glória de Deus Os astros, outrora divinos, não passam de pedaços de matéria inerte em movimento na imensidão de um espaço sem limite, obrigados a seguir escrupulosamente no seu nomadismo a lei que estabeleceu o cálculo de Newton... (GUSDORF, 1978, p.33).

Esta nova classe começou a se interessar pelas atividades, como produzir, comerciar, racionalizar o trabalho, viajar para descobrir novos mercados, obter lucros, criar riquezas, etc., contrastando com a sacralidade inútil dos que ocupavam os lugares privilegiados da sociedade medieval, pois, para eles, o que não era útil devia desaparecer. E o homem medieval desejava contemplar e compreender a natureza, mas para a nova concepção, o que importava era transformar a natureza. A natureza nada mais é do que uma fonte de matérias-primas, e alguém vale o quanto ganha e enquanto ganha.

Neste contexto, segundo Alves (1984, p.48), vemos a ciência, por sua vez, deter-se ao lado dos vitoriosos e por eles ser subvencionada. Seus métodos e conclusões se mostraram extraordinariamente adaptados à lógica do mundo burguês. O que mais importava era saber “como as coisas funcionavam”. Conhecer é saber o funcionamento; e quem sabe o funcionamento tem o segredo da manipulação e do

controle. O sucesso da ciência foi total neste sentido, pois coisas bem sucedidas não podem ser questionadas. Como questionar a eficácia? Então, conclui-se que a ciência está do lado da verdade. O conhecimento só pode vir pelo método científico e isto significa objetividade. As coisas que são ditas e pensadas devem corresponder às que são vistas e percebidas. E isto é a verdade. É o advento de uma ordem social totalmente secularizada e profana.

Com o triunfo da ciência, Deus teve problemas sérios de habitação, pois foi despejado de um lugar, despejado de outro lugar; progressivamente foi empurrado para fora do mundo. Para que os homens dominassem a terra era necessário que Deus fosse confinado nos céus e dividiram, assim, áreas de influências. A religião ficaria com a administração do mundo invisível, a salvação e a cura das almas aflitas. E aos negociantes e políticos, foram entregues a terra, os mares, os rios, os ares, os campos, as cidades, as fábricas, os bancos, os mercados, os lucros, os corpos das pessoas. Mas, mesmo assim, apesar de tudo, as pessoas continuam ainda a ter noites de insônia e a pensar sobre a vida e sobre a morte. O sagrado sobreviveu como a religião dos oprimidos, conclui Alves (1984, p.103).

Hoje o sagrado sobrevive, podendo ser identificado na sua busca pelas pessoas para solucionar os seus dilemas interiores, bem como suas enfermidades físicas, mentais e emocionais.

Libânio (1991, p.76) afirma que há momentos fortes e lugares privilegiados, onde o iceberg religioso se expõe. Como se pode verificar, no mundo católico, os santuários e certos personagens sagrados catalisam essa torrente espiritual. Em momentos de mais sofrimentos, de mais dor, de mais carência, a onda religiosa atinge picos mais altos, como nos santuários de Aparecida do Norte, Juazeiro do

Norte, Penha, que sempre transbordam de peregrinos, carregados de esperanças. Trazendo seus pedidos, fazem promessas ou as cumprem, termômetro espiritual dessa maré constante do sagrado popular. Menciona, ainda, como tendência do sagrado popular, as classes de aparições e milagres que cercam certas estátuas da Virgem. O povo se reúne em torno desses centros de irradiação de sagrado, sedento de um conforto e de um sinal benigno dos céus. Personagens como o *Padim Ciço* ou *Frei Damião*, personagens que se transformam também em pólos de presença do sagrado, pontos de luz nessa escuridão secularizante da sociedade agressiva e dura para os pobres. Acrescenta também, nesse contexto religioso, tudo isso é permeado por novenas, bênçãos, procissões, peregrinações, romarias piedosas, festas do padroeiro ou padroeira, semana santa e outras tantas celebrações que pontilham o calendário religioso católico.

Libânio não é claro quando denomina o fenômeno religioso evangélico de seita, embora faça uma interpretação desse fenômeno religioso junto às camadas populares, que, segundo ele, exploram três veios importantes: exorcizar o demônio, provocar o milagre e o êxtase coletivo. Para ele, deve-se entender que o povo brasileiro possui matriz religiosa constituída fundamentalmente pelo catolicismo tradicional ibérico. A ela se juntaram traços indígenas e africanos, sem falar de elementos do espiritismo e catolicismo tridentino; esta matriz religiosa brasileira é dominada por uma visão mágica e utilitária. O sucesso popular da oferta religiosa depende de sua ressonância nessa matriz.

4.6. A reintegração do sagrado:

É possível encarar o sagrado como uma coisa sem importância como fizeram alguns pensadores do passado, mas não é possível ignorar que as pessoas encontram razões para viver e morrer em suas experiências com o sagrado,

atrelando-se a gestos loucos, a poemas e canções, até mesmo se entregando ao martírio, pois o sagrado possui algo mais que a pura ausência de sentido e não pode ser banido pela epistemologia.

Carlos José Hernandez, em seu livro *O Lugar do Sagrado na Terapia* (1986, p. 83), diz que, quando o homem é conduzido até seus limites, tem uma experiência estática do *mysterium tremendum* e do *mysterium fascinans*. Esta experiência do sagrado mantém, segundo ele, a consciência do abismo e o fundamento do ser, passando a ter o poder de aniquilamento do divino, no qual cada ser em particular é negado. De outro lado, está a experiência do poder elevado do divino, no qual o indivíduo é cativado pelo mistério da profundidade do ser, cujos símbolos mais importantes são coletivos e encontram-se virtualmente no sagrado. Assim, o indivíduo não tem como fugir do sagrado, ou da religião, pois ela está ligada à profundidade do seu ser; é um atestado do não aprendido do absoluto, expresso através de todo um simbolismo sagrado.

Em todos os tempos, o ser humano continua preocupado com a dimensão religiosa de sua vida. Pode esquecê-la durante um tempo, pode querer abafá-la, mas, em certos momentos, quer na vida pessoal quer na social, ela emerge com toda força. É necessário que seja tocado pelo sagrado, pois é ele que provoca e impele o homem à busca incessante de sentido para a sua ação no mundo e na história. Parodiando Fernando Pessoa, pergunta-se, sem a “loucura” do sagrado: “... que é o homem mais que a besta sábia cadáver adiado que procria” (PESSOA, 1971, p.51). A pergunta, a busca, o conflito, sob o símbolo do sagrado, perpassam toda a história da raça humana, desde suas origens à finitude do homem, resolvida na crença ou no delírio.

4.7. O simbolismo religioso.

Após discorrer sobre o sagrado, sua extensão e atuação, é necessário que se passe a analisar o simbolismo religioso e o contexto de sua atuação, pois, assim, pode-se verificar a sua influência na vida do ser humano.

Primeiramente, conscientes de que a alma humana é cheia de ambigüidade, como o casamento institucional e as relações fora da instituição, deve-se dar atenção para o Humanismo, para fazer uma revisão de paradigmas. O Humanismo é uma tentativa de colocar na compreensão as teorias pensadas, ou melhor, uma tentativa de que todas as teorias sejam recolocadas, na tentativa de fazer uma exegese de cada uma. E assim, tentar fazer uma exegese da alma, buscar os fundamentos do ser, da ruptura da essência humana, da recondução dos sentidos para a busca da essência com o ser, dentro de uma exegese de uma visão cosmológica. A visão Antropocêntrica é a visão do homem como ser “no” mundo enquanto a visão Cosmocêntrica, a visão do homem como ser “do” mundo, sendo esta última mais humanizada, uma percepção mais indireta, o domínio da discussão da causa primeira ou última do ser (ser do mundo), como afirma Gilbert Durand (1993, p.50).

Segundo o autor citado, o ser humano está, afastado de suas próprias raízes, vai à Marte, mas não vai para dentro de si mesmo. Segundo ele, é preciso aprender a elaborar o Mito de Fênix, aprender a encontrar-se dentro do labirinto. Segundo ele, a catástrofe averroísta provocou a ruptura dos mitos, pois a sociedade arcaica estava mais voltada para o ser humano, e a sociedade cartesiana estava interessada no dinheiro, no material e muito pouco com o interior, com o pensamento mítico.

Para Durand (1993, p.50), na medida em que o homem vai se identificando com o Mito, vai aprendendo a trabalhar a dimensão transcendente dentro dele, aprendendo que, enquanto o homem atual se estrutura nos dramas da vida, o Mito se estrutura nos conceitos de tragédia.

É nesse sentido que a metáfora do labirinto irá colocar os fundamentos últimos do ser. No centro do labirinto, vai-se ao encontro da dimensão mais sagrada da existência. Para isso o ser humano deve romper com a visão etnocêntrica que o pensamento cartesiano apresenta. Para ele, é a partir desta discussão que vai abrir-se para a concepção da realidade, uma vez que a consciência restrita não consegue captar planos mais simbólicos da existência.

Neste sentido, a imaginação simbólica vai desentranhar o sentido das coisas, vai levar o ser humano ao centro do labirinto, onde o símbolo não apresenta significado em si mesmo, mas remete a um outro significado. O símbolo vai em natureza do significado (o que é o homem dentro de si mesmo), vai a busca da causa primeira ou fundamento último do ser. Os símbolos em si mesmos não são compreendidos, a menos que nós os desentranhemos dentro de uma cultura. A imaginação simbólica se limita a uma redundância de gestos, de relações lingüísticas ou de imagens materializadas através de uma arte. Uma redundância significativa dos gestos constitui a classe dos símbolos rituais, como, por exemplo, o muçulmano que, na hora da oração, se inclina para o Oriente; o padre cristão que benze o pão e o vinho; o soldado que faz o juramento à bandeira; o bailarino, o ator, que interpretam um combate ou uma cena de amor e dão, através dos seus gestos, uma atitude significativa ao corpo ou aos objetos que manipulam. Segundo Durand, o significado já existe, mas o significante é construído. Enquanto o signo representa, na mente, o real, mostra apenas o significado; apenas subterfúgios da economia, que remetem

para um significado que poderia estar presente ou ser verificado, embora sejam escolhidos arbitrariamente.

Para Durand (1993, p.73), quando se acessa as forças simbólicas, acessa forças ocultas, forças transformantes; acessa questões da existência, da elaboração do equilíbrio e desequilíbrio, pois quanto mais se sobe, mais se desce. Este processo é a base do pensamento analógico e não do pensamento cartesiano, é o retorno a si mesmo, é o acesso da “alma do mundo”, é acessar o centro do labirinto, isto é, alcançar a dimensão numinosa de nós mesmos, pois, quanto mais livres dos condicionamentos, mais facilmente as intuições brotarão.

Durand (1993, p.57), afirma também que é necessário compreender bem os aspectos: normal e patológico do imaginário, pois, qualquer que seja o regime a que pertençam, em contato com a vivência do cotidiano, organizam os instantes psíquicos numa história, permitindo assinalar grandes manifestações psicossociais da imaginação simbólica.

Roger Bastide (1971, p.473), ao estudar o candomblé afro-brasileiro, assinalou, no seio do seu universo simbólico religioso, a junção dos símbolos e das atitudes rituais em torno de três princípios, que agem concorrentemente: o *Princípio de Ligação*, que caracteriza pela atuação do pensamento primitivo, mas também em oposição ao precedente; um *Princípio de Ruptura*, muito próximo do velho princípio de contradição e, finalmente, um *Princípio de Analogia*, sintético, que permite lançar uma ponte entre os dois anteriores. Estes três termos são três lógicas, a coerência concreta dos símbolos na constelação de imagens, revelando também, como forças de coesões, cujas lógicas constituem apenas a formalização.

Assim, pode-se verificar que o simbolismo religioso serve de instrumento auxiliar no acesso à dimensão numinosa do ser, fazendo com que o indivíduo acesse, ou

melhor, encontre os fundamentos últimos do ser, podendo, a partir daí, se encontrar como ser no mundo e não apenas, ser do mundo. O homem nem sempre tem coragem de ir para dentro de si mesmo. Por isso, quando o indivíduo se encontra em crise, em desequilíbrio, está mais sensível e predisposto para fazer esta viagem, buscando, assim, o sentido do sofrimento e da vida, que é feita dentro de seu mundo, de sua cultura, pois é nela que encontra os princípios fundantes do ser, onde o imaginário passa a ser a grande porta para a percepção indireta dos aspectos fundantes do ser. Neste sentido, pode-se verificar o papel do imaginário no centro do pensamento humano.

É preciso reconhecer fundamentalmente porque o pensamento humano é o pensamento de um "*animal symbolicum*", no qual a recondução do sentido, a tomada de consciência e seus meios são mais importantes do que o objeto de que se toma consciência. Para Durand (2001, p.87), porém, o imaginário, nas suas manifestações mais típicas (o sonho, o onírico, o rito, o mito, a narrativa da imaginação, etc.) e em relação à lógica ocidental desde Aristóteles, Sócrates, é alógico. O domínio do religioso como do profano no Ocidente passaram pelas mesmas perversões positivistas e materialistas, isto é, fundamentar a fé sobre o espírito dos tempos, com o esforço dobrado dos teólogos para desmitificar as verdades da fé e fundamentá-las em fatos históricos positivos.

5. REELABORAÇÃO DO SOFRIMENTO: A FORÇA DA RELIGIÃO NA CURA.

“Socorre-me, Senhor, socorre-me nesta miséria,
a morte bate à minha porta.
Acode-me Senhor, tu que venceste a morte (...)
Por isso, Senhor, é tempo agora.
Toma a dianteira da minha luta.
Eu sou muito fraco; dá-me força.
Agarro-me a ti por maior que seja a força do inimigo...”.

Oração na doença – Huldrych Zwingli (1484 – 1431)

Todo indivíduo em dado momento de sua vida inicia uma busca de conceito ôntico pessoal. Se não o faz pelas vias normais, será feito por meio da tragédia em que se encontra.

Tratar de tragédia humana é o que Dethlefsen (1997, p. 14,15) considera como o aprofundar nos problemas e nos conflitos da alma humana pois, para ele, toda pessoa está sobrecarregada de conflitos e de problemas, mesmo que não apresente sintomas físicos ou psíquicos.

É neste contexto, como diz Berman (1992, p.15:21), que o indivíduo busca desenvolver estratégias para reorientar a própria sobrevivência física, existencial e social. E, em meio à tragédia da doença, o indivíduo rompe com o que Giddens (1990, p.95) chama de segurança ontológica; esta se refere ao mito da continuidade e da constância da nossa identidade, da relação do eu com o outro, frente à imponderabilidade.

E Tarnas (2001, p.20-33), neste mesmo assunto, questiona: Como o indivíduo se reorienta simbolicamente diante da sua tragédia que o coloca diante da fragilidade e incapacidade? Como ele encontra as suas formas primordiais? Conseguirá reprimir seus sentimentos, entregando-se à apatia? Ao desespero? Ao isolamento? Como

ele supera a eminência da morte que se descortina? Para ele, estas são questões que o indivíduo sempre fará e tentará responder diante da tragédia e do sofrimento.

Numa situação normal, nenhuma pessoa pensa muito sobre sua própria existência ou sobre a finalidade de sua vida e muito menos aceita o sofrimento, como um mecanismo favorecedor para compreensão de sua própria existência. Como diz Kübler-Ross (1998, p.19), antes o nascimento era um evento mais natural, mais longo, mais doloroso; contudo, quando a criança nascia, a mãe estava desperta, tendo como recompensa do sofrimento o ato de ter e abraçar o filho. Hoje as mães são anestesiadas, na tentativa de evitar as dores e as agonias, não sentem nenhuma recompensa no sofrimento; muito pelo contrário, faz-se de tudo para fugir dele.

Assim, verifica-se que, em meio à tragédia, o indivíduo consciente ou inconsciente está propício a pensar nestes assuntos, como diz o sábio Salomão, “Melhor é ir à casa onde há luto do que ir à casa onde há banquete, pois naquela se vê o fim de todos os homens; e os vivos que o tomem em consideração” (Eclesiastes 7:2 – RA SBB -1999, p. 1032). Diante do sofrimento, o indivíduo é capaz de pensar no final de sua existência, o que não ocorre quando se está em um banquete ou em uma festa. Por isso, pode-se afirmar que, quando diante desta realidade de sofrimento, o ser humano busca refletir e buscar a reelaboração do seu ser.

Nesse sentido, a doença para Sontag (1984, p.10:13), pode ser vista como metáfora, pois, para ela, qualquer doença é encarada como um mistério temido, e literalmente, contagiosa. Os próprios nomes das doenças se tornam análogos de poderes mágicos, de forma que um indivíduo aceita normalmente se tratar do coração, mas esconderá e mentirá quando são acometidas de câncer, doenças tidas

como obscena, mau presságio, abominável, repugnante aos sentidos, uma sentença de morte.

A religião torna-se um instrumento de ajuda aos que estão diante de suas tragédias, auxiliando-os a analisarem suas vidas e sofrimentos, fazendo a reelaboração do sofrimento.

5. 1. Ciência, religião e Cura:

Por muito tempo a Ciência estudou e afirmou o fenômeno religioso como um tipo de doença. Pode-se, nesta direção, destacar o pensamento de Karl Marx e Sigmund Freud. Para Marx (1974, p.216), “religião é a autoconsciência e a maneira de sentir do homem que se encontrou. A religião é ópio do povo”. E Freud (1997, p.25) afirma que “a religião é uma forma de falsa consciência, uma enfermidade psicossocial que deve ser estudada como enfermidade”.

Embora a medicina tenha progredido a olhos vistos nas últimas décadas, tem contribuído também para o aumento de distúrbios psicossomáticos, problemas de comportamento, e de ajustamento, o que é, para ela, responsável pelo crescente medo da morte e do aumento de problemas emocionais, afirma Kübler-Ross (1998, p.05).

O fenômeno religioso é universal. A experiência e a expressão religiosa estão presentes e marcam profundamente toda a vida cultural humana. Em toda parte os seres humanos adoram divindades; as liturgias de adoração emanam de fontes espirituais e psicológicas da sua existência. Ser religioso é inerente à condição humana mesmo que se considere que a religião é uma doença.

Assim, Hernandez (1986, p.13) defende a idéia de que, se não se ignora o próprio corpo e o corpo do doente, da mesma forma não se deve ignorar o aspecto sagrado e religioso.

A partir deste ponto, verifica-se atualmente que a religião pode ser usada para a cura do indivíduo, conforme pesquisas recentes, as quais apontam que a Ciência sem a religião é parálitica e a religião sem a Ciência é cega, comprovando a necessidade de uma parceria entre ambas.

Raul Marino Jr (2005, p. 10), médico neurocirurgião, diz que não pode haver desarmonia entre a razão e a fé; uma deve servir de auxílio à outra. Os cientistas necessitam aprender a não odiar ou a ignorar as faculdades pelas quais Deus criou os homens superiores aos animais. Para ele, somente a fé pode fazer o homem crer naquilo que não se vê, dando certeza e permitindo entender aquilo em que se crê.

O autor citado (2005, p.14) afirma que, nas últimas duas décadas, vários autores vêm-se dedicando ao estudo neurofisiológico das experiências místicas ou espirituais, detectadas em voluntários durante a prece, a meditação e a contemplação as quais classifica como funções neurológicas do cérebro normal que funciona como uma janela para o mundo da alma, da consciência e do espírito.

Assim, para Marino Jr (2005, p. 37:77), o reino dos céus pode ser encontrado no lobo temporal direito do cérebro que é o meio biológico do homem se comunicar com Deus, pois as experiências transcendentais dependem de estruturas mais elevadas de cognição, sobretudo dos lobos frontais, do lobo temporal direito e de outras áreas de associação. E, ainda: o sistema límbico está intimamente relacionado a experiências espirituais.

Com base nos conhecimentos adquiridos, o referido autor (2005, p.93: 95) conclui que tudo o que acontece ou qualquer ação que se realiza pode ser associada à atividade de uma ou de mais regiões específicas do cérebro, incluindo as experiências religiosas ou espirituais, levando-se, ainda, a inferir a existência de Deus. O único lugar que Deus poderia revelar-se seria no emaranhado de vias neurais e estruturas fisiológicas do cérebro, e não, no coração, como queriam os antigos. E quando surge no homem o entendimento do religioso e do sagrado, em grande parte, pela atividade do sistema límbico, será esse conhecimento capaz de habilitá-lo a conduzir sua vida à reelaboração do sofrimento. Neste contexto, o médico citado coloca as experiências de quase morte (EQM) que, após experiência, desencadeia no indivíduo alterações significativas na visão mais profunda da vida.

Neste mesmo aspecto Jung (1992, p.9), a experiência espiritual transformadora está relacionada à questão do “arquetipo numinoso” em que a experiência com o sagrado o conduz a um mundo de imagens, que não pode ser compreendido, pois este mundo de idéias religiosas é formado de imagens antropomórficas que, enquanto tais, não podem passar pela crítica racional em virtude de se apoiarem em arquétipos emocionais.

No entanto, para Jung (1992, p.131), os arquétipos são os que realizam as transformações primárias, pois esta experiência não pode ser observada fora do homem; só pode ser investigada com a intervenção da consciência que a observa.

Já o Dr. MacMillen (1988, p.142), que durante anos atendeu pessoas de vários países em seu consultório, afirma que, entre estes, não houve um em que o problema não fosse a necessidade de religião. Ele afirma que, com o declínio da vida

religiosa, as neuroses crescem com mais freqüência, levando o paciente a procurar por algo que tome conta dele e dê sentido à sua vida.

A respeito da relação entre a ciência e a religião, o Dr. Dale Matthews, professor de Medicina, na Escola de Medicina da Universidade de Georgetown, nos Estados Unidos (1998, p.1), observa que o poder da fé e da religião têm exercido uma forte influência interna na manutenção da saúde e um auxílio ao indivíduo para enfrentar e para se recuperar da doença. Incorporar o espiritual no processo tradicional da prática médica é, para ele, um degrau essencial para a validação científica da religião e da comprovação do poder da fé na saúde e na cura. De forma que o autor citado, rotineiramente, procura conhecer a fé de seus pacientes, falando com eles sobre o poder da fé e da religião, orando e compartilhando as Escrituras Sagradas com eles. E, como professor na Escola de Medicina, ensina seus alunos que a dimensão espiritual tem sido lamentavelmente negligenciada pela medicina, estimulando-os a conhecer e a respeitar a vida religiosa de seus pacientes.

Como pesquisador, o Dr. Matthews tem presenciado evidências de uma forte ligação entre envolvimento religioso e saúde e que é necessário praticar a medicina como uma missão de servir às pessoas que necessitam de esperança e de fé. Ele espera que os profissionais da saúde aprendam que: “conhecimento do corpo humano é importante, mas conhecimento do espírito humano é mais importante. Técnica e habilidade para tratar doenças são importantes, mas cuidar das pessoas com amor é mais importante” (1998, p.7).

O autor citado (1998, p.269) conclui que, se o fator fé tem ajudado seus pacientes, a medicina precisa mudar, incorporando a dimensão espiritual na prática médica. E, se médicos receitam uma lista de estratégias básicas para prevenir a

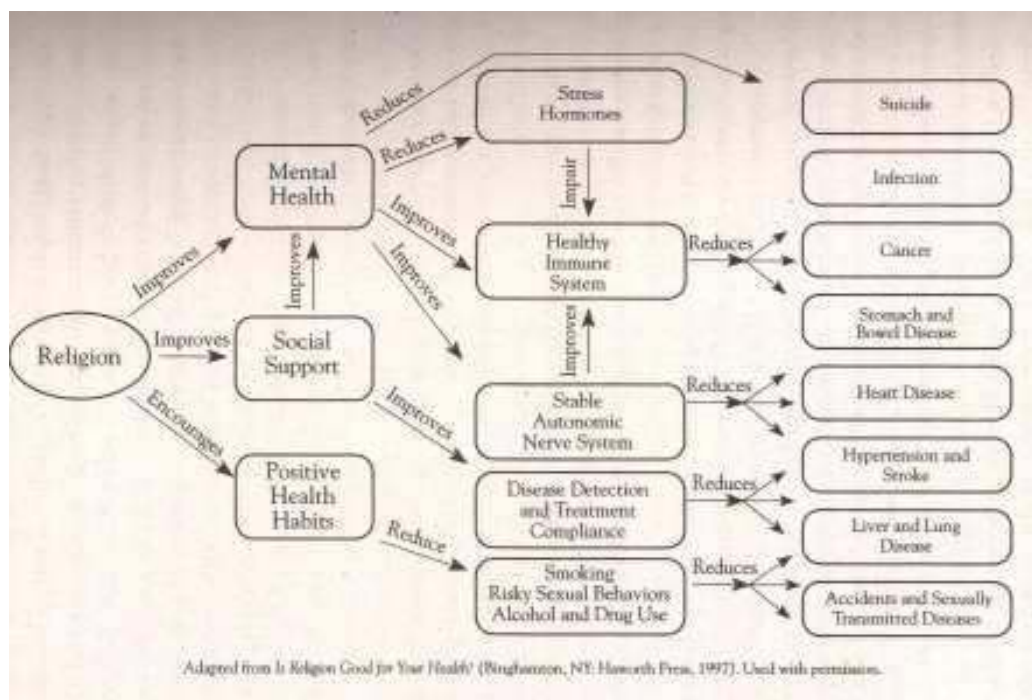
saúde, nesta lista, deveriam incluir também o fator fé uma vez que pesquisas científicas comprovam que o envolvimento religioso é importante na manutenção física e mental da saúde.

Seguindo esta mesma linha, o médico Dr. Larry Dossey, em seu livro *Prayer is Good Medicine* (1997, p.13), mostra que é necessário criar uma parceria entre fé e medicina, pois religião e ciência são de grande importância para a cura da dor na vida moderna. Não há necessidade de compartimentalizar a vida, colocando a inteligência num canto e a espiritualidade no outro.

Por meio de pesquisas, relata Dossey (1997, p.30), a oração, perto ou longe, trouxe forte influência sobre a vida das pessoas. Ela foi tão efetiva em grandes distâncias, como em locais fechados; foi tão efetiva quanto as drogas e as cirurgias, pois mobiliza as defesas da pessoa, ajudando-a a melhorar em muitas áreas da vida. A oração, para ele, não é melhor que a medicina moderna; a oração, a meditação e cirurgias são bênçãos, são dádivas. Por que não usá-las com reverência e gratidão?

O professor de Psiquiatria e Ciência do Comportamento, bem como diretor do Center for the Study of Religion / Spirituality da Universidade de Duke, Dr. Harold Koenig (2001, p. 21), em seu livro *The Healing Power of Faith: How belief and prayer can help you triumph over disease*, afirma que iniciou sua carreira de pesquisador com uma pequena investigação da relação entre o comportamento religioso e a ansiedade mórbida na velhice, cuja hipótese era a de que a fé religiosa, a prática da oração, a leitura bíblica e o atendimento religioso podem ajudar as pessoas idosas com diversos tipos de estresse, incluindo ansiedade mórbida. Tal hipótese foi posteriormente confirmada, comprovando que a religião foi especialmente importante entre os doentes crônicos e as pessoas idosas inválidas. Sua pesquisa comprovou

que pessoas que regularmente freqüentam igreja, oram individualmente e lêem a Bíblia, têm menos casos de pressão sangüínea, são menos hospitalizados, sofrem menos depressão diante dos estresses da vida, se recuperam mais depressa quando sofrem algum tipo de doença, melhoram o sistema imunológico, têm vida mais longa do que as pessoas menos religiosas. Assim, acredita que sua pesquisa estabelece um novo modelo de prevenção da saúde como fruto do benefício direto da religião, como se pode verificar no **quadro 1**, abaixo:



Fonte: KOENIG, 2001, p.262.

O Dr. Koenig, em sua obra *Spirituality in Patient Care* (2002, p.5:35), também discute a necessidade de inclusão da espiritualidade na prática clínica. Deve-se levar em conta a espiritualidade, pois ela pode influenciar muito no tratamento médico uma vez que muitos clientes são religiosos. Fica comprovado, segundo ele, que a maioria

dos doentes gostaria de incluir sua necessidade espiritual como suporte, especialmente quando a doença é séria. Conclui que é crucial a assistência espiritual ao paciente, pois, além de dar suporte à fé, traz grande benefício na sua recuperação e na manutenção da vida.

O médico Dr. Kenneth Cooper, em sua obra *É melhor acreditar* (1998, p.17), também mostra a importância da fé para a saúde e para a boa forma, indo além de métodos de ginástica ou de receitas de dietas. Para ele, a crença intrínseca, se caracteriza pelas seguintes qualidades de profundo compromisso espiritual; certeza de haver encontrado o significado último da vida, devoção pela oração e busca da verdadeira vida transformada. Ela é chave para o real poder espiritual, pois tem a capacidade de deflagrar grande enriquecimento pessoal em todas as áreas da vida, inclusive melhorar a saúde física, o bem-estar emocional e o nível de forma física.

O autor citado (1998, p.40) também afirma que estudos científicos comprovaram o fato de que pessoas com convicções religiosas e com valores pessoais profundos, podem obter melhoras substanciais no que diz respeito ao bem-estar físico e mental, tendo menos depressão, menos dependência ao tabagismo e menos abuso do álcool; mães e bebês mais saudáveis; melhoria na luta contra o câncer de cólon, retal e de mama; equilíbrio emocional mais sadio; redução do nível de estresse; menos pressão arterial, sistema cardiovascular mais saudável e laços conjugais mais fortes. Estas comprovações, segundo ele, estabelecem um elo entre fé e boa forma, pois as crenças são ferramentas motivacionais poderosas, com as quais o indivíduo, combinando as dimensões físicas e espirituais, com o uso de oração e meditação, melhora o seu desempenho. Para o autor citado, a crença para mudar a vida começa com um salto de fé e vai crescendo gradualmente por meio da disciplina pessoal.

5.2. Capelania Evangélica Hospitalar de Limeira e Cura:

5.2.1. Aspectos Metodológicos Gerais:

Para verificar e fazer a relação entre a pesquisa bibliográfica e a realidade da atuação do sagrado, juntamente com a capelania hospitalar, empregou-se uma metodologia que pudesse servir de ferramenta para responder os objetivos propostos, aos problemas apontados e as hipóteses levantadas.

A pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo, usando a técnica da abordagem exploratória e a da observação sistemática, são fundamentais para descrição e compreensão do fenômeno tal como ele se manifesta, pois tem, por objetivo, esclarecer e responder os questionamentos do projeto, bem como contribuir para estudos e para pesquisas posteriores.

E, para qualificar os objetivos e apresentar o procedimento e o método de pesquisa, inicialmente, esclarece-se que, uma pesquisa bibliográfica, juntamente com uma pesquisa de campo contempla o atendimento humanizado, enfocando o motivo de sua necessidade e de possíveis contribuições na melhoria da saúde dos doentes.

Segundo Cervo e Bervian (2002, p. 65), "a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos. (...) [e] busca conhecer e analisar as contribuições culturais e científicas do passado existente (sic) sobre determinado assunto, tema ou problema". E Gil (1991, p. 48), acrescenta que, "embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas".

Deste modo, como apontam Marconi e Lakatos (1996, p. 66), "a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras". Ora, é justamente essa a proposta desse projeto: perscrutar o atendimento humanizado com o intuito de analisar conjuntamente as questões formuladas, buscando um enfoque na reelaboração do sofrimento, possibilitando encontrar sugestões para atendimento e assistência com mais qualidade.

Segundo Michel Thiollent (1996, p.60), pesquisa de campo é a delimitação do campo de observação empírica, no qual se aplica o tema da pesquisa, que pode abranger uma comunidade geograficamente concentrada ou espalhada. Em alguns casos, a delimitação empírica está relacionada a um quadro de atuação, como no caso do hospital. Pode, neste caso fazer uso da amostragem, de acordo com a concepção da sondagem, determinando o seu tamanho, representatividade e confiabilidade. A coleta de dados é efetuada por grupos de observação e de pesquisa, podendo usar as técnicas de entrevistas, questionários, formulários.

Assim, entre todas as técnicas, optou-se pela pesquisa de campo, pela abordagem exploratória, que dá a vantagem da observação sistemática, a qual oferece dados relevantes. Como metodologia do trabalho, foi usada a técnica de questionários (**Anexos: 5 - 7**) que foram realizados com capelães, com doentes e com familiares, dos quais foram recolhidos dados sobre a atuação da capelania, sobre a experiência do doente, bem como do familiar que o acompanhou nesse processo de sofrimento.

A pesquisa de campo, com sua técnica de exploração, permitiu uma comparação entre a bibliografia consultada e a realidade da atuação da capelania evangélica no hospital. Deste modo este processo iniciou-se com um contato com a CEHL –

Capelania Evangélica Hospitalar de Limeira, na pessoa de seu presidente Rev. Jonas Zulske, da Igreja Presbiteriana do Brasil, de quem se obteve o consentimento livre e esclarecido (**Anexos: 3 e 4**).

A seguir em contato com a coordenadora da capelania no hospital Santa Casa de Misericórdia de Limeira, a Sra. Emma Maria Galvanin Sara, foram realizadas as entrevistas, feitas entre os meses de novembro de 2005 a janeiro de 2006 e recebe e consulta-se também o histórico da CEHL (**Anexo: 8**).

O questionário realizado com capelãs (**Anexo: 5**) foi feito com o objetivo de se verificar quanto à experiência e à percepção em relação aos efeitos do atendimento religioso na vida do enfermo, com questões de verificação de como e do que se deve falar com o doente e se o mesmo, por não conferir sentido à vida e à morte desenvolveu medo diante do sofrimento.

Outra questão se referiu ao enfrentamento do paciente, analisando-se se ele foi mais solícito a pensar nestes assuntos após atendimento da capelania.

Se a capelania serviu de auxílio para que o doente encontrasse o sentido para o sofrimento e para vida; se os meios usados pela capelania, como leitura bíblica, orações, cânticos e aconselhamentos, eram eficazes para auxiliar a reelaboração do sofrimento; se durante o seu trabalho, pôde comprovar a eficácia desse trabalho.

O questionamento aos enfermos (**Anexo: 6**) foi no sentido de verificar se ele teve conhecimento de que é um ser que tem um corpo e uma alma e se teve consciência de sua espiritualidade. Ainda: se a doença o ajudou a se encontrar consigo mesmo e a se localizar diante da vida; se o sofrimento produzido pela doença o ajudou a pensar na vida de forma diferente, se foi muito difícil lidar com o medo e a solidão diante do sofrimento.

Outros aspectos abordados pela entrevista foram: se o atendimento da capelania ajudou o doente reelaborar e a entender melhor o sofrimento e a vida; se, com o apoio da capelania, foi incentivado a dar mais atenção aos aspectos religiosos da sua vida se, depois do apoio da capelania, pôde entender e ver o sofrimento de outra maneira, se aceitou com mais facilidade o fato de estar doente.

O questionário, junto à família do doente (**Anexo: 7**), buscou averiguar se ela estava preparada para encarar o sofrimento do seu ente querido, se o atendimento da capelania havia causado mudanças e efeitos na família quanto ao sofrimento do ente querido, bem como do próprio sofrimento. Além disso, questionou-se se este sofrimento, havia feito com que os familiares pensassem nos aspectos religiosos da vida, ou se eles haviam sentido raiva em algum momento diante do sofrimento do ente querido.

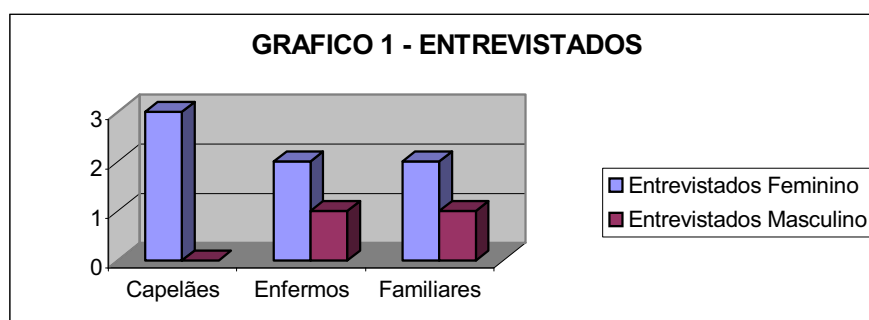
Outras questões referiram-se ao apoio recebido pela capelania, se este apoio ajudou na compreensão e na melhora do doente e quanto a problemas de comunicação entre a família e o doente e de dificuldades na conversa entre ambos.

Investigou-se também se a família sentia a mesma reação emocional que o doente e se ela encontrara apoio e respostas por meio do trabalho da capelania, encontrando assim ajuda para entender e aceitar melhor a doença e o sofrimento.

Os resultados obtidos e mostrados em gráficos, a partir das respostas, fornece elementos para analisar a realidade da capelania dentro do ambiente hospitalar, possibilitando, a partir daí, verificar a eficácia e a necessidade do atendimento religioso para o doente que, estando sofrendo, solitário, se sente fragilizado e com muitas questões ontológicas.

5.2.2. Dos Entrevistados:

As pessoas foram escolhidas por apresentarem condições de responder aos questionamentos pertinentes ao projeto de pesquisa (**Gráfico 1**): primeiramente, no caso das capelãs, por participarem voluntariamente do programa da capelania evangélica, após a realização de curso preparatório realizado pela coordenação da própria capelania evangélica; os enfermos, por estarem vivendo num momento de sofrimento físico, estarem hospitalizados e recebendo o atendimento religioso pela capelania e, os familiares, que estiveram envolvidos com o drama do sofrimento do ente querido e que também receberam apoio da capelania evangélica.



Fonte: Pesquisa Empírica 2005/2006

Foram inquiridos 03 capelãs; 03 enfermos, sendo 02, do sexo feminino e 01, do sexo masculino e 03 membros da família dos enfermos, sendo também 02, do sexo feminino e 01, do sexo masculino, perfazendo um total de 09 pessoas entrevistadas, conforme apresentado na **Tabela 1**.

Este foi um trabalho de busca de amostragem de experiência e depoimentos não propriamente em dados quantitativos, mas uma verificação que permitiu identificar as experiências de cada grupo, que são representativos para a análise da atuação e do efeito do sagrado nas referidas experiências.

Tabela 1: Identidade dos entrevistados:

IDENTIDADE	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
Capelãs	03	0	03
Enfermos	02	01	03
Familiar	02	01	03
TOTAIS	07	02	09

Fonte: Pesquisa Empírica 2005/2006

O enfoque desta pesquisa é a análise das respostas aos questionamentos sobre a experiência do capelão junto ao doente, a experiência e depoimento do referido doente em meio ao seu sofrimento e o recebimento do apoio da capelania por meio do sagrado e da espiritualidade, bem como a experiência dos familiares, que, embora não presente constantemente no hospital, mas recebendo apoio da capelania, também puderam acompanhar a melhora e transformação do seu ente querido. E, após verificação dos resultados, buscou-se comprovar a legitimidade da hipótese de que a capelania evangélica, por meio do sagrado, é um instrumento de auxílio para que o doente consiga reelaborar o seu sofrimento e o sentido de sua vida.

5.2.3. Análise dos resultados:

A pesquisa bibliográfica, juntamente com a pesquisa de campo, através das experiências e das respostas obtidas dos entrevistados, comprovam que a capelania, usando o fenômeno religioso, auxiliou o doente a se restabelecer e a reelaborar o seu sofrimento.

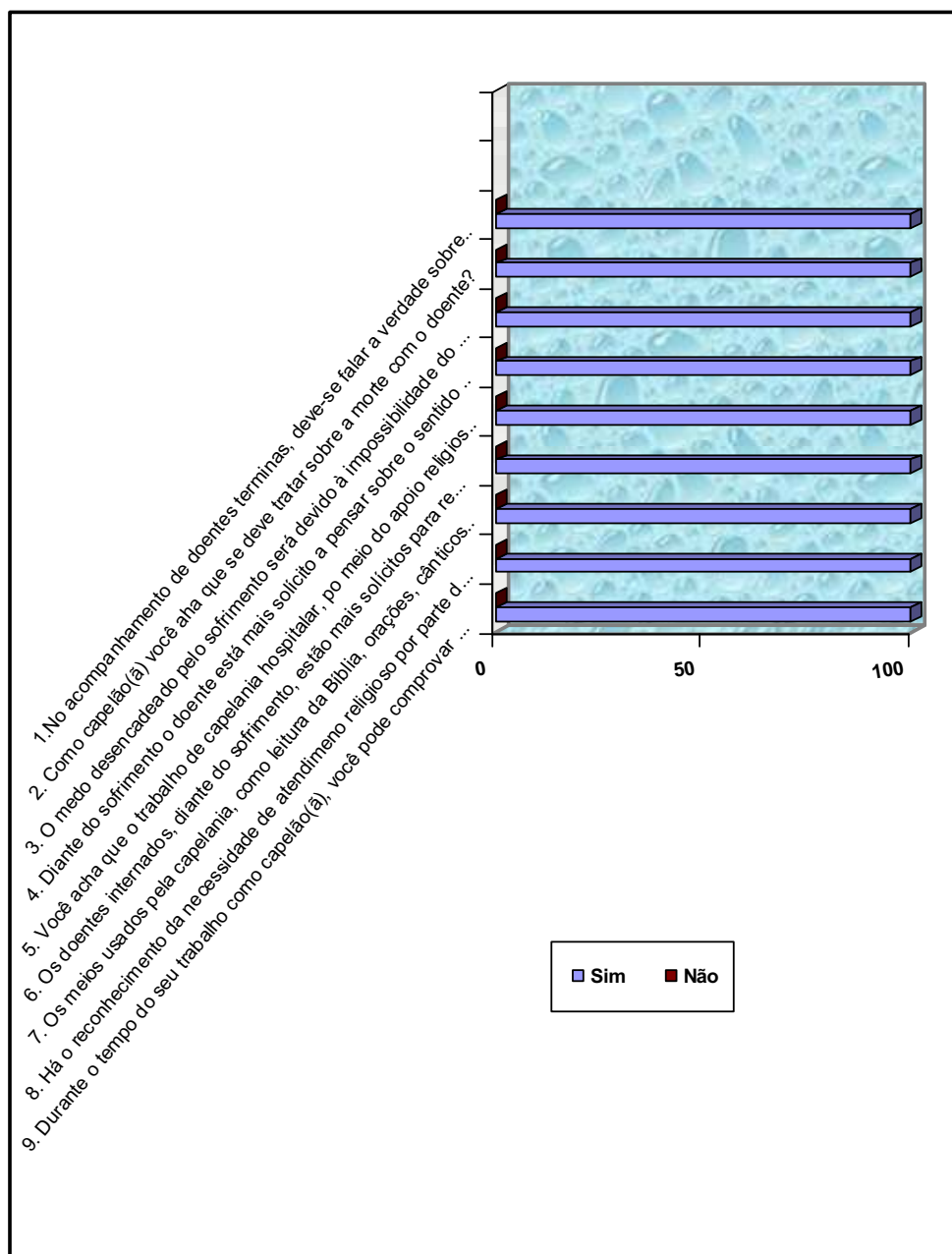
Neste século, a visão holística tem sido, cada vez mais, se evidenciado como um grito dos sofredores e uma exigência social. Assim, não se pode deixar de entender a religião como um fragmento dessa visão holística, uma vez que o termo holístico, deriva do grego "*holus*", que significa totalidade, inteiro, isto é, tratar o indivíduo como um todo. Além disso, deve-se também usar toda ciência que está disponível como auxílio para o bem estar do doente, como defende a medicina holística, uma vez que a abordagem do tratamento médico se baseia na teoria de que os organismos vivos e o meio ambiente funcionam juntos como um todo integrado.

Diante desta necessidade e do entendimento de que a capelania hospitalar tem a responsabilidade de atuar junto aos enfermos, auxiliando com palavras e ações de consolo, esta investigação concluiu que ela exerce uma contribuição significativa aos enfermos, auxiliando sua reelaboração, a resignificação do seu sofrimento, como se pode ver nos dados coletados descritos nos gráficos mais adiante.

Embora a análise dos resultados seja especificamente endereçada à verificação da reelaboração do sofrimento pelo doente, estes dados podem ser usados também para auxiliar e preparar outras pessoas que desejam ingressar no trabalho com capelania hospitalar.

5.2.3.1. Das Capelãs:

Gráfico 2 - Questionário com capelãs



Como sujeitos de pesquisa, as capelãs afirmam que, durante o tempo em que atuaram no hospital, comprovaram a eficácia do trabalho da capelania na vida de muitos doentes e concluem que, nesta atuação, os capelães devem, sempre que possível e se o doente quiser, falar a verdade sobre a sua realidade. Afirmaram ainda que o medo desencadeado pelo sofrimento é devido a impossibilidade do doente conferir sentido à sua vida e sua morte, mas que se mostra mais solícito para pensar sobre o sentido da vida e a receber atendimento religioso quando está diante do sofrimento. Assim, declararam que o trabalho da capelania, tendo como meio o apoio religioso, serve como instrumento de auxílio para que o doente encontre o sentido do seu sofrimento e da sua vida.

Finalmente, afirmaram que leituras bíblicas, orações, cânticos e aconselhamentos, usados pela capelania, são formas eficientes de auxílio na reelaboração do sofrimento.

Portanto, de acordo com os resultados obtidos (**Anexos: 5, 6, 7**) e depoimentos (**Anexos: 9 a 13**), concluí-se que a Capelania Evangélica Hospitalar de Limeira (CEHL), durante o tempo de sua atuação, se constitui forma eficiente na vida do doente. Verifica-se ainda que ela foi de grande importância para que muitos doentes pudessem ter seus sofrimentos amenizados e reelaborados como também redirecionassem suas vidas que, embora tendo entrado no hospital sem esperança nenhuma, saíram totalmente mudados e cheios de esperanças.

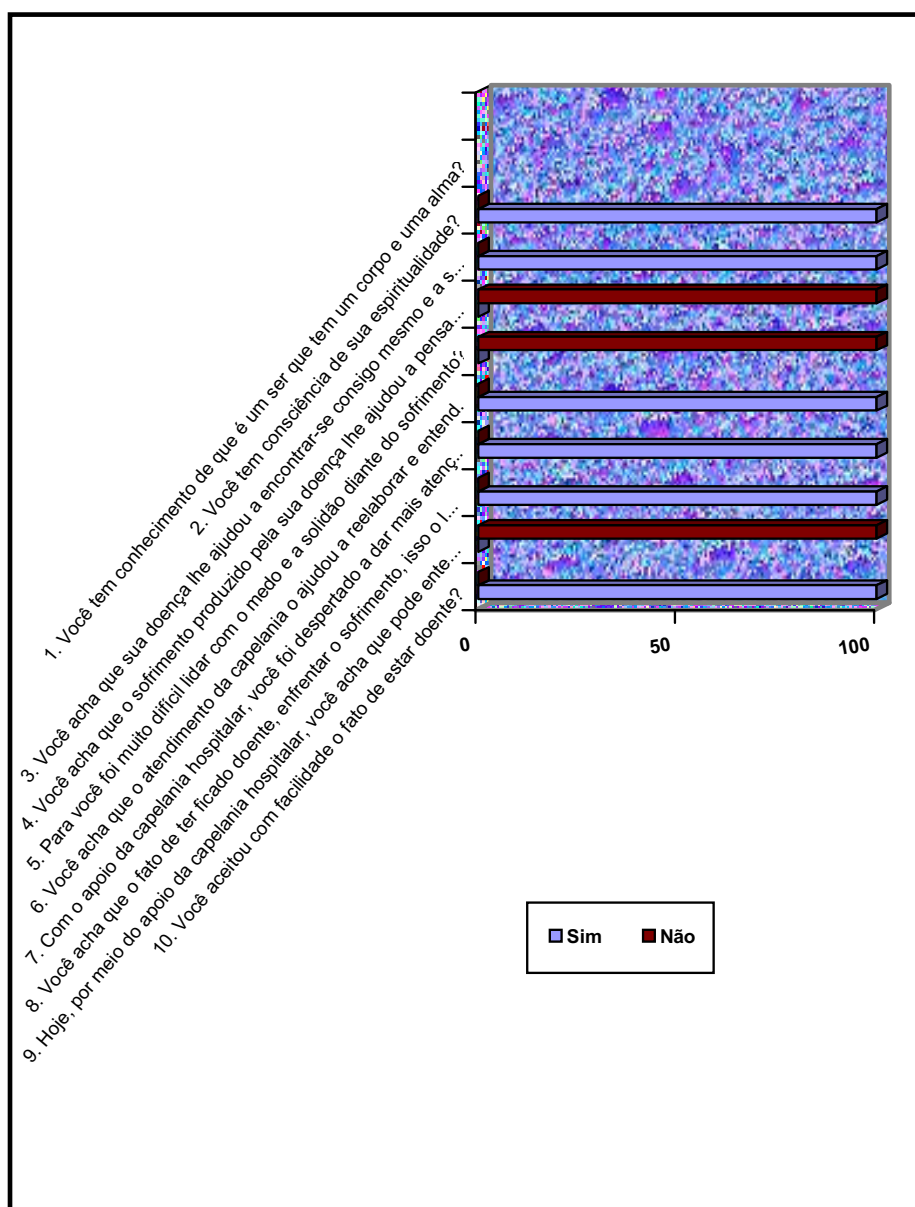
Por isso, em conformidade com as afirmações do Dr. Koenig (2002), o suporte espiritual é de grande importância e valia para o doente. E que a medicina deve incluir a assistência religiosa como parte do tratamento do doente, uma vez que a

maioria dos doentes são religiosos e gostariam de contar com ela em momentos de crise.

Segundo o citado médico (2002, p. 44), a assistência espiritual pode ser providenciada durante o atendimento médico outras vezes, a própria situação do doente clama por ela. Para ele, o atendimento espiritual deve levar em conta as condições do paciente para recebê-lo, assim como sua aquiescência, o curso geral da doença e sua resposta ao tratamento.

5.2.3.2. Dos Doentes:

Gráfico 3 - Questionário com Doentes



Fonte: Pesquisa Empírica 2005/2006

Os doentes, quanto a concepção ontológica, evidenciaram uma visão dicotômica do ser, conscientes de sua espiritualidade e que a doença os ajudaram a se encontrar consigo mesmos; a se localizarem diante da vida. A maioria deles achou que o sofrimento produzido pela doença os ajudaram a pensar na vida de forma diferente e também que foi muito difícil lidar com o medo e solidão diante do sofrimento. Concordaram, entretanto, que o atendimento da capelania os ajudaram a reelaborar e a entender melhor o seu sofrimento, incentivando-os a dar mais atenção aos aspectos religiosos da vida e por outro lado, a maioria afirmou que o fato de terem ficado doentes e terem enfrentado o sofrimento, não os levou a se sentirem inseguros e frágeis diante da vida.

Segundo estes dados, comprova-se que se pode explorar e mapear cientificamente os efeitos do sagrado e da fé na prática da medicina e da saúde emocional. Todos os sujeitos da pesquisa declararam que saíram de suas enfermidades e sofrimentos mais fortalecidos e esperançosos. Todos eles acreditam que suas curas vieram por meio da relação com a religião, numa experiência de fé e devoção.

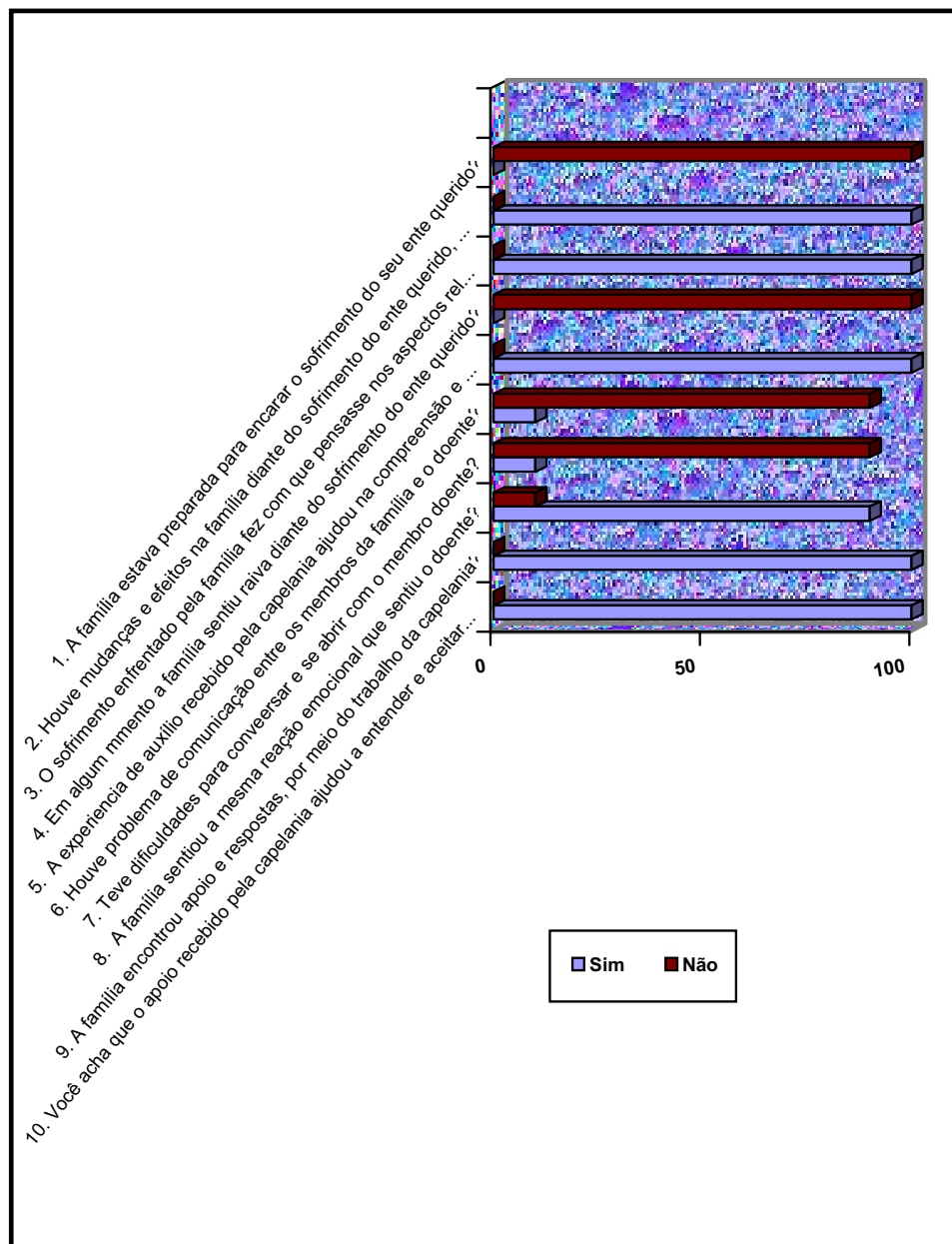
Por isso que, segundo o Dr. Koenig (1999, p.276), deve-se considerar necessário o serviço de atendimento religioso. Se o doente não é religioso, deve abrir sua mente para a existência de Deus e para o valor da religião e da espiritualidade na sua vida e na sociedade.

Se, porém, teve experiências negativas com religião no passado, deve discutir a respeito disto com pessoas religiosas, não esquecendo que elas também têm problemas como qualquer outro. Deve considerar a possibilidade de visitar ou freqüentar a uma igreja e também considerar a necessidade de ler as Escrituras

Sagradas ou testemunhos inspirativos de pessoas que tiveram experiências de fé, como C.S. Lewis; Martin Luter King Jr; Billy Graham. Finalmente, deve tentar adaptar os exemplos de pessoas religiosas em sua própria situação.

5.2.3.3. Dos familiares:

Gráfico 4 - Questionário com familiares dos doentes



Os familiares são os que estiveram mais próximos dos doentes e puderam acompanhar o processo de sofrimento e de recuperação, seja por meio da visita seja pela estadia em certo período de internação. Todos concordaram que não estavam preparados para encarar o sofrimento do seu ente querido e que isso provocou efeitos e mudanças no seu interior, assim como no doente, mas que, por estarem diante do sofrimento, esta situação os levou a pensarem nos aspectos religiosos das suas vidas.

Com essa experiência, não tiveram nenhum sentimento de revolta ou de raiva. Eles comprovaram também que o auxílio recebido da capelania hospitalar ajudou na compreensão e na melhora do doente. A maioria afirmou que não houve problema de comunicação com o doente; não tiveram dificuldade em conversar e se abrir com ele, mas que sentiram a mesma reação emocional dele, tendo um sentimento de empatia. Finalmente, todos foram unânimes em comprovar que encontraram apoio e respostas por meio do trabalho da capelania e que ela os ajudou a entender e aceitar melhor a doença e o sofrimento do ente querido.

A comprovação da força do sagrado e da capelania evangélica hospitalar na recuperação do doente parte do princípio de que o comportamento humano decorre de estímulos que vêm do exterior, isto é, tudo que o homem faz e pensa é reação de algo que o atinge e afeta. O sagrado, sendo uma imaginação, tem o seu valor para o indivíduo, pois serve como instrumento para o cumprimento das esperanças contidas na visão de seu destino.

6. UMA NOVA PARCERIA: MEDICINA E CAPELANIA - Considerações finais.

“Combati o bom combati, completei a carreira e guardei a fé”.

Apóstolo Paulo – II Timóteo. 4:7.

Sabe-se que o corpo é o primeiro momento da experiência humana, pois antes de considerá-lo como um “ser que conhece”, o indivíduo é um “ser que vive e sente”. É com o corpo que ele se engaja na realidade e nas relações sociais, sendo a dor e a doença, manifestações da corporeidade.

Quando se dá uma pancada em algum objeto, sente-se a objetividade desta ação, assim como todo órgão sente a doença ao ser afetado por um vírus ou uma bactéria.

No entanto, estes sentimentos nunca vêm separados da transcendência que reside no sentido que o indivíduo dá à sua doença ou ao uso que faz dela, uma vez que a doença pode ser ocasião de despertar a atenção do outro, a sua complacência, ou representar a forma sádica pela qual sacrificamos o outro.

De acordo com Spinoza (1973, p.185), em sua teoria do paralelismo, a relação entre corpo e espírito não é a de causalidade, mas a de expressão e de simples correspondência. O que se passa em um deles se exprime no outro; a alma e o corpo exprimem, no seu modo próprio, o mesmo evento. O corpo afeta outros corpos e é afetado por eles. Esta é a capacidade de agir com sua potência, produzindo paixões. Uma paixão, que é sofrimento, deixa de sê-lo no momento em que dela o indivíduo forma uma idéia clara e nítida.

A capelania, historicamente, sempre esteve ligada à medicina, à enfermagem e à religião, e também sempre serviu de veículo de auxílio àqueles que sofrem, para

que, estes, de uma forma ou de outra, pudessem encontrar o sentido da vida e ou da morte.

A Capelania Evangélica Hospitalar de Limeira (CEHL), por mais de uma década, tem atuado junto ao hospital da Fundação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, onde tem sempre pautado por um atendimento humanizado e ético.

A atuação da capelania evangélica relaciona-se com o sagrado e com o simbolismo religioso, uma vez que a realidade do indivíduo é dotada de sentido por meio da intersubjetividade e da linguagem. O simbolismo religioso é instrumento para dar sentido ao mundo, e expressa-se como um caminho de busca de soluções para os dilemas da vida, como enfermidades físicas, mentais e emocionais. Isto porque o sagrado, ou seja, a religião é um amplo instrumento de legitimação social, relacionando a sua realidade com a celestial, e o que não for solucionado aqui, certamente o será na realidade superior.

A pesquisa realizada no hospital da Fundação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Limeira mostrou que o poder da fé e da religião tem exercido grande força e valor na recuperação dos doentes. Com isso, cada vez mais se faz necessária à presença do capelão para a recuperação do paciente, ou para ajudá-lo a encontrar o sentido da vida. Como diz Viktor Frankl (1991, p. 68), em seu ensaio psicológico, que escreveu quando esteve encarcerado em campos de concentração de judeus na II Guerra Mundial e experimentou as agruras do sofrimento:

Pela maneira com que uma pessoa assume o seu destino inevitável, assumindo com esse destino todo o sofrimento que se lhe impõe, revela-se mesmo nas mais difíceis situações, mesmo no último minuto de sua vida, uma abundância de possibilidades de dar sentido à existência.

Para o autor citado, essa reflexão não está longe da realidade da vida e do mundo, pois sem dúvida, são poucas e raras as pessoas capazes e à altura dessa elevada proposta, pois segundo ele, foram poucos os que no campo de concentração mantiveram a sua plena liberdade interior e puderam alçar-se à realização daqueles valores possibilitada pelo sofrimento.

Pode-se, assim, citar o depoimento do senhor O. S. (**Anexo: 9**), funileiro de 45 anos de idade que em virtude de espancamento e de maus tratos, desenvolveu varizes no esôfago, e contraiu hepatite B e tuberculose. Com o agravamento das suas doenças, foi internado por várias vezes, até ser internado pela última vez, com um quadro de agravamento e laudo médico de poucas chances de recuperação. Segundo o senhor O. S., nesse tempo, após entrar em estado de coma, inconsciente, ouviu vozes de pessoas cantando ao longe, instantaneamente, sentou-se na cama e, chorando, pediu ao médico que o assistia, na tentativa de encontrar uma veia para injetar sangue, que trouxesse aquelas pessoas para cantar para ele, o que só foi feito depois de relutância médica. Neste momento, afirma O.S, teve uma experiência espiritual de arrependimento e um desejo de viver uma nova vida. Durante a sua internação e recuperação recebeu, atendimento da capelania evangélica por meio de orações, leitura bíblica e aconselhamento, por meio dos quais veio a ser reabilitado, afirma ele.

Esse é um depoimento de uma pessoa que por meio de uma experiência religiosa, por intermédio do cântico de hino executado por um coral evangélico, levantou-se das portas da morte, para uma nova vida. Atualmente, recuperado, sendo curado da hepatite e tuberculose, voltou a trabalhar, passando a freqüentar a Igreja Presbiteriana de Limeira, juntamente com sua família.

Há, também, a experiência da jovem senhora A.S.M. (**Anexo: 10**) dona de casa de 32 anos, teve um aneurisma cerebral ficando onze dias desenganada pelos médicos, sem reconhecer ninguém. Segundo ela, o que a confortava nessas horas eram as pessoas da capelania, que oravam, cantavam e liam a Bíblia com ela. Relata que um dia resolveu desafiar a Deus, orando, pediu por cura, dizendo que não aceitava aquela doença.

Segundo ela foi a primeira vez que falou assim com Deus e Ele a atendeu, pois a partir daí os médicos descobriram sua doença, sendo operada em três dias e recuperando-se. Depois desta experiência A.S.M. passou a dar mais atenção a sua espiritualidade, passando a freqüentar uma igreja evangélica e viver uma nova vida.

Todos os sujeitos de pesquisa, capelãs, doentes e familiares, são unânimes em afirmar que, por meio da capelania evangélica, tiveram uma experiência espiritual e cura de suas doenças, bem como encontraram o sentido das suas vidas e de seus sofrimentos.

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos constatou que a maioria dos médicos recomendou aos pacientes procurar um ministro religioso (pastor, padre ou rabino). Muitos deles recomendaram um ministro para tratar pacientes em depressão ou com desordens de humor, outros sugeriram a ajuda de um ministro para pacientes alcoólatras ou com problemas com drogas (KOENIG, 2002, p.26).

Essa crescente parceria entre médicos e capelães ou conselheiros pastorais, adequadamente treinados, faz parte de uma nova conscientização das necessidades espirituais dos enfermos atualmente. Por isso, nos Estados Unidos, várias faculdades de medicina incluíram em seus currículos temas como as necessidades espirituais dos pacientes e o cuidado pastoral (MATTHEWS, 1998, p.269).

Cada vez mais se faz necessária a presença da capelania dentro dos hospitais não com intenção de proselitismo, mas como uma figura de apoio e uma fonte de recursos espirituais um trabalho de capelania que atenda às diferentes necessidades dos pacientes.

Capelania é assunto que requer a maior seriedade. Da mesma forma que os profissionais na área médica se especializam cada vez mais para melhor servir o paciente e a instituição, a formação do capelão se torna imprescindível para poder desempenhar seu trabalho de uma forma mais efetiva. A capelania não deve ser vista como uma aventura espiritual ou apenas como visitação a pacientes. Entre outros requisitos, é necessário um treinamento em questões éticas para que haja uma sincronia entre o capelão e os outros profissionais da saúde. O que se visa é a saúde do paciente, seus interesses e suas necessidades, e não o contrário. Para desempenhar bem o trabalho de capelania, é também imprescindível que o capelão tenha treinamento teológico-pastoral, além de bons conhecimentos em psicologia, antropologia, e terminologia médica.

No Brasil, há uma grande lacuna nessa área de cuidado espiritual dos pacientes hospitalizados. É necessário que se faça uma nova leitura do que significa ser capelão. Atualmente o psicólogo hospitalar é o profissional que mais se aproxima emocionalmente do paciente. No entanto, ainda há lacunas no atendimento e persiste a necessidade de um profissional capaz de ministrar espiritualmente.

Em nosso país, observa-se uma crescente conscientização por parte de médicos, enfermeiros e administradores hospitalares sobre a necessidade de cuidado pastoral dos pacientes. Isso implicará, cada vez mais, a urgência de capelães treinados e formados para melhor exercer essa função.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ALVES, R. A. *O médico*. Campinas, SP.: Papirus, 2003.

_____. *O que é religião*, São Paulo, Abril Cultural: Brasiliense, 1984.

_____. *O Suspiro dos oprimidos*. 6ª edição. Coleção Tempo e Libertação. São Paulo: Paulus, 2006.

ANGERAMI, Valdemar Augusto. *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. Valdemar Augusto Angerami – Camon, organizador. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. *Filosofando: introdução à filosofia*. Maria Lúcia de Arruda Aranha & Maria Helena Pires Martins. 2 ed. rev. São Paulo: Ed. Moderna, 1993.

BASTIDE, Roger. *As religiões africanas no Brasil*. São Paulo, Ed. USP. Vol. II, 1971.

BERGER, Peter L. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERMAN, M. *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

BÍBLIA DE ESTUDO VIDA. João Ferreira de Almeida. RA. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1999.

BOFF, L. *O Senhor é o meu pastor: consolo divino para o desamparo humano*. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.

CAVALCANTI, Eleny V. P. *No leito da enfermidade*. São Paulo: CEP., 1989.

_____. *Necessidade psico-espiritual do paciente*. Revista Brasileira de Enfermagem. N° 3 – XXVII – jul/set. 1979.

CERVO, A. L. e BERVIAN, P. A. *Metodologia científica*. 4^o. ed., São Paulo: Makron Books, 2002.

CHAMPLIN, R. N. *Enciclopédia de Bíblia, Teologia e Filosofia*. Vol. II, IV, São Paulo: Ed. Hagnos, 2001.

_____ *O Novo Testamento interpretado*. Vol.II. São Paulo: Milenium, 1982.

CHARON, Joel M. *Sociologia*. Tradução Laura Teixeira Motta, 5^a edição, São Paulo: Editora Saraiva, 2002.

CLOTET, J. *Una introducción al tema de la ética*. Mexico: Psico, 1986.

CÓDIGO DO DIREITO CANÔNICO. 12^a edição Revista e Ampliada com Legislação Complementar da CNBB. São Paulo: Edições Loyola, 1983.

COOPER, Kenneth H. *É melhor acreditar*. Tradução de Ricardo Aníbal, São Paulo: Editora Record, 1995.

DETHLEFSEN, T. *Édipo: o solucionador de enigmas*. São Paulo: Editora Cultrix, 1997.

DICIONÁRIO AURÉLIO BÁSICO DA LÍNGUA PORTUGUESA, Aurélio Buarque de Holanda Ferreira e J.E.M.M. Editores, Ltda, Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S/A, 1988.

DOSSEY, Larry. *Prayer is good medicine*. New York: HarperCollins Publishers, 1996.

DURKHEIM, E. *As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália*. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DURAND, G. *A imaginação simbólica*. Lisboa: edições 70, 1993.

_____ *O imaginário: Ensaio acerca das ciências e da filosofia da imagem*. 2^a ed. Rio de Janeiro: DIFEL, 2001. 128 p.

ELLENS, J. Harold. *Graça de Deus e saúde humana*. Editora Sinodal, São Leopoldo, RJ. 1982.

FRANKL, Victor E. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Tradução: Walter O. Schulupp e Carlos C. Avelino; 2ª ed. São Leopoldo: Editora Sinodal. Petrópolis: Editora Vozes, 1991.

FREUD, Sigmund. *O futuro de uma ilusão*. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu, Rio de Janeiro: Imago Ed., 1997.

GAARDER, J; HELLERN, V; NATAKER, H. *O livro das religiões*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

GIDDENS, A. *As conseqüências da Modernidade*. São Paulo: Editora Unesp. 1990.

GIL, Antônio Carlos, *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, São Paulo: Atlas, 1999.

GELAIN, J. *Deontologia e enfermagem*. 3ª edição, Revista e atualizada, São Paulo: EPU, 1998.

GINGRICH, F. W. *Léxico do Novo Testamento grego/português*. Trad. Júlio P. T. Zabatiero. São Paulo: Edições Vida Nova, 1984.

GONZALEZ, J. L. *Uma história do Cristianismo: a era dos mártires*. Trad. Key Yuasa. Vol. I. São Paulo: Editora Vida Nova, 1980.

_____ *Uma história do Cristianismo: a era dos gigantes*. Trad. Key Yuasa. Vol. II. São Paulo: Editora Vida Nova, 1980.

_____ *Uma história do Cristianismo: a era dos altos ideais*. Trad. Key Yuasa. Vol. IV. São Paulo: Editora Vida Nova, 1981.

GRANDE ENCICLOPÉDIA LAROUSSE, São Paulo: Plural Editora, 1998

GUSDORF, G. *A agonia da nossa civilização*. São Paulo, Convívio, 1978.

HACK, Osvaldo H. *Ética cristã na educação*. In *Ética: reflexões contemporâneas*. De Liberal, Márcia Mello Costa e Souza Neto, João Clemente (Orgs). Curitiba: Arauco Editora, 2005.

HENNEZEL, Marie de & LELOUP, Jean-Yves. *A arte de morrer*, Petrópolis, RJ, 4ª. Edição, Editora Vozes, 1999.

HERNANDEZ, José C. *O lugar do sagrado na terapia*. Tradução Therezinha F. Privatti. São Paulo: Nascente / CPPC, 1986.

HOUAISS, A & VILLAR, M. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2001.

JOHNSON, H. N. *Introdução sistemática ao estudo da sociologia*, Rio de Janeiro: Editora Libador, 1980.

JUNG, C. G. *Respuesta a Job*. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1992.

KOENIG, Harold G. *The healing power of faith: How belief and prayer can help you triumph over disease*. New York: Toughstone Book, 1999.

_____. *Spirituality in patient care: why, how, when, and what*. Pennsylvania: Templeton Foundation Press, 2002.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Fontes, 1996.

_____. *Os segredos da vida*. Elisabeth Kubler-Ross e David Kessler; tradução Claudia Gerpe Duarte. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

LELOUP, Jean-Yves. *Caminhos da realização: dos medos do eu ao mergulho no ser*, Petrópolis, SJ, Editora Vozes, 2001.

LIBÂNIO, J. B. *A busca do sagrado*. São Paulo: FTD, 1991.

LINN, Matthew. *Cura da dor mais profunda*. Matthew Linn, Dennis Linn, Sheila Fabricant. Tradução de Jacíra R. Smaika. São Paulo: Verus Editora, 2000.

_____. *Abuso espiritual e vício religioso*. Matthew Linn, Dennis Linn, Sheila Fabricant. Campinas, SP: Verus Editora, 2000.

MANUAL PRESBITERIANO / Supremo Concílio Igreja Presbiteriana do Brasil. 16ª Ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2005.

MARCONI, M. de A. e LAKATOS, E. M. *Técnicas de Pesquisa*. 3ª. Ed., São Paulo: Atlas, 1996.

MARINO JÚNIOR, Raul. *A religião e o cérebro: as novas descobertas da neurociência a respeito da fé humana*. São Paulo: Editora Gente, 2005.

MARX, K. *Manuscritos: economia y filosofía*. Tradução Francisco Rubino Llorente. Madrid: Alianza Editorial, 1974.

MATTEWS, Dale A. *The faith factor: proof of the healing power of prayer*. New York: Penguin Books, 1998.

MENDONÇA, Antonio. Gouveia de & VELASQUES, Prócoro Filho. *Introdução ao protestantismo brasileiro*. São Paulo: Loyola, 1990.

MENDONÇA, Antonio. Gouveia de. *Protestantismo Latino -americano entre a racionalidade e o misticismo*. In: Revista Estudos da Religião, Ano XIV, nº 18, julho de 2000, UMESP.

_____. *Celeste porvir*. S. B. Campo, SP.: UMESP, 1984.

MURARO, Rose Marie. *As mais belas orações de todos os tempos*. Seleção e tradução de Rose Marie Muraro e Frei Raimundo Cintra. 9ª edição, São Paulo: Editora Pensamento - Cultrix, 2001.

NOVA ENCICLOPÉDIA ILUSTRADA FOLHA. Vol. I, II. São Paulo: Publifolha, 1996.

OLIVEIRA, José Carlos de (org) *Oito em um acadêmico: código civil, código de processo civil, código penal, código de processo penal, código comercial, código tributário, consolidação das leis trabalhistas, código de defesa do consumidor, constituição federal, índices alfabéticos remissivos e legislação complementar*. São Paulo: Lemos e Cruz, 2006.

OTTO, R. *O sagrado*. Tradução João Gama. Lisboa: Edições 70, 1970 ?.

PESSOA, Fernando. *Seleção poética*. Rio de Janeiro, Instituto Nacional do Livro, 1971.

PAIXÃO, W. *História da enfermagem*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Julio C. Reis Livraria. 1979.

PESSINI, Leo & BARCHIFONTAINE, Christian P. *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

RODRIGUES, J. C, in *Cultura & Imaginário: interpretação de filmes e pesquisa de idéias*. Org. Everardo Rocha. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

ROMEIRO, P. *Evangélicos em crise*. São Paulo: Editora Mundo Cristão, 1995.

SAAD, Marcelo. *Espiritualidade baseada em evidências*, in *Acta Fisiátra*, vol.8, nº 3, dezembro de 2001.

SARA, Emma M. G. *Textos fornecidos – 11/2005 – Limeira, SP*.

SCHAEFFER, Francis. *A morte da razão*, São José dos Campos, ABU Editora e Editora Fiel, 1993.

SINGER, P. *Ética prática*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Coleção Tendências, Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOUZA NETO, João Clemente & MONEZI, Mary Rosane Ceroni. *A influência da conduta ética no código profissional*. In *Ética: reflexões contemporâneas*. De Liberal,

Márcia Mello Costa e Souza Neto, João Clemente (Orgs). Curitiba: Arauco Editora, 2005.

SPINOZA, B. *Ética*. Coleção: os pensadores, São Paulo: 1973.

TARNAS, Richard. *A epopéia do pensamento ocidental: para compreender as idéias que moldaram nossa visão de mundo*. Tradução de Beatriz Sidou. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*, 7ª. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

VERNANT, Jean-Pierre. *Mito e sociedade na Grécia antiga*. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1992.

ZITI, Lizwaldo M & FERREIRA, Damy. *Capelania Hospitalar Cristã*. Santa Barbara D'Oeste: Socep, 2002.

WEBER, Max. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Editora Pioneira, 1967.

WOLFF, Hanna. *Jesus psicoterapeuta*. Tradução: Atílio Brunetta, 2ª edição, São Paulo: Edições Paulinas, 1990.

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS:

<http://www.limeira.sp.gov.br/municipio/index.htm> – acesso em 20/09/2006, às 19:30hs.

<http://www.santacasalimeira.com.br/santacasasaúde/histórico.htm> – acesso em 20/09/2006, às 20:00hs.

<http://www.dhnet.org.br/direitos/decon> – acesso em 03/10/2006, às 22:00hs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Frutos dos benefícios diretos da religião	79.
Gráfico 1. Caracterização dos entrevistados	85.
Tabela 3. Identificação dos entrevistados.....	85.
Gráfico 2. Questionário com capelãs	88.
Gráfico 3. Questionário com doentes	91.
Gráfico 4. Questionário com familiares dos doentes	94.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de informação ao sujeito de pesquisa	110.
Anexo 2. Termo de consentimento livre e esclarecido	111.
Anexo 3. Carta de informação à Instituição	112.
Anexo 4. Termo de consentimento livre e esclarecido à Instituição	113.
Anexo 5. Questionário para entrevista com capelães	114.
Anexo 6. Questionário para entrevista com enfermos	115.
Anexo 7. Questionário para entrevista com familiares dos enfermos	116.
Anexo 8. Histórico da Capelania Evangélica Hospitalar de Limeira	117.
Anexo 9. Depoimento de O. S.	123.
Anexo 10. Depoimento de A. S. M.	124.
Anexo 11. Depoimento de C. R. S.	125.
Anexo 12. Depoimento de I. S. O.	126.
Anexo 13. Depoimento de Dr. G. S.	127.

Anexo 1.**CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA**

O presente trabalho se propõe a estudar como o sagrado na Capelania hospitalar, serve como meio de reelaboração do sofrimento em pacientes internos na Santa Casa de Misericórdia de Limeira. Os dados para estudo serão coletados através de questionário e de depoimento.

Os instrumentos de avaliação serão aplicados pelo pesquisador responsável na presença de uma pessoa da Capelania Evangélica de Limeira, no quarto onde estiver internado o paciente. Este material será posteriormente analisado e será garantido o sigilo absoluto sobre as questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes. A divulgação do trabalho terá finalidade acadêmica, esperando contribuir para o maior conhecimento do tema estudado. Aos participantes cabe o direito de retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo algum.

Os dados coletados serão utilizados na dissertação de Mestrado do aluno Ismael Paula de Souza, aluno do programa de Mestrado em Ciências da Religião da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Ismael Paula de Souza

Profª Dra. Márcia Costa De Liberal

Universidade Presbiteriana Mackenzie

(0XX11) 2114 8867 – São Paulo, SP.

Anexo 2.**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o(a) senhor(a) _____, sujeito de pesquisa, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal podem, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

Limeira, _____ de _____ de 2005.

Assinatura do sujeito ou seu representante legal

Anexo 3.**CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO**

Esta pesquisa tem como intuito analisar se o simbolismo religioso usado pela Capelania Hospitalar é um meio para a reelaboração do sofrimento. Estaremos avaliando capelães e o seu trabalho, bem como, pacientes internos e seus familiares. Levantaremos, portanto, por meio de questionário e depoimentos informações sobre a reelaboração do sofrimento ocorrida nestes pacientes, por meio do trabalho da capelania hospitalar.

Para tal solicitamos a autorização desta instituição para a triagem de colaboradores, e para a aplicação de nossos instrumentos de coletas de dados; o material e o contato interpessoal não oferecerão riscos de qualquer natureza aos colaboradores e à instituição. Os indivíduos não serão obrigados a participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento. Tudo o que for falado será confidencial e usado sem a identificação do colaborador e dos locais. Quaisquer dúvidas que existirem agora ou depois poderão ser livremente esclarecidas, bastando entrar em contato conosco no telefone abaixo mencionado. De acordo com estes termos, favor assinar abaixo. Uma cópia ficará com a instituição e outra com o pesquisador. Obrigado.

Ismael Paula de Souza

Profª Dra. Márcia Costa De Liberal

Universidade Presbiteriana Mackenzie

(0XX11) 2114 8867 – São Paulo, SP.

Anexo 4.**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) senhor(a) _____, representante legal da instituição, após a leitura da carta de informação à Instituição, ciente dos procedimentos propostos, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância quanto à realização da pesquisa. Fica claro que a instituição, através de seu representante legal, pode, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

Limeira, _____ de _____ de 2005.

Assinatura do representante da instituição

Anexo 5.**QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA COM CAPELÃES:**

Nome:

Idade:

1. No acompanhamento de pacientes terminais, deve-se falar a verdade sobre sua realidade? () Sim () Não
2. Como capelão você acha que se deve tratar sobre a morte com o paciente?
() Sim () Não
3. O medo desencadeado pelo sofrimento será devido à impossibilidade do doente conferir sentido à vida e à morte? () Sim () Não
4. Diante do sofrimento o doente está mais solícito a pensar sobre o sentido de sua vida? () Sim () Não
5. Você acha que o trabalho de capelania hospitalar, por meio do apoio religioso, ajuda o doente a encontrar o sentido para o sofrimento e para a sua vida?
() Sim () Não
6. Os doentes internados, diante do sofrimento, estão mais solícitos para receber o atendimento religioso? () Sim () Não
7. Os meios usados pela capelania, como leitura da Bíblia, orações, cânticos e aconselhamentos, são meios eficazes para a reelaboração do sofrimento do doente? () Sim () Não
8. Há o reconhecimento da necessidade de atendimento religioso, por parte do corpo clínico do hospital?
() Sim () Não
9. Durante o tempo de seu trabalho como capelão, você pôde comprovar a eficácia desse trabalho na vida de algum doente?
() Sim () Não
a) Quantos? _____.
10. Faça um breve depoimento sobre a capelania e seu trabalho (use o verso da folha).

Anexo 6.**QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA COM ENFERMOS**

Nome:

Idade:

1. Você tem conhecimento de que é um ser que tem um corpo e uma alma?
() Sim () Não
2. Você tem consciência de sua espiritualidade?
() Sim () Não
3. Você acha que sua doença lhe ajudou a encontrar-se consigo mesmo e a se localizar diante da sua vida?
() Sim () Não
4. Você acha que o sofrimento produzido pela sua doença ajudou você a pensar na vida de forma diferente?
() Sim () Não
5. Para você foi muito difícil lidar com o medo e a solidão diante do sofrimento?
() Sim () Não
6. Você acha que o atendimento da capelania o ajudou a reelaborar e entender melhor o seu sofrimento e a sua vida?
() Sim () Não
7. Com o apoio da capelania hospitalar, você foi despertado a dar mais atenção aos aspectos religiosos da sua vida?
() Sim () Não
9. Você acha que o fato de você ter ficado doente, enfrentar o sofrimento, isso o levou a sentir-se inseguro e frágil diante da vida?
() Sim () Não
10. Hoje, por meio do apoio da capelania hospitalar, você acha que pode entender e ver o sofrimento de outra maneira?
() Sim () Não
11. Você aceitou com facilidade o fato de estar doente?
() Sim () Não
12. Faça uma breve biografia da sua vida até chegar à doença (use o verso da folha).

Anexo 7.**QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA COM FAMÍLIA DOS ENFERMOS:**

Nome:

idade:

1. A família estava preparada para encarar o sofrimento do seu ente querido?
() Sim () Não
2. Houve mudanças e efeitos na família diante do sofrimento do ente querido, bem como diante do seu próprio sofrimento?
() Sim () Não
3. O sofrimento enfrentado pela família, fez com que pensassem nos aspectos religiosos da vida?
() Sim () Não
4. Em algum momento a família sentiu raiva diante do sofrimento do ente querido?
() Sim () Não
5. A experiência de auxílio recebido pela capelania hospitalar, ajudou na compreensão e melhora do doente?
() Sim () Não
6. Houve problema de comunicação entre os membros da família e o doente?
() Sim () Não
7. Teve dificuldades para conversar e se abrir com o membro doente?
() Sim () Não
8. A família sentiu a mesma reação emocional que sentiu o doente?
() Sim () Não
9. A família encontrou apoio e respostas, por meio do trabalho da capelania?
() Sim () Não
10. Você acha que o apoio recebido pela capelania ajudou a entender e aceitar melhor a doença e o sofrimento?
() Sim () Não

Anexo 8.**HISTÓRICO DA CAPELANIA EVANGÉLICA HOSPITALAR DE LIMEIRA:**

No início de 1993, conhecemos os livros de autoria de Eleny Vassão: “Aconselhamento a pacientes terminais”. “No leito da enfermidade” e “Consolo”. O entusiasmo por esse ministério nasceu concomitantemente à leitura. Comentamos a respeito com uma senhora, “irmã em Cristo”; ela também se animou e falamos com o pastor, desejosas de iniciar algum trabalho com enfermos. Verificamos junto à Santa Casa local, quais os requisitos burocráticos para trabalharmos nesse hospital. Percebemos que não houve receptividade, devido o fato de haver certo número de visitantes de vários credos, em atividade.

Nosso trabalho não se iniciou.

Alguns meses depois, conhecemos uma senhora, “carismática” da Igreja Católica. Desenvolveu visitação no Hospital Beneficência Limeirense. Ela desejava ter uma companheira. Passamos a trabalhar com ela. Após certo desentendimento doutrinário, a respeito de intercessão e de Maria, separamo-nos. Continuei sozinha, por algum tempo, as visitas nesse hospital.

Em maio de 1994, participamos do I Congresso de Visitadores Hospitalares Cristãos, em São Paulo, organizado pela Capelania Nacional da AEBV (Associação Evangélica Brasileira), e coordenado pela Capelã Eleny Vassão. Participaram também, três jovens de nossa igreja. Retornamos com grande entusiasmo! Continuamos pedindo ao Senhor que nos abrisse as portas da Santa Casa, por ser o maior hospital da cidade, aonde afluem os doentes mais graves e mais carentes da região. O hospital dispõe de 335 leitos.

Continuávamos sozinha, visitando dos doentes da Beneficência Limeirense, pequeno: com apenas 20 leitos.

Além das muitas bênçãos que recebemos do Senhor, nesse período, aprendemos bastante. Tivemos o caso do Sr. T.: por ocasião da primeira visita, ao entrarmos no quarto, ouvi, dentro de mim, o pecado daquele homem. Com pouco mais de um ano de convertida, fiquei assustada. Clamei ao Senhor por sabedoria; concluí que não devia dizer nada a ele, por minha iniciativa. Numa tarde, após muitas visitas semanais, sua esposa que lhe era companheira inseparável, disse-me que não sabia se ele iria me receber porque estava revoltado, cansado da dor que sentia... Entramos. Ele puxara o lençol sobre a cabeça: não queria me ver. Perguntei se queria orar comigo. Respondeu seco: "A senhora é quem sabe". Fiz uma breve oração e saí, para não incomodá-lo. No caminho de casa fui orando por aquele homem. Sua revolta era porque, tendo já amputado a perna direita abaixo do joelho, (era diabético) o médico lhe dissera, naquela manhã, que precisava ser feita mais uma amputação no meio da coxa. A má circulação fazia a necrose subir... Ao anoitecer, o ortopedista, que participaria da cirurgia no dia seguinte, veio examiná-lo. Constatou que não havia mais infecção, sem sintomas de necrose. A dor havia desaparecido, após nossa visita. Continuamos com mais algumas visitas domiciliares, levando, inclusive, por duas vezes, grupos de irmãos, para fazer culto em sua casa. Até hoje, o Sr. T., não começou a freqüentar uma igreja evangélica, passando a esquivar-se de nossa presença. Sabemos que a Palavra do Senhor não voltará vazia... (Isaías 55:11), um dia o Espírito Santo de Deus fará a obra de conversão.

Nessa mesma época, acompanhamos uma Sra., D. Neiva, com câncer que se iniciara no útero e se espalhara por todo o abdômen. Aceitou a Jesus como seu Salvador e Senhor. A cada visita, percebíamos que ela piorava... Clamava muito a Deus por sua cura. (Eu achava que, se ela fosse curada, o marido e casal de filhos

se converteriam). Certa manhã, fazendo o trabalho da casa, eu ia de um lado para o outro, insistindo com Deus pela cura de Neiva. Em dado momento, ouvi dentro de mim: "Is. 30:15". Corri para a Bíblia, pensando: O Senhor vai falar comigo a respeito da cura da Neiva! O que encontrei foi o seguinte: 'Porque assim diz o Senhor Deus, o Santo de Israel: Eu vos converterdes e em sossegardes, está a vossa salvação; na tranqüilidade e na confiança a vossa força...'. Deus me mostrava que não era a minha vontade que iria ser feita e sim, a Dele, já que Ele é Soberano. Que eu deveria me voltar para Ele com toda confiança... Neiva deu sinais de verdadeira conversão, foi batizada em seu leito de dor, participou de uma Santa Ceia, onde, além dela e do pastor haviam mais três participantes. Na véspera de sua morte, o Senhor me levou a ler, ao lado de seu leito, Is. 60:1 - "Dispõe-te, resplandece, porque vem a tua luz, e a glória do Senhor nasce sobre ti".

Com esses dois casos, aprendi que a cura física nada tem a ver com a conversão. Quem transforma os corações e nos tira das trevas é o Espírito Santo de Deus.

Nesse hospital, tivemos oportunidade de trabalhar, semeando a Palavra de Deus, por mais ou menos, um ano e meio.

Certo dia, tendo-nos informado sobre o horário de visitas familiares, à Santa Casa, fomos, acompanhando uma irmã da Igreja, visitar uma pessoa amiga de sua família. Ocorreu que, a telefonista enganara-se ao nos dar informação: não era dia de visita. O porteiro encaminhou-nos à assistente social. Esta nos recebeu muito bem. Nosso doente havia recebido alta. Tendo a irmã que eu acompanhava, contado sobre o nosso trabalho, a assistente social disse entusiasmada que conhecia o trabalho de capelania do Hospital das Clínicas. Solicitou que preparássemos um plano de trabalho. Quando pronto, nos introduziria a uma

reunião da diretoria. Em novembro de 1994, apresentamos o plano à diretoria. Participaram da reunião, pela Santa Casa, o Dr. Vicente Pironti Neto, provedor, a Sra. Maria de Lourdes A. Barbezani, diretora administrativa, a Sra. Vânia, assistente social; pela Capelania: a Sra. Ivelise O. Rigacei e Emma Maria Galvanin Sara. O projeto foi apresentado verbalmente e por escrito. Exibimos filme de video-cassete sobre o trabalho de capelania do Hospital Emílio Ribas, em São Paulo. A direção da Santa Casa que, no início, estava resistente, ao final da reunião, anuiu sem reservas. (Durante essa reunião, havia irmãos da Igreja, em oração) Apresentamos ofício datado de 27/11/1994, assinado pelo Rev. Ari Barbosa Martins, nosso pastor.

Nosso Deus abria as portas desse hospital, de forma inesperada e maravilhosa, para nós. As orações da Igreja foram atendidas, além do que pedíamos e pensávamos. (Ef.3:20).

Por esse tempo, adquirimos boa quantidade de folhetos evangelísticos, via correio. Em fevereiro de 1995, promovemos um cursinho preparatório, ministrado pelas missionárias Bel e Valéria, que têm experiência em capelania hospitalar. Nove pessoas participaram.

Obtida a resposta da diretoria da Santa Casa e, após entendimento com a diretoria administrativa, ficou estabelecido que a equipe usaria jaleco azul claro, crachá confeccionado pela capelania, e o horário seria de segunda feira a Sábado, das 14,00h. às 17,00 h.. Iniciamos o trabalho a 01.04.95, para a glória do Senhor Jesus Cristo. Nesse dia, a supervisora de enfermagem Suzi Eller levou-nos a conhecer todas as enfermarias. O grupo estava composto dos seguintes irmãos: Daiane Pasqualetto, Daniel Eller, Emma Maria Galvanin Sara, Maria Isabel Cabriel dos Anjos (Bel), Janaina Iara Augusto, Soraia Bueno de Campos, Valéria.

Para respeitar o horário de visitas dos familiares, o grupo decidiu que nosso horário de visita seria: 2as., 4as., 6as., das 14,00h. às 17,00h. e aos sábados, das 13,00h. às 15,00h. Ainda não dispúnhamos de uma sala para nosso uso, conforme fora solicitado no projeto.

Por intercorrência as mais diversas, o grupo começou a diminuir. Colocava-me diante de Deus, em oração e pedia às irmãs da igreja, que orassem. Pessoas de outras denominações começaram a participar. O grupo sentiu a necessidade de uma reunião mensal. Decidimos que esse dia seria consagrado ao Senhor, com jejuns e o ponto alto dessa reunião, seria o tempo de oração do grupo.

Passei um período sozinha. Mas, sem desanimar, dizia: “O Senhor mandará alguém, quando Ele quiser”. O grupo voltou a crescer vagarosamente. Muitas pessoas entraram e saíram. Hoje, somos 20 pessoas. Algumas comparecem três vezes por semana, outras duas vezes e outras, uma.

Elaboramos o Estatuto e o Regimento Interno da Capelania, elegendo também uma diretoria provisória composta de Coordenadora e vice, Primeira e segunda secretárias, primeira e segunda tesoureira. Decidindo, com ajuda de alguns pastores de outras denominações evangélicas, compor um Conselho Consultivo.

Temos recebido literaturas de várias instituições, bem como, apoio da Igreja Presbiteriana Central de Limeira com a verba de um salário mínimo. O essencial, sempre conseguimos, pois a cada mês compramos um tipo de material: Novos Testamentos, impressos infantis, etc.

Muitas foram as vidas salvas por Jesus, através da Capelania. Temos levado consolo, através de uma palavra amiga a muitos doentes. Algumas curas físicas também pudemos constatar: um rapaz não aceitava a medicação e queria assinar pedido de alta. A assistente social do hospital pediu-nos ajuda. Uma senhora foi até

ele, falou do amor de Jesus. Ele aceitou ser medicado, desistiu de fugir... Durante a noite, orou a Jesus pedindo cura; na manhã seguinte, o médico pediu um RX dos pulmões (estava com infecção nos dois pulmões). Ao verificar o RX, o doutor constatou que não havia mais nada: estava curado. O moço teve alta e começou a freqüentar uma igreja Evangélica, a qual passou a ajudar a família com “cesta básica”, pois estavam em dificuldade.

Limeira, 12 novembro de 2005.

Emma Maria Galvani Sara

Coordenadora da CEHL

* Transcrito na íntegra, sem interferência do pesquisador.

Anexo 9.**Depoimento: O. S. 45 anos, profissão funileiro e pintor de autos.**

Após período de prisão e enfrentamento de espancamento e maus tratos por 5 anos, adquiri alguns problema de saúde, varizes do esôfago, hepatite B e tuberculose. Depois de minha saída da prisão iniciei tratamento médico, vindo a ser internado várias vezes, chegando a tomar 140 bolsas de sangue, até que ocorreu a última internação com laudo médico de desengano, chamando minha família para ficar junto comigo, pois não havia mais possibilidade de recuperação. Quando eu estava no hospital já inconsciente ouvi o coral cantando bem longe, enquanto o médico procurava a veia tive uma melhora repentina, sentei-me na cama e chorando pedi para chamar o coral para cantar para mim, tive uma experiência espiritual de arrependimento e desejo de viver uma nova vida.

Enquanto estive internado na santa casa recebi atendimento da capelania evangélica que me deu apoio e conhecimento de minha espiritualidade e da palavra de Deus, por meio dos quais vim a me reabilitar.

Hoje, após seis meses estou recuperado e trabalhando, continuo fazendo um acompanhamento médico. Com a melhora os médicos ficaram maravilhados, tendo sido curado da hepatite e da tuberculose. Atualmente freqüento a igreja, onde levo também os meus filhos.

Anexo 10.**Depoimento: A. S. M. 32 anos – Dona de casa, casada, 2 filhos.**

A minha vida era insuportável. Nasci e cresci numa família pobre onde há prostitutas, drogados e viciados. Aos 30 anos tive essa doença, acho que um aneurisma, os médicos não explicaram direito, só sei que fiquei onze dias com essa veia estourada na cabeça e ninguém sabia o que era. Como era de uma família católica eu não sabia orar. Rezei muito e nada adiantou, o que me confortava eram as palavras das irmãs da capelania, elas oravam, cantavam e liam a bíblia, nessas horas eu me sentia bem.

Um dia, não sei resolvi desafiar a Deus. Aí eu disse: Senhor Deus criador dos céus e da Terra se o Senhor mandou aqui na terra o seu filho Jesus e ele morreu na cruz pelos meus pecados, levou as minhas enfermidades, eu não aceito essa doença. Foi a primeira vez na minha vida que eu falei com Deus e ele me atendeu. Depois de onze dias os médicos descobriram o que eu tinha. O senhor me tirou de poço muito fundo e me colocou sobre uma rocha firme, renovou a minha vida e a minha alma. Em três dias fui operada, foram 22 pontos na cabeça e fui para a casa. Aleluia!!!

Anexo 11.**Depoimento: C. R. S. Dona de casa, casada, 3 filhos:**

Tive minigite viral e quase que perdi a vida, mas a bondade de Deus ele permitiu mais uma vez que eu vivesse mais um pouco. Agora eu encaro a vida de outra maneira. Vejo melhor as coisas e sou mais feliz por mais essa chance que Deus me deu. Eu só tenho que agradecer muito a Deus por tudo isso. Estive em coma por 12 dias, ficando uma semana sem conhecer ninguém. Neste período de internação as pessoas da capelania evangélica vinham me visitar e liam a bíblia e oravam comigo.

Hoje eu tenho um caderno onde escrevo pensamentos que me vem a mente, crônicas e poesias.

Anexo 12.**Depoimento: I. S. O. 47 anos, Capelã Voluntária.**

Estou a 5 anos como capelã do Hospital Santa Casa de Limeira. A Capelania é um trabalho voluntário que visa levar consolo e vida a aqueles que estão destinados a morte. No dia a dia, no hospital, muitas vidas tem oportunidade de conhecer Jesus e a Sua Palavra, e com isso o seu quadro clínico muitas vezes é mudado, porque a pessoa reconhece que em Jesus ela encontra, paz, consolo, esperança, que havia perdido. O trabalho de capelania se estende também não só aos pacientes internados, bem como os profissionais da saúde e demais funcionários.

Fazemos um trabalho na área social, dando assistência com roupas calçados, material de higiene pessoal, fraldas e outras necessidades básicas do paciente. Damos atendimento espiritual aos funcionários, familiares dos pacientes e outros, visitação leito a leito nas UTIs, pronto socorro, etc.

A capelania em Limeira há 10 anos, tem sido um marco em Limeira, e nos hospitais SUS e particulares, temos tido apoio e respeito pelos mesmos.

Anexo 13.**Depoimento: Dr. G. S – Superintendente da Santa Casa de Limeira, SP.**

A Capelania nos ensinou que, para se dar conta de um projeto mais integral, mais humanitário, é fundamental a presença desses médicos da alma, dessas pessoas espiritualizadas, que conseguem trazer para a gente essa mensagem de Deus e fazer com que essa mensagem seja um apoio ao tratamento clínico, ao hospital, qualquer que seja ele, mas, particularmente do tamanho do nosso, conviver sem essas pessoas.

Depoimentos: Todos os depoimentos acima foram transcritos na íntegra, sem interferência do pesquisador.