

SUMÁRIO

1 - VISÃO TEÓRICA.....	3
2 - REGULAMENTAÇÃO	6
2.1. LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	6
3 - DEFINIÇÕES BÁSICAS.....	6
3.1. CAPELÃO	7
3.2. ACONSELHAMENTO PASTORAL	7
4 - CAPELANIA MILITAR	7
4.1. CAPELANIA MILITAR CATÓLICA.....	7
4.2. CAPELANIA MILITAR PROTESTANTE	8
5 - CAPELANIA CARCERÁRIA.....	8
5.1. CONTEXTO BRASILEIRO	9
5.2. ESTADO BRASILEIRO	10
5.3. LEGISLAÇÃO.....	10
5.4. OBJETIVO	11
5.5. FORMAÇÃO	11
5.6. ATUAÇÃO DIRETA	11
6 - CAPELANIA ESCOLAR	12
6.1. FUNDAMENTAÇÃO	12
6.2. OBJETIVOS	12
6.3. ATRIBUIÇÕES E ATIVIDADES	13
6.4. PLANEJAMENTO	14
7 - CAPELANIA HOSPITALAR.....	14
8 - O PACIENTE, SEUS SENTIMENTOS E SUAS NECESSIDADES	15
8.1. FUNDAMENTAÇÃO BÍBLICO-TEOLÓGICA DO ENFERMO E ENFERMIDADE.....	15
8.2. O PACIENTE E OUTROS PROBLEMAS ASSOCIADOS À ENFERMIDADE	17
9 - O VISITADOR, SUA FUNÇÃO E SUAS ATIVIDADES	19
9.1. A PRÁTICA	20
9.2. A VISITA, SUAS REGRAS E SUA PRÁTICA.....	22
9.3. AJUDANDO ATRAVÉS DA ARTE DE ESCUTAR	24
9.4. OS BENEFÍCIOS: AO PACIENTE E SUA FAMÍLIA, AO HOSPITAL E A COMUNIDADE	25
10 - CAPELANIA HOSPITALAR – VISITAÇÃO BÁSICA	29
10.1. O VISITADOR E A VISITA.....	29
10.2. EVANGELIZAÇÃO.....	31
10.3. CRIANÇAS E ADOLESCENTES	32
10.4. O CULTO	33
10.5. MÚSICAS	34
10.6. PACIENTES GRAVES OU TÉRMINAIS	34
10.7. O LUTO	35
11 - CAPELANIA HOSPITALAR EVANGÉLICA	36
11.1. OBJETIVOS	36
11.2. NOSSA FÉ.....	36
11.3. ALVO	36
11.4. PARTICIPANTE (CONDIÇÕES)	37
11.5. BENEFÍCIOS DIRETOS AO PACIENTE.....	37
11.6. CARÁTER EVANGÉLICO	37

CAPELANIA EVANGÉLICA - 2

11.7.	BENEFÍCIO AO HOSPITAL.....	38
11.8.	PONTOS DE ATENÇÃO	38
12 -	CONTAMINAÇÃO HOSPITALAR	41
12.1.	CONCEITOS FUNDAMENTAIS	41
13 -	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	44
13.1.	POR QUE FAZER	44
13.2.	PARA QUE HIGIENIZAR AS MÃOS	44
14 -	ACONSELHAMENTO A FAMILIARES.....	45
14.1.	PRIMEIRA FASE: CHOQUE	45
14.2.	SEGUNDA FASE: NEGAÇÃO.....	46
14.3.	TERCEIRA FASE: RAIVA.....	46
14.4.	QUARTA FASE: NEGOCIAÇÃO	46
14.5.	QUINTA FASE: DESPERPO	46
14.6.	SEXTA FASE: ACEITAÇÃO	47
14.7.	LUTO INFANTIL	47
14.8.	REAÇÕES GERAIS DA CRIANÇA	48

1 - VISÃO TEÓRICA

A espiritualidade traduz-se em sermos seres espirituais e possuirmos, transitoriamente, um corpo físico. Acreditamos que o ser humano é um espírito que habita no corpo e se expressa através da mente. Pesquisas realizadas pelas ciências naturais, como a física e a biologia, têm endossado essa afirmação.

O corpo físico é apenas um reflexo do espírito. Assim, a espiritualidade é algo inerente ao ser humano. Constitui campo de elaboração subjetiva no qual a pessoa constrói de forma simbólica o sentido de sua vida e busca fazer frente à vulnerabilidade desencadeada por situações que apontam para a fragilidade da vida humana.

Estudos recentes têm valorizado muito o conceito de espiritualidade e no Brasil, números significativos de profissionais da saúde vêm se interessando pelo tema. Atualmente, as práticas religiosas têm estado presentes no trabalho em saúde de forma pouco crítica e elaborada.

Mesmo que o elemento religioso esteja presente no modo como os pacientes elaboram suas crises, os profissionais de enfermagem não têm preparo para discutir e como lidar com a religiosidade e lançam mão de suas convicções religiosas pessoais de forma acrítica.

Um fator que dificulta o cuidado espiritual é a influência do materialismo por valorizar sobremaneira a beleza, o poder, o material, desse modo, esvaziando o ser humano do valor que ele tem em si, como ser único, inteligente, livre, responsável e digno. Este aspecto tem reflexos na atuação dos profissionais de enfermagem que exercem sua profissão junto a pessoas fragilizadas, como é o caso dos pacientes terminais.

A bioética é uma área do conhecimento com pouca expressão, ainda, no campo da espiritualidade e sua interlocução se dá efetiva tanto com as doutrinas éticas de inspiração teológica quanto com as doutrinas éticas de inspiração leiga. No entanto, a bioética pode ser definida como a guardiã na terminalidade da vida, aquela que apostava na necessidade de se estar atenta à qualidade do cuidado no adeus à vida, como muito bem teoriza Pessini, em seus estudos, quando aponta o papel da bioética na terminalidade da vida.

A bioética subsidia o respeito aos aspectos espirituais e religiosos, pois prima pelo caráter plural na análise e discussão de situações concretas, assim, evitando assumir posições sectárias.

Sempre que se pensa em cuidado, os aspectos espiritualidade, saúde e bioética estão inclusos, pois são conceitos que se implicam e se interpenetram. Para que o paciente possa receber um cuidado completo na fase final de sua vida, é preciso haver sincronia entre estas áreas do conhecimento e ação. Também, não é possível desvincular os papéis dos diferentes atores em saúde. Portanto, as ações dos profissionais e pastoralistas estão interligadas e traduzem processos de trabalho em formas de produção coletiva de saúde; este aspecto traz à pauta a característica interdisciplinar da bioética.

A bioética e a espiritualidade constituem ferramentas no sentido de ajudarem a ultrapassar a idéia curativa da saúde e voltar-se para a potencialização do sujeito visto em suas múltiplas dimensões.

A partir destas idéias, pode-se pensar que o lugar do profissional de enfermagem, no campo do agir em saúde, compreende mais do que a realização de procedimentos e técnicas. Novas competências são exigidas dele em relação ao trabalho realizado na perspectiva da visão integral de saúde e do bem-estar físico, mental e social, e não a simples ausência de doença. Verspieren apresenta uma visão integral de saúde, entendida como capacidade de reagir a elementos desestabilizadores do equilíbrio vital, compreendendo-a enquanto realidade somática, psíquica, social e espiritual.

Barchifontaine e Pessini acrescentam que a saúde não pode ser entendida apenas como ausência de doença; é o produto de condições objetivas de existência. Resulta das condições de vida e das relações que as pessoas estabelecem entre si e com a natureza por meio do trabalho. Entende-se saúde para além da visão restrita à ausência de doenças, sendo capaz de envolver a subjetividade e o conhecimento prático do profissional. O sentido

final do trabalho em saúde é defender a vida das pessoas, individuais e/ou, por meio da produção do cuidado. O ato de saúde precisa ser um ato de cuidado dirigido, também, à dimensão espiritual do paciente.

É preciso agregar ao saber científico intuição, emoção e acuidade de percepção sensível, além da razão. Na terminalidade, muitas vezes, manifestam-se, no paciente, sentimentos de medo e angústia, os quais devem ser identificados, respeitados e tratados pela equipe de enfermagem. Não propomos um discurso religioso, pois o respeito à crença de cada pessoa é indiscutível, como prevêem tanto a espiritualidade quanto a bioética. Pensamos em um acolhimento abrangente, como qual podemos demonstrar amor e interesse pela sua vida, auxiliando-o a tornar sua morte mais serena.

Esse cuidado mais abrangente do que somente tratar o corpo pode estar incluso nas tarefas da enfermagem, principalmente, porque a mesma tem mais contato com o paciente do que o profissional que exerce a função de assistente espiritual. Sendo o cuidado espiritual importante, a enfermagem deve se instrumentalizar para integrá-lo em sua atividade diária. Esse cuidado não supõe um tempo específico, mas se faz presente na relação, na maneira do profissional de enfermagem estar presente, ouvir, orientar e exercer técnicas junto ao paciente.

Existe um aumento de interesse em compreender o efeito da fé na saúde. Há interesse e maior abertura para o estudo e a inclusão do tema em nível acadêmico e de pesquisa. Dessa forma, a presente introdução, resultado de uma pesquisa feita com pessoas que trabalham no campo da espiritualidade, visa a refletir sobre a necessidade da enfermagem integrar, no seu trabalho com o paciente, o cuidado espiritual, dando a ele, assim, um atendimento mais abrangente, ou seja, sobre o jeito de transmitir ao paciente que está morrendo, o consolo, o conforto, o descanso e a paz que pode encontrar, até mesmo num leito de morte.

A Capelania e enfermagem podem organizar e desenvolver um trabalho integrado no sentido de oferecer ajuda espiritual sincronizada ao paciente que está morrendo.

A espiritualidade pode surgir, na doença, como um recurso interno que favorece a aceitação, o empenho no restabelecimento, a aceitação de sentimentos dolorosos, o contato e o aproveitamento da ajuda das outras pessoas e até a própria reabilitação. Isso remete à sua essência básica como um fator de saúde e realça sua importância nos processos de prevenção de doenças, manutenção da saúde ou de reabilitação e cura. O conceito de saúde também tem mudado e tornasse cada vez mais complexo. Muitos estudos têm fornecido uma atenção mais acurada para a dimensão espiritual.

Continuando, um dos entrevistados ressalta que a Capelania pode atender os profissionais também. Outro entrevistado coloca que os Assistentes Espirituais podem oferecer cursos, seminários, acompanhar e supervisionar a enfermagem no cuidado espiritual.

A integração entre ciência e espiritualidade tem grande importância no enfrentamento dos problemas de saúde não só para os indivíduos, como também para a coletividade.

Uma maneira da enfermagem e Capelania realizarem um trabalho integrado é, acima de tudo, como foi relatado pelos entrevistados, por meio do diálogo e respeito mútuo.

Entende-se que as reuniões para trocar informações e para traçar linhas de ação são muito importantes, bem como os treinamentos para a enfermagem. Esses treinamentos podem ser dados pela própria Capelania.

A enfermagem deve buscar mais condições para praticar o cuidado espiritual, tanto por meio de seminários e cursos como de leituras complementares.

É necessário considerar a pessoa como ser holístico para se entender a espiritualidade como um aspecto importante no processo terapêutico e essencial para o bem-estar.

O profissional de saúde pode ajudar o paciente ouvindo-o, estando atento às suas emoções e aos seus sentimentos. Muitas vezes, isso é mais importante que qualquer terapêutica. É necessária uma preparação acadêmica que reforce o respeito pela pessoa e por sua crença.

Para atender as necessidades espirituais do paciente, não há uma regra nem uma fórmula. Quem contata todos os dias com os pacientes e com o seu sofrimento, sabe que cada pessoa sente de uma forma diferente, tem uma vivência própria, tem um objetivo de vida próprio, tem uma espiritualidade própria.

A dimensão espiritual é inerente ao indivíduo, sendo importante para os enfermeiros avaliá-la e nela intervir quando necessário. Entretanto, essa dimensão deve ser diferenciada do aspecto religioso e do comportamento psicosocial.

É importante que estejam bem definidas as tarefas da enfermagem e da Capelania, havendo colaboração, diálogo e integração entre os setores. No momento em que as funções da Capelania e enfermagem estão definidas, o paciente poderá receber um cuidado espiritual adequado e contínuo. A enfermagem, também, deve dar as informações biopsicossociais e espirituais do paciente aos Assistentes Espirituais, facilitando seu trabalho, preservando sempre sua privacidade.

O cuidado espiritual ao paciente caracteriza um desafio. Supõe formação, maturidade, habilidade, serenidade e sensibilidade às reais necessidades do outro. Traduz um momento importante para o paciente e gratificante para o pastoralista.

A dimensão espiritual formará um novo paradigma social. Cada vez mais se reconhece que a fé ajuda no processo de recuperação da saúde e enfrentamento da doença. A espiritualidade beneficia a saúde integral da pessoa e capacita o profissional a lidar com o paciente. A enfermagem, no geral, não está preparada para prestar o cuidado espiritual ao paciente. Este cuidado implica um processo pessoal de autoconhecimento e amadurecimento, uma experiência de fé significativa.

É preciso saber entrar em contato com as próprias dores e medo da morte. Outro motivo que traduz o despreparo da enfermagem em lidar com o paciente é a falta de formação específica para o enfrentamento e elaboração das reações pessoais frente ao paciente terminal. Os profissionais de enfermagem tornaram-se calejados e insensíveis frente ao ambiente de sofrimento em que trabalham e, muitos, ainda, restringem-se somente à parte técnica. É preciso vocação, dedicação, treinamento e uma experiência de vida para incluir, no cuidado ao paciente terminal, a dimensão espiritual.

A revolução do conhecimento científico, voltada para a tecno ciência, tem reforçado a dificuldade da enfermagem de lidar com o paciente terminal, por exemplo.

É preciso humanizar e resgatar os valores subjetivos. É de vital importância de incluir o cuidado espiritual às tarefas técnicas prestadas aos pacientes pela enfermagem.

O cuidado espiritual supõe permanecer sensíveis e abertos para falar aquilo que sentimos ser o melhor para o paciente. É nessa relação que encontramos e descobrimos a forma e o momento corretos de falar, como falar e o que falar através do Espírito Santo.

Nesta perspectiva, o serviço de pastoral implica em respeito, fé, abertura e um grande amor às pessoas.

O vínculo criado entre enfermagem e paciente facilita o cuidado espiritual, pois amplia a confiança e comunicação entre ambos. A enfermagem tem um contato pessoal e contínuo com o paciente e tem uma convivência mais simples com a morte, pois não representa para si uma derrota profissional. A integração entre enfermagem e Capelania no cuidado espiritual ao paciente é uma tarefa difícil. É preciso haver interesse comum pelo paciente. Os dois setores têm que falar a mesma linguagem e deve haver, entre ambas as partes, diálogo e respeito. A enfermagem também deve ser habilitada.

- É necessária uma preparação acadêmica que reforce o respeito pelo paciente e sua crença.
- É importante a definição de tarefas de cada um e colaboração e integração entre os setores.

A integração entre ciência e espiritualidade tem grande importância para o paciente terminal. Muitos estudos têm fornecido uma atenção mais especial à dimensão espiritual,

pois a espiritualidade pode surgir como um recurso interno de aceitação da doença e de sentimentos dolorosos para o paciente terminal.

Constatou-se, também, a importância da continuidade ao cuidado espiritual prestada pelos agentes de pastoral e Capelania, bem como o fornecimento de informações do paciente em um trabalho integrado entre enfermagem e Capelania, com o repasse de aspectos significativos colhidos pela enfermagem para o serviço de pastoral.

- Para a enfermagem integrar o cuidado espiritual ao rol de suas práticas diárias precisa habituar-se a ver o paciente na sua totalidade.

Neste estudo, a bioética faz-se presente nos relatos dos entrevistados quando apontam a necessidade de responsabilidade, a troca de conhecimento, o pluralismo, a superação de posturas sectárias e a preservação do caráter plural da discussão. Saúde, espiritualidade e bioética implicam-se.

O cuidado espiritual, como mais um aporte do saber/fazer da enfermagem, supõe capacidade de captar relações de significado entre as diferentes instâncias de saber.

2 - REGULAMENTAÇÃO

2.1. Legislação Brasileira

A Assistência Espiritual nas entidades civis e militares de internação coletiva é dispositivo previsto na Constituição Brasileira de 1988 nos seguintes termos: "é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva." (CF art. 5º, VII).

A lei 6.923, de 29/6/1981, alterada pela lei 7.672, de 23/9/1988, organizou o Serviço de Assistência Religiosa nas Forças Armadas.

A partir desta legislação temos definido que:

(1) "O Serviço de Assistência Religiosa tem por finalidade prestar assistência religiosa e espiritual aos militares, aos civis das organizações militares e às suas famílias, bem como atender a encargos relacionados com as atividades de educação moral realizadas nas Forças Armadas." (Lei 6.923, art. 2º)

(2) "O Serviço de Assistência Religiosa será constituído de Capelões Militares, selecionados entre sacerdotes, ministros religiosos ou pastores, pertencentes a qualquer religião que não atente contra a disciplina, a moral e as leis em vigor." (Lei 6.923, art. 4º)

(3) "Cada Ministério Militar atentará para que, no posto inicial de Capelão Militar, seja mantida a devida proporcionalidade entre os Capelões das diversas regiões e as religiões professadas na respectiva Força." (Lei 6.923, art. 10)

Nota-se a seriedade e a boa procedência da Capelania, quando esta se dedica à observância das leis federais, estaduais e municipais, bem como cumpre com os Estatutos e Regulamentos das Instituições em que estão inseridas, a exemplo das Instituições Hospitalares.

Dentre outras, destacamos as seguintes leis:

- Constituição Federal – Artigo 5º., Caput, VII, VIII e XIII.
- Lei Federal No. 9.982, de 14 de Julho de 2000.
- Lei Estadual No. 10.241, de 17 de Março de 1999 – Artigo 2º., XX.

3 - DEFINIÇÕES BÁSICAS

3.1. Capelão

Capelão é um ministro religioso autorizado a prestar assistência religiosa e a realizar cultos religiosos em comunidades religiosas, conventos, colégios, universidades, hospitais, presídios, corporações militares e outras organizações.

Ao longo da história, muitas cortes e famílias nobres tinham também o seu capelão.

3.2. Aconselhamento Pastoral

Em francês o aconselhamento pastoral é chamado de: "La cure d'âme".

"La Cure d'Âme" cuida da alma aflita, medica como o médico o faz com os sintomas e faz curativos como a enfermeira com os machucados.

A importância do Aconselhamento Pastoral:

- Paz
- Paz consigo mesmo
- Paz com Deus (Perdão)

Por alma aqui, é necessário o entendimento do homem como um todo: corpo, alma e espírito.

Toda a pessoal, sua personalidade, seu estado d'alma, sua felicidade, sua paz e sua saúde, física e mental.

"Então, formou o Senhor Deus ao homem do pó da terra e lhe soprou nas narinas o fôlego da vida, e o homem passou a ser alma vivente" (Gênesis 2.7).

Diferentemente de toda e qualquer outra criatura, o homem teve uma intervenção especial de Deus após a criação: Deus insufla-lhe Seu Espírito (theospneutus – sopro divino) e o homem se torna alma vivente.

4 - CAPELANIA MILITAR

Também chamada de capelania castrense.

O capelão militar é um ministro religioso encarregado de prestar assistência religiosa a alguma corporação militar (Exército, Marinha, Aeronáutica, Polícias Militares e aos Corpos de Bombeiros Militares).

Nas instituições militares existem as capelarias evangélicas e católicas, as quais desenvolvem suas atividades buscando assisitir aos integrantes das Forças nas diversas situações da vida. O atendimento é estendido também aos familiares. A atividade de capelaria é importante no meio militar, pois contribui na formação moral, ética e social dos integrantes das Unidades Militares em todo o Brasil. Para se tornar um Capelão Militar, o interessado deve ser Ministro Religioso - Padre, Pastor etc., ter formação superior em Teologia (conforme a Legislação brasileira, Bacharel em Teologia), experiência comprovada no Ministério Cristão, e ainda ser aprovado em concurso público de provas e títulos. Ao ser aprovado no concurso específico, o militar capelão é matriculado em curso militar de Estágio e Adaptação de Oficial Capelão.

4.1. Capelania Militar Católica

A Capelania Militar Católica no Brasil é garantida por força do acordo diplomático celebrado entre o Brasil e a Santa Sé, assinado no dia 23/10/1989. Por força deste acordo a Santa Sé criou no Brasil um Ordinariato Militar para assistência religiosa aos fiéis católicos,

membros das Forças Armadas. Este Ordinariato Militar é canonicamente assimilado às dioceses, e é dirigido por um Ordinário Militar. Este prelado goza de todos os direitos e está sujeito a todos os deveres dos Bispos diocesanos. O Ordinário Militar deve ser brasileiro nato, tem a dignidade de Arcebispo e está vinculado administrativamente ao Estado-Maior das Forças Armadas, sendo nomeado pela Santa Sé, após consulta ao Governo brasileiro. O Estatuto do Ordinariato Militar foi homologado pelo decreto Cum Apostolicam Sedem, de 02/01/1990, da Congregação dos Bispos.

4.2. Capelania Militar Protestante

O primeiro pastor protestante a servir os militares brasileiros foi o alemão Luterano Friedrich Christian Klingelhöffer, pastor da Comunidade Protestante Alemã, na localidade de Campo Bom, no Rio Grande do Sul, em 1828. Dez anos depois Klingelhoeffer, integrado aos "Farrapos", morreu em um combate da Revolução Farroupilha.

A Capelania Militar Protestante foi organizada pela extinta Confederação Evangélica do Brasil em conjunto com o governo Brasileiro, para assistir os militares protestantes.

Os dois primeiros capelões protestantes do Brasil foram, o pastor metodista Juvenal Ernesto das Silva e o batista João Filson Soren (1908-2002), ambos atuando na Segunda Guerra Mundial servindo a Força Expedicionária Brasileira (FEB) entre 1944 e 1945.

O primeiro capelão protestante que chegou à Chefia do Serviço de Assistência Religiosa - SAREx, no Exército Brasileiro, em Brasília - DF, foi o luterano Elio Eugênio Muller, no ano de 1998. Com o seu porte altivo e com convicção ele elevou bem alto a bandeira do espírito fraterno, no vínculo de trabalho entre padres e pastores do SAREx.

O fato é que o cargo de Chefia do SAREx integra todos os capelões, tanto católicos bem como protestantes, e exige um diálogo interconfessional permanente, para que se faça a harmonia entre os diferentes credos. Esse cargo, ao longo da história do Brasil, desde o tempo do Império sempre fora exercido por católicos, desde os tempos em que o Catolicismo era a religião oficial do Brasil. A Instituição Militar, por sua vez, com a nomeação de um protestante, demonstrou abertura e espírito ecumônico, sinalizando que na Força não existe discriminação religiosa, para o exercício da carreira militar.

A Capelania Militar Protestante é, portanto, parte integrante do Serviço de Assistência Religiosa das Forças Armadas. Composta, atualmente por 09 pastores capelões no Exército Brasileiro, 09 na Marinha do Brasil, 03 na Força Aérea Brasileira e muitos outros nas PM e BM dos diversos Estados brasileiros.

5 - CAPELANIA CARCERÁRIA

Na Inglaterra do século XVIII já existia uma Capelania Carcerária que, de vez que os estabelecimentos de reclusão penal contavam com os serviços religiosos oferecidos por intermédio da figura do Capelão, um clérigo anglicano que cuidava dos serviços pastorais relacionados aos presos, serviços geralmente sediados nas capelas institucionais.

William Morgan, pioneiro do Clube Santo, foi o primeiro a exercer a função de Capelão. Em 1730 introduziu João Wesley nessa missão quando é iniciado o trabalho de visitação carcerária.

Duncan A. Reily aponta que o local escolhido foi a Prisão do Castelo em agosto de 1730 iniciando a "capelania não-oficial".

Os registros biográficos de João Wesley apontam que ele exerceu a função de maneira intensa até ao final de sua vida. Percorreu as cadeias de Londres, Bristol e Oxford não menos que 69 vezes.

A ocorrência dos crimes na Inglaterra naquele século era generalizada, a legislação punia os criminosos de maneira muito severa e desumana, inclusive com a pena de morte. Os magistrados e o sistema penitenciário deixavam muito a desejar; enquanto isso, a população carcerária lotava as cadeias.

Em 15 de outubro de 1759 Wesley pregou a prisioneiros franceses, na localidade de Knowle Wesley tendo como referência a legislação mosaica em Êxodo 23:9. Ela disciplina a maneira como os peregrinos e estrangeiros encontrados em território israelense devem ser tratados. Ele buscava consolar os prisioneiros franceses de guerra e exortar as autoridades inglesas.

O título do documento: A um Réu tinha como tópicos principais os seguintes temas:

- Explicação ao réu sobre o significado da morte para um condenado à pena capital e sua preparação para enfrentar o momento fatídico de sua execução;
- Orientações ao réu condenado de como deveria se preparar para um encontro com Deus;
- Orientações práticas sobre arrependimento dos pecados como parte de sua preparação em conseguir a salvação de sua alma;
- Apresentação de Jesus Cristo como único meio de salvação pela fé como Cordeiro de Deus que realizou um sacrifício vicário, reconciliador e vitorioso sobre a morte.

5.1. Contexto Brasileiro

A situação carcerária vigente no País não diverge muito, na prática, das situações vividas por João Wesley na Inglaterra do século XVIII.

Nelson Mandela com propriedade afirma que se quisermos conhecer a realidade de um País basta fazer uma visita aos porões de seus presídios.

Isso foi feito pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do sistema Penitenciário que encontrou em Salvador na Penitenciária Lemos de Brito a seguinte frase:

"O sistema carcerário é dez: Dez graçado, Dez humano, Dez truidor, Dez ligado, Dez figurado, Dez engonçado, Dez agregador, Dez temperado, Dez trambelhado, Dez informado".

Há um inferno carcerário fruto filho de vários pais: a inversão da ocupação do território nacional com o êxodo rural, a concentração de renda, o desemprego, a falta de políticas públicas de habitação, saúde, educação, transporte, saneamento, a concentração de renda e terra, o expressivo contingente populacional em favelas. Soma-se ainda, a corrupção desenfreada, a ausência do estado, a falta de participação popular nos assuntos estratégicos e a quase total impunidade da elite política e econômica com seus colarinhos brancos. Da criminalidade amadora à especializada por meio de quadrilhas que desviam recursos públicos, pelos que atuam na rede de roubo de cargas, tráficos de armas, drogas e pessoas, prostituição, jogos, milícias, pistolagem e tantos outros.

Sendo que aqueles que são encarcerados vão para estabelecimentos penais cercados de insegurança e já mapeados por organizações que controlam e manipulam à massa de presos pobres e despolitizados.

Diante da insegurança, do desespero e da crescente impunidade surgem as mais diversas e espantosas expressões que dominam a ideologia brasileira: "bandido bom é bandido morto", defesa da justiça privada expressa na lei do Talião: "olho por olho e dente por dente".

Acreditamos que essa postura somente aumenta o paradoxo e potencializa o mal. Quanto mais a sociedade fizer da pena instrumento de vingança social, mais haverá violência, mais crescerá o descaso com a execução penal implicando em mais insegurança para todos.

O Estado não deve se vingar, mas, punir com rigor a todos os que delinqüi-los e buscar a sua recuperação para uma vida produtiva em harmonia com a lei e com a sociedade.

A Capelania Carcerária trabalha na antítese do que Edmund Burke parafraseou: "Tudo o que é preciso para o triunfo do mal é que as pessoas do bem nada façam".

Enxerga na Teologia do Sofrimento o resgate do homem pela Assistência Espiritual.

5.2. Estado Brasileiro

O Relatório da CPI do Sistema Penitenciário defende a assistência religiosa em presídios. Ela entra como forma de inibir o domínio do crime organizado nos presídios. O texto afirma que os grupos religiosos devem ser contemplados de "forma obrigatória" com espaços físicos para cultos, missas e reuniões.

Aponta ainda que é direito do detento e cita diversas leis, tanto nacionais como a de outros países, que asseguram a organização do regime carcerário de maneira a permitir a prática religiosa e participação em serviços e reuniões.

A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, com a cooperação da comunidade, conforme se extrai dos ditames dos artigos 4º e 10º da LEP (Lei de Execução Penal).

Determinadas pessoas, previamente preparadas, devem ter acesso regulamentar aos institutos penais para promover a dignidade e a cidadania dos presos, internos e funcionários.

O Estado deve incentivar e viabilizar todas as modalidades de participação da sociedade na administração e controle dos serviços públicos das penitenciárias, centros de detenção e outros organismos que reprimem a liberdade da cidade, já que todo ser humano deve receber um tratamento humano, pois o preso e o cidadão livre são absolutamente iguais em dignidade pessoal.

5.3. Legislação

Existe uma fundamentação jurídica aplicada aos Direitos Humanos em relação à população carcerária.

A. No Âmbito Internacional.

- Carta das Nações Unidas, adotada e aberta à assinatura pela Conferência de São Francisco em 26.06.45 e assinada pelo Brasil em 21.01.45;
- Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela resolução Nº 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10.12.48 e assinada pelo Brasil na mesma data;
- Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, adotado pela Resolução Nº 2.200 (XXI) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 16.12.66, assinada pelo Brasil em 24.01.92;
- Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Resolução Nº 2.220-A (XXI) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 16.12.92 e assinada pelo Brasil em 24.01.92;
- Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos e Degradantes, adotada pela Resolução Nº 39-46, da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10.12.84 , assinada pelo Brasil em 28.09.
- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, adotada pela Resolução Nº 34-180 da Assembléia Geral das Nações Unidas em 18.12.79, assinada pelo Brasil em 19.02.84;
- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, adotada pela Resolução Nº 2.106 A (XX) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 21.12.65, assinada pelo Brasil em 27.03.68;
- Convenção Sobre o Direito da Criança, adotada pela Resolução L.44 (XLIV) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 20.11.89, assinada pelo Brasil em 24.09.90

B. No Âmbito Nacional.

- Constituição Federal artigos XLVI, XLVII, XLVIII e XLIX.
- LEP (Lei de Execução Penal);
- ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente)

5.4. Objetivo

Para que existam equipes bem formada é necessário que exista a Capelania. Em muitos momentos de sua vida o ser humano necessita ser consolado, confortado e orientado para enfrentar as aflições do mundo. A Capelania Carcerária desempenha este papel ajudando àquele que está privado de sua liberdade por um ato que deve ser punido e entendido.

O serviço prestado pelos voluntários será para todos os cristãos, e até mesmo para ateus, caso queiram, e outros credos religiosos.

5.5. Formação

Para o exercício eficaz de Assistência Espiritual Carcerária o voluntário deve ter conhecimentos mínimos relativos ao ministério.

Essas orientações devem passar pelo conhecimento de humanas abrangendo uma gama de informações a serem utilizadas como ferramentas pelo Capelão Carcerário. Tais como:

- Noções de Sociologia;
- Noções de Direito;
- Noções de Ética Carcerária;
- Noções de Ambiente Presidional;
- Noções de Direitos Humanos;
- Noções de Segurança;
- Noções de Teologia do Sofrimento
- Noções de Psicologia;
- Noções de Aconselhamento Cristão.

5.6. Atuação Direta

O trabalho de Capelania Carcerária atua sobre os encarcerados e egressos, seus parentes e sobre o corpo de segurança penitenciário e administrativo das unidades prisionais.

Resumem-se em um tripé de atividades: Assistências Jurídica, Social e Pastoral. Abrangendo:

- Aconselhamento Espiritual e Pastoral
- Intercessão e Guerra Espiritual;
- Distribuição de Bíblias e Literatura Evangélica;
- Encaminhamento Jurídico;
- Realização de reuniões;
- Cultos;
- Santa Ceia;

- Batismos;
- Unção de Enfermos;
- Casamentos;
- Batismo Infantil;
- Alfabetização;
- Atividades Recreativas;
- Atividades Musicais;
- Preparo de Liderança;
- Cursos;
- EBD (Escola Bíblica Dominical);
- Outros.

6 - CAPELANIA ESCOLAR

A Capelania Escolar é um serviço assistencial religioso de apoio espiritual, centrado nos princípios bíblicos (verdades bíblicas), comprometida com a formação integral do ser humano no resgate dos valores construtivos, transmitindo palavra de orientação e encorajamento às pessoas em momentos especiais ou de crise prestado por ministro religioso garantida por lei em entidades civis e militares de internação coletiva, como dispositivo previsto na Constituição Brasileira.

Dois teóricos da personalidade (Kluckhohm e Ammurray) disseram:

"Todo homem é em alguns aspectos: como todos os outros homens; como alguns outros homens; como nenhum outro homem." (Determinantes da personalidade, p.35).

6.1. Fundamentação

A prática de Jesus é o tríplice alvo da Igreja: Curar – Ensinar – Salvar.

"Onde é levantado um templo para pregação, deve ser levantado outro edifício para educação dos nossos jovens" (Manual Pastorado Igreja-Colégio, p. 1).

"No mais alto sentido a obra de educação e da redenção são uma." (Educação, p. 30).

"As escolas do mundo não nos podem preparar para darmos a mensagem que não conhecem." (Manual Pastorado Igreja-Colégio, p. 2).

"Estas responsabilidades não são encargos comuns, são depósitos sagrados..." (Stanley S. Will, Ensinar, p.24-25).

"A inexistência de valores e o abandono das boas e severas normas traçadas por Deus desde o princípio, nas escolas modernas que só se preocupam com a instrução profissional, tem sido a causa do colapso moral da juventude e por conseguinte da sociedade moderna." (Manual igreja Adventista Colégio, p.5).

6.2. Objetivos

Dar assistência e orientação espiritual: Professores; Funcionários e seus familiares; Alunos e seus familiares; Igreja e comunidade.

Acompanhar espiritualmente: Grupos musicais; Fanfarra; Centro Cívico; Grêmio; Desbravadores; Projeto Jovens em ação.

"Daí a vossos filhos a palavra de Deus como fundamento de toda a sua educação." (Testemunhos Seletos, V.2, p.454).

6.3. Atribuições e Atividades

A. Diárias.

- Cultos: Professores e funcionários – Alunos nas meditações em cada sala na 1^a aula.
- Coordenação das aulas de Bíblia.
- Aconselhamento.
- Visitação.
- Cursos bíblicos.
- Escola postal.
- Classes bíblicas.
- Contatos por telefone.
- Filantropia.
- Outras.

"(Caso não façamos) a obra que Deus nos confiou, Satanás a fará prazerosamente... e treinará as crianças ao seu bel-prazer." (TSSW, p. 103).

B. Ocasionais.

- Capelas: Temas espirituais – Temas diversos.
- Meditações e reuniões: Professores e funcionários – Pais – Outras.
- Realizações e/ou participações em reuniões: Administrativas – Equipe de apoio – Ensaios – Outras.

"Muitos tem de desaprender teorias de há muito tempo acreditaram ser verdade. É necessário na obra de muitos ministros o verdadeiro trabalho de coração..." (Manual de capelania, p.13).

C. Especiais .

- Colação de Grau;
- Outras datas especiais;
- Congressos;
- Encontro de Casais;
- Encontros Sociais;
- Excursões e Passeios;

"Muito se tem perdido para causa da verdade por falta de atenção às necessidades espirituais dos jovens." (Obreiros evangélicos, p. 203).

D. Cursos.

- Álcool
- Drogas
- Oratória sacra
- Outros.

"Com a saúde física e a correção de caráter deve encontrar-se combinada a alta qualificação literária." (Educação, p. 278).

6.4. Planejamento

- Datar as atividades
- Delegar atividades
- Elaborar programa diário de atividades
- Definir processo de avaliação contínua
- Prover materiais: Sala; Bíblias; Cursos bíblicos; Projetor; DVD; Tela; Outros.

"Arma-se tempestade que forçará e provará ao máximo o fundamento espiritual de cada um... evitai o chão de areia." (Serviço cristão, p. 85).

7 - CAPELANIA HOSPITALAR

Ao visitarmos um enfermo no hospital, estamos visitando o próprio Senhor Jesus, que disse: "... Estive enfermo e, me visitastes;... sempre que o fizestes a um destes meus irmãos, mesmo dos mais pequeninos, a mim o fizestes".

O sofrimento, a dor, a enfermidade e o momento de crise destes pequeninos irmãos, justificam a presença do cuidado pastoral no campo da saúde e solicita como um facho de luz. Como amigo e irmão nas mesmas estradas da vida, como companheiro do momento da dúvida e da necessidade, como Cristo, que na estrada de Emaús, enquanto os discípulos "conversavam sobre aquilo que havia acontecido... juntou-se a eles e pôs-se a acompanhá-los".

Visitar é, portanto, o ato de juntar-se a uma pessoa em crise com o objetivo de fortalecê-la, consolá-la e acompanhá-la no momento difícil. Esse é o verdadeiro Atendimento Espiritual com todas as suas dimensões sociais, espirituais e bioéticos.

Encontramos exemplo de "visitação" já no Jardim do Éden, quando Deus passeava e visitava a Adão e Eva. Assim sendo, "visitar" foi uma ação que começou com nosso Deus, o qual também visitou a Israel varias vezes de forma direta: Abrão, Sara, Moisés, Josué, Gideão, Samuel, Isaías, Jeremias.

A visita divina ao seu povo se tornou completa com a vinda de Jesus Cristo na plenitude do tempo.

No Evangelho de Mateus lemos: "Eis que a virgem conceberá, e dará à luz um filho, e chamá-lo-ão pelo nome de EMANUEL, que traduzido é: Deus é Conosco".

No Evangelho de João temos o relato da visita quando "o verbo se fez carne, e habitou entre nós, cheio de graça e de verdade; e vimos a sua glória, como a glória do unigênito filho de Deus.". Este Verbo divino nos disse que não veio para os sãos, mas para os doentes e ainda nos diz: "eu irei e lhe darei saúde".

Então, a visita de Deus através de Jesus Cristo é fundamental para toda a humanidade porque através dela temos a saúde eterna.

O Senhor Jesus também treinou seus discípulos para que visitassem) e deu seu exemplo quando foi a casa de Zaqueu, quando visitou com Tiago a casa de Pedro. E logo, saindo da sinagoga, foram à casa de Simão e de André com Tiago e João. E a sogra de Simão estava deitada com febre; e logo lhe falaram dela. Então, chegando-se a ela, tomou-a pela mão, e levantou-a; e imediatamente a febre a deixou, e serviu-os e ainda quando visitou a casa do principal da sinagoga.

Por todas estas evidências percebemos que Jesus dava enorme importância à visitação dos enfermos, fato provado quando ele disse: "estava enfermo e me visitaste...".

Este ato cristão de "visitar" também era percebido na Igreja Primitiva, Paulo foi convidado a ir à casa de Lídia, Paulo e Silas foram à casa do carcereiro, e o exemplo do próprio Pedro que foi fazer uma visita à casa do centurião Cornélio.

Precisamos como Igreja do Senhor, levar uma palavra de paz para as pessoas que vivem enfermas, sobrecarregadas e oprimidas.

Precisamos anunciar o amor e o zelo de Deus pelas suas vidas. Imitando a Jesus Cristo que sempre estava interessando e ouvia o clamor dos enfermos.

O amor que moveu Jesus a morrer por nós, será o principal elemento a mover-nos neste difícil ministério que consiste em dar apoio e consolo aos enfermos.

Ninguém é poupadão da doença. E a saúde tampouco é a única razão da felicidade.

Uma pessoa que aprendeu a conviver com a sua enfermidade, pode ser uma pessoa muito feliz e uma fonte de alegria para aqueles que cruzam o seu caminho.

Na Bíblia, a doença faz parte da vida. Ela sinaliza para os nossos limites, para a nossa transitoriedade, para a nossa natureza humana. Fato que é constantemente negado por não aceitarmos que somos finitos e limitados no tempo-espacô.

A importância do Ministério da Visitação Hospitalar ou Atendimento Espiritual está ligada diretamente ao número de pessoas que passa pelos hospitais em todo o mundo, que é bem maior que pelas igrejas. No hospital, a mente e o coração estão geralmente abertos a mensagem do evangelho. Quando o Senhor Jesus aqui viveu o seu ministério era total (corpo, alma e espírito) não podemos deixar de seguir seus passos. Hoje, a ciência médica reconhecer que a paz espiritual do paciente, pode contribuir muito para sua recuperação física.

Raramente o visitador achará as pessoas tão despida de máscaras e vaidade quanto numa enfermidade. Através de conversas, encorajamento e oração, o servo de Deus se torna um agente do poder curativo na crise de enfermidade.

O sofrimento físico nos leva a reconhecer que cada um de nós vai encontrar-se com a própria morte. Pessoas enfermas e com sofrimento físico começam a levantar uma série de perguntas: Por que isto está acontecendo comigo? Por que está acontecendo agora? O que fiz para merecer isto? Vou ficar bom? Onde está Deus nesta situação? Será que alguém vai cuidar de mim? Uma enfermidade pode ser acompanhada por dúvidas; emoções de zanga, solidão, desespero, confusão, ira, culpa; e magoas. Com esta realidade o visitador cristão, o apoio da comunidade de fé, e a ajuda prática em circunstâncias de enfermidade são desafios para os membros da igreja de Cristo.

8 - O PACIENTE, SEUS SENTIMENTOS E SUAS NECESSIDADES

8.1. Fundamentação Bíblico-Teológica do Enfermo e Enfermidade

A maneira como vê a enfermidade tem grande influencia na maneira como você irá tratar o paciente que visita, por isso, é necessário temos uma visão clara do que a Bíblia nos diz sobre a enfermidade. Apenas com essa Verdade conseguirmos eficiência operacional uma vez que ela nos fundamentará.

A doença é uma questão que a Bíblia menciona em muitos textos. A doença de Naamã, Nabucodonosor, o filho de Davi, Jó, Paulo, Timóteo, a sogra de Pedro, e vários outros e descrito tanto no Velho como no Novo Testamento.

Quando Jesus veio pessoalmente à terra, seu interesse pelos doentes se destacou tanto que praticamente um quinto dos evangelhos é dedicado ao tema da cura, e o Livro de Atos registra como a primeira igreja cuidou dos enfermos.

A Bíblia nos fornece fundamentos essenciais sobre a enfermidade. Pelo menos quatro conclusões podem ser extraídas e úteis no Atendimento Espiritual ofertado:

A. A Enfermidade faz parte da Vida. Poucas pessoas, se é que existe alguém atravessam a vida sem experimentar periodicamente pelos menos uma doença. Parece provável que a doença tenha entrado na raça humana como resultado da Queda, e desta época os homens ficaram sabendo o que é não ter saúde. A Bíblia nos menciona várias enfermidades como alcoolismo, cegueira, tumores, inflamações, febre, hemorragia, surdez, mudez, insanidade, lepra, paralisia e várias outras enfermidades.

Fica claro de cada uma delas causa tensão psicológica e física, e todas são mencionadas de modo a insinuar que a doença faz parte da vida neste mundo.

B. O Cristianismo nos responsabiliza a respeito do cuidado aos enfermos. Através de suas palavras e atos, Jesus ensinou que doença, embora comum, é também indesejável.

Ele passou grande parte do seu tempo curando os enfermos, encorajaram outros a fazerem o mesmo e mostrou a importância do cuidado cheio de amor daqueles que são necessitados e doentes.

Mesmo dar a alguém um gole de água era considerado digno de elogios e Jesus indicou que ajudar um doente era o mesmo que ministrar a Ele, Jesus.

C. A Enfermidade não é um sinal de pecado ou manifestação de falta de fé. Quando Jó perdeu sua família, bens e saúde, três amigos vieram visitar com a boa intenção de consolar, apesar da boa vontade, foram ineficazes, argumentou que todos esses problemas eram resultados do pecado.

Jó descobriu, porém, que a doença nem sempre é resultado do pecado do indivíduo - cuja verdade Jesus ensinou claramente.

Toda doença tem origem, em análise final, na queda da humanidade no pecado, mas os casos individuais de doença não são necessariamente resultantes dos pecados da pessoa doente - embora haja ocasiões em que o pecado e a doença têm realmente relação de causa-efeito em virtude do trato holístico existente.

Ao examinar as curas do Novo Testamento temos os seguintes esclarecimentos com respeito à enfermidade e aos seus co-relacionamentos práticos:

Algumas vezes as pessoas melhoravam por crerem pessoalmente que Cristo operaria a cura, por exemplo: A mulher com o fluxo de sangue é um bom exemplo.

Houve vezes, no entanto, em que uma pessoa além do paciente teve fé.

Vários pais procuraram Jesus, por exemplo, e falaram de seus filhos doentes, sendo estes curados por Ele sem ligação direta com as pessoas que eram alvos. Em outra ocasião, no Jardim do Getsêmani, a orelha de um servo foi curada embora ninguém tivesse fé e fosse movido por amor curativo, além de Jesus. Em contraste, vemos Paulo, homem de grande fé em Cristo cujo "espinho na carne nunca foi tirado". Não sabemos diretamente se isso era sinal de alguma doença. Com base nesses exemplos fica bastante evidente que a doença não é necessariamente um sinal de pecado ou manifestação de falta de fé.

A Bíblia não apóia os cristãos que afirmam que os doentes estão fora da vontade de Deus ou lhes falta fé. Deus jamais prometeu curar todas as nossas moléstias nesta vida e é tanto incorreto como cruel ensinar que a saúde instantânea sempre virá para aqueles cuja fé é forte. Esse erro deve ser evitado.

D. A Enfermidade faz surgir questões difíceis e cruciais sobre o sofrimento. C.S. Lewis no seu livro, Problema do Sofrimento, resumiu duas questões básicas que enfrentam todos os que sofrem e que são geralmente levantadas nas visitas:

- Se Deus é bom, porque ele permite o sofrimento?
- Se Ele é Todo-Poderoso, porque não suspende o sofrimento e evita o sofrimento?

Volumes inteiros têm sido escritos para responder a essas perguntas e o visitador cristão poderia beneficiar-se com a leitura de alguns deles.

E. A Enfermidade diante dos problemas éticos. Hoje existem algumas questões polêmicas debatidos pela bioética. É, por exemplo, o problema da eutanásia junto com o direito de morrer com dignidade. Esta problemática levanta questões tais como:

- O que é vida?
- Vale a pena viver com tanto sofrimento?
- Qual é o valor de prolongar uma vida que vai morrer mesmo?
- Quem tem direito para um tratamento médico?

Como crentes precisamos de nos envolver nestas questões para defender e resgatar os princípios e valores bíblicos. Há uma resposta adequada nas Escrituras que tratam dessas questões e podem apoiar o debate e a interação que está se criando entre a espiritualidade e a ciência no entendimento das enfermidades.

8.2. O Paciente e Outros Problemas Associados à Enfermidade

Uma enfermidade pode acontecer por uma variedade de causas. Algumas doenças surgem por meio de um vírus; por falta de higiene; por causa de defeitos genéticos; por causa de um acidente; por falta de uma alimentação correta ou adequada; ou velhice. Mas uma enfermidade envolve mais do que um problema físico. Junto com a enfermidade pode acontecer problemas emocionais, psicológicos, ou espirituais.

Quem trabalha com os enfermos deve saber lidar com os seguintes problemas:

A. A Dor Física. Pessoas reagem de formas diferentes quando há uma dor. Com certas doenças há pessoas que sofrem muita dor enquanto outras pessoas não sentem nada.

A diferença pode se atribuída para as experiências com dor, os valores culturais sobre a dor, ou até uma crença religiosa.

Certas pessoas acham que quando alguém reagiu com a dor, isto representa uma fraqueza. Outras acreditam que Deus permite a dor e assim a dor deve ser aceita. Há, ainda, indivíduos onde a dor está relacionada com a ansiedade.

Pessoas que trabalham com os enfermos devem saber lidar com o problema da dor. O visitante deve reconhecer a aceitar essas diferenças individuais. Elas influenciam as emoções da pessoa doente, as reações e o prognóstico de recuperação.

B. As Emoções do Paciente. Não é fácil ficar doente especialmente quando nossas rotinas são interrompidas, quando não compreendemos o que está errado com nossos corpos, ou não sabemos quando ou se iremos sarar.

Quando ficamos doentes o bastante para procurar ajuda médica, devemos nos submeter ao cuidado de estranhos, alguns dos quais são mais indiferentes ou científicos do que compassivos e sensíveis.

Tudo isto aumenta nossa sensação de desânimo em face da doença.

O Dr. James Strain, no seu livro *Psychological Care of the Medically Ill*, nos sugere que os doentes, especialmente os hospitalizados, experimentam sete categorias de tensão psicológica:

- Tensão da ameaça à nossa integridade. Os enfermos são submetidos para uma série de experiências onde eles não têm controle sobre as circunstâncias. O paciente tem que obedecer um médico, ouvir uma enfermeira, se submeter a estrutura de um hospital ou agenda estabelecida pelo tratamento médico, aceitar ordens para dormir, receber orientações para tomar medicamentos, ser instruído

sobre o que deve ou não deve comer, etc. Um enfermo volta a ser uma "criança" e isto não é fácil.

- Tensão do medo de estranhos. Os pacientes têm medo de que suas vidas e seus corpos tenham que ser colocados nas mãos de estranhos com quem talvez não tenham qualquer laço pessoal.
- Tensão da ansiedade pela separação. A enfermidade nos separa: amigos, lar, rotina costumeira, trabalho. Durante a internação no hospital ficamos separados das pessoas e das coisas que nos são familiares, no momento em que mais precisamos delas.
- Tensão do medo de perder a aceitação. A doença e os ferimentos podem deixar as pessoas fisicamente deformadas, obrigando a moderar suas atividades e tornar dependentes de outros. Tudo isto pode ameaçar a sua auto-estima e levar a temer que devido a essas mudanças as pessoas não irão mais amá-los ou respeitá-los antecipando traumas.
- Tensão do medo de perder o controle. Perder o controle de força física, agilidade mental, controle dos intestinos e bexiga, controle dos membros da fala, ou a capacidade de dominar as suas emoções é uma ameaça para os pacientes. E estas ameaças se tornam maiores quando o paciente está exposto em um leito de hospital.
- Tensão do medo de expor ou perder partes do corpo. As pessoas doentes precisam expor as partes do corpo que doem e submeter-se ao exame visual e toque por parte da pessoa do médico. Isto pode ser embaraçoso e por vezes ameaçador, especialmente quando se torna aparente que uma parte de nosso corpo este doente, tem que ser operada ou mesmo removida.
- Tensão da culpa e medo do castigo. A doença ou acidentes levam muitas vezes a pessoa a pensar que seu sofrimento possa ser um castigo por pecados ou faltas cometidas no passado. Como vimos, esta era a opinião dos amigos de Jó e tem sido aceita por milhares de pessoas desde então. Deitados na cama e se perguntando "Por que?" essas pessoas podem se deixar vencer pela culpa, especialmente se não houver restabelecimento.

Apesar de essas tensões serem comuns aos enfermos, temos que saber que existem diferenças no modo das pessoas reagirem.

Algumas sentem ainda outras emoções:

- Deprimidas com a doença;
- Desanimadas com o tratamento;
- Frustradas com a vida;
- Iradas com médicos e com Deus;
- Culpadas com o prognóstico;

C. A Reação da Família. Quando uma pessoa fica enferma, sua família é afetada e, percebendo isto, o paciente se perturba. As mudanças na rotina familiar devido a doença, problemas financeiros, dificuldades em organizar as visitas ao hospital, e até a perda da oportunidade de manter relações sexuais para o casal, podem criar tensão que ocasionalmente redonda em fadiga, irritabilidade e preocupação.

Numa tentativa de se animarem mutualmente e evitarem a preocupação, o paciente e a família algumas vezes se recusam a discutir seus verdadeiros temores e sentimentos uns com os outros, e como resultado, cada um sofre sozinho.

D. Sentimento de Esperança. A Dor Física, as emoções do paciente, e as reações da família, nos dão a impressão de um quadro sombrio da enfermidade.

Mas em todas as fases da enfermidade, o paciente passa pelo sentimento de esperança. O ditado popular “a esperança é a última que morre”, é real no momento na doença, e quando o paciente deixa de manifestar esperança, trata-se geralmente de um sinal que a morte se aproxima.

Mesmo pessoas gravemente enfermas, que têm uma idéia real sobre a sua condição, descobrem que a esperança as sustenta e encoraja especialmente em momentos difíceis. A esperança carrega em si a capacidade de apontar melhorias.

Pesquisas médicas verificaram que os pacientes sentem-se melhor quando há pelo menos um raio de esperança. Isto não significa que devamos mentir sobre a condição do paciente.

A psiquiatra Elisabeth Kubler-Ross em seu livro, Sobre a Morte e o Morrer, escreve que “partilhamos com eles a esperança de que algo imprevisto pode acontecer, que podem ter uma melhora, vindo a viver mais do que o esperado”.

O cristão tem ainda mais esperança no conhecimento de que o Deus cheio de amor, o soberano do universo, se interesse por ele tanto agora com na eternidade. Por isso, a grande missão do visitador é levar consolo e esperança aos pacientes, e o visitador cristão tem como recuperar a esperança daqueles que passa por tantas dores e sentimentos variados.

9 - O VISITADOR, SUA FUNÇÃO E SUAS ATIVIDADES

Assuntos que devem ser avaliados com respeito ao trabalho com os enfermos:

- O hospital é uma instituição que busca uma cura física. Temos que respeitar o ambiente, a estrutura hospitalar e trabalhar dentro das normas estabelecidas. Como evangélicos a Constituição Brasileiro nos da direitos de atender os doentes, porém não é um direito absoluto. Devemos fazer nosso trabalho numa forma que não atinja os direitos dos outros.
- Como é que você encara uma doença ou o sofrimento humano? Tem que avaliar suas atitudes, seus medos, suas ansiedades, etc. Nem todos podem entrar numa enfermaria ou visitar um doente no lar, porque não é fácil lidar com situações que envolve o sofrimento humano.
- Quando visitamos os enfermos devemos estar atentos aos sentimentos e preocupações deles. Nossa agenda precisa priorizar os assuntos que eles desejam abordar.
- Como crente em Jesus temos algo que todos desejam: esperança. Deve expressar esta esperança de maneira realística e com integridade. Tenha cuidado com promessas feitas em nome de Deus. Podemos levar palavras seguras, mas devemos evitar a criação de uma esperança falsa.
- Observar e respeitar as visitas de outros grupos. Faça seu ministério sem competir ou entrar em conflitos. Seja uma boa testemunha.
- Saiba utilizar bem nossos instrumentos de apoio que são: oração, a Bíblia, apoio da igreja, e a esperança em Jesus Cristo, o Médico dos Médicos.
- Ore e confie no Espírito Santo para lhe ajudar.
- Aprenda os textos Bíblicos apropriados para usar nas visitas hospitalares ou nos lares dos enfermos. Com eles haverá solidez teológico-espiritual para o trato.
- Aprenda algumas normas, regras, e orientações para visitar os enfermos.

9.1. A Prática

Como capelão por mais de 20 anos do Hospital Presbiteriano Dr. Gordon, o Rev. Eudóxio Santos desenvolveu um ministério prático de visitação.

Este projeto de Voluntários para a Capelania do Hospital que segue representa o aprendizado da teoria que foi confirmada e ampliada na prática.

Cada experiência de Capelania Hospitalar ou cada visita aos enfermos são experiências distintas.

Porém, os princípios, os valores, as regras, e as normas são semelhantes e válidos para todos os casos uma vez que os mesmos são universais.

A. Criando seu espaço de trabalho:

- Entender seu propósito
- Ganhar seu direito
- Trabalhar em sinergia com a equipe médica

B. Atitudes recomendadas:

- Identificar-se apropriadamente
- Reconhecer que o doente pode apresentar muita dor, ansiedade, culpa, frustrações, desespero, ou outros problemas emocionais e religiosos. Seja preparado para enfrentar estas circunstâncias e adaptar-se preventivamente.
- Usar os recursos da vida Cristã que são: oração, Bíblia; palavras de apoio, esperança, e encorajamento; e a comunhão da igreja. Se orar, seja breve e objetivo. É melhor sugerir que a oração seja feita. Uma oração deve depender da liderança do Espírito Santo, levando em consideração as circunstâncias do momento, as condições do paciente, o nível espiritual do paciente, as pessoas presentes, e as necessidades citadas.
- Deixar material devocional para leitura: folheto, Evangelho de João, Novo Testamento e demais ferramentas que possam servir de apoio e estímulo.
- Visitar obedecendo às normas do Hospital ou pedir de antemão, se uma visita no lar é possível, buscando sempre o horário adequado e conveniente.
- Dar liberdade para o paciente falar. Ele tem suas necessidades que devem tornar-se as prioridades para sua visita. O desabafo é ferramenta terapêutica.
- Demonstrar amor, carinho, segurança, confiança, conforto, esperança, bondade, e interesse na pessoa. Você vai em nome de Jesus.
- Ficar numa posição onde o paciente possa lhe olhar bem. Isto vai facilitar o diálogo.
- Dar prioridade ao tratamento médico e também respeitar o horário das refeições.
- Saber que os efeitos da dor ou dos remédios podem alterar o comportamento ou a receptividade do paciente a qualquer momento. Atenção.
- Tomar as precauções para evitar contato com uma doença contagiosa, sem ofender ou distanciar-se do paciente. A pessoa está acima da doença.
- Aproveitar a capela do hospital para fazer um culto. Se fizer um culto numa enfermaria pode atrapalhar o atendimento médico de outros pacientes ou incomodá-los. Deve ficar sensível aos sentimentos e direitos dos outros.
- Avaliar cada visita para melhorar sua atuação.

C. Atitudes inconvenientes:

- Visitar se você estiver doente;

- Identificar-se apropriadamente;
- Falar de suas doenças ou suas experiências hospitalares. Você não é o paciente, portanto todo o foco e atenção no paciente.
- Criticar ou questionar o hospital, tratamento médico e o diagnóstico.
- Sentar-se no leito do paciente ou buscar apoio de alguma forma no leito.
- Entrar numa enfermaria sem bater na porta. Buscar sempre autorização.
- Prometer que Deus vai curar alguém. Às vezes Deus usa a continuação da doença para outros fins. Podemos falar por Deus, mas nós não somos o Deus Verdadeiro. A promessa de cura é extremamente perigosa.
- Falar num tom alto ou cochichar. O equilíbrio é apropriado.
- Espalhar detalhes ou informação íntima do paciente. Seja discreto.
- Tomar decisões para a família ou o paciente. Pode orientá-los, mas deixe as decisões cabíveis sob a competência da orientação médica.
- Forçar o paciente falar ou se sentir alegre, e nem desanime o paciente. Seja natural no falar e agir. Deixe o paciente a vontade.
- Numa visita hospitalar ou numa visitação em casa para atender um doente, sempre observamos vários níveis de comportamento. Cada visita precisa ser norteada pelas circunstâncias, os nossos objetivos ou alvos, e as necessidades da pessoa doente. Adequar-se sempre.

As perguntas servem como boa base para cultivar um relacionamento pessoal. Segue uma lista de perguntas próprias. A lista não é exaustiva e as pessoas podem criar outras perguntas.

Perguntas iniciais para um bom ponto de partida para uma conversa pastoral:

- O que aconteceu para você encontrar-se no hospital?
- O que está esperando, uma vez que está aqui?
- Como está sentindo-se com o tratamento?
- Como está evoluindo o tratamento?
- O que está impedindo seu progresso?
- Quanto tempo levará para sentir-se melhor?
- Quais são as coisas que precipitaram sua enfermidade?
- Ao sair do hospital ou se recuperar, quais são seus planos?
- Como sua família está reagindo com sua doença?
- O que você está falando com seus familiares?
- O que seus familiares estão falando para você?
- O que você espera fazer nas próximas férias (outro evento ou data importante)?

(Dicas do Dr. Roger Johnson Clinical Pastoral Education em Phoenix, Arizona, EUA.)

Os enfermos passam por momentos críticos. Devemos ficar abertos e preparados para ajudar com visitas e conversas pastorais. Os membros de nossas igrejas podem atuar nessa área. Uma visita pastoral ou conversa pastoral serve para dois aspectos de nossa vida.

Primeiro, uma visita demonstra nossa identificação humana com o paciente. Como ser humano nós podemos levar uma palavra de compreensão, compaixão, amor, solidariedade e carinho. Segundo, na função de uma visita ou conversa pastoral representamos o povo de Deus (Igreja) e o próprio Deus na vida do paciente.

Assim, levamos uma palavra de perdão, esperança, confiança, fé, e a oportunidade de confissão. O trabalho pastoral visa o paciente como um "ser humano completo, holístico" e não apenas como um corpo ou um caso patológico para ser tratado.

9.2. A Visita, Suas Regras e sua Prática

Dez maneiras de tornar agradável a visita ao Hospital. Sugestões a serem consideradas ao visitar alguém no hospital.

- A permanência no hospital pode ser uma experiência de isolamento e desumanização. A privacidade e a modéstia são considerações importantes que precisam ser respeitadas. Lembre-se de que durante toda a hospitalização, o quarto do paciente é o seu local de dormir. Este espaço deve ser tratado com o mesmo respeito que a sua casa. Não hesite em perguntar se não estiver certa do que é apropriado ou do que pode perturbar o paciente. Não sente na cama, a não ser que seja convidada a isso. Mesmo assim, tenha cuidado para não interferir com qualquer tratamento ou exigências de isolamento, Lembre-se de que uma infecção que você nem notou pode ser fatal ao paciente que tiver imunodeficiência.
- Seja amável com a equipe do hospital e respeite as normas estabelecidas.
- Faça com que a sua visita ajude o paciente de modo significativo para ele no momento. Peça sugestões se tiver dúvidas. A simples disposição de passar tempo com alguém hospitalizado é um dom precioso. A duração de sua visita deve ser adequada à situação do paciente. Não demore demais. Várias visitas podem ser menos cansativas para alguém que está muito doente. As visitas mais demoradas ajudam a passar o tempo para os pacientes ativos confinados ao leito ou ao quarto numa hospitalização prolongada.
- Pergunte ao paciente/família qual a melhor hora para uma visita. Você talvez possa fazer companhia a ele num horário em que os membros da família não tenham condições de fazê-lo. Desse modo estará ministrando tanto ao paciente como aos que cuidam dele.
- Presença silenciosa e ouvir em silêncio são maneiras poderosas de apoiar alguém que está doente. Procure observar seus sinais de fadiga ou desconforto.
- As atividades podem tornar-se diversões esplêndidas. Um piquenique ou festa de aniversário no saguão pode reanimar o doente. Quer seja uma ocasião particular compartilhada com a família ou um convite aberto para todo andar, certifique-se de informar a equipe do hospital sobre todos os preparativos. Planos cuidadosos talvez tenham de ser montados de acordo com o regime ou nível de energia do paciente. Um pouco de criatividade quase sempre ajuda muito a tornar a ocasião uma lembrança muito especial para todos os envolvidos. Assim deixe a sua marca personalizada.
- Manter contato com a família e os amigos é importante para os hospitalizados. Quando, porém, você está doente e sofrendo, a menor tarefa é um sacrifício. Isso por mais que você tenha atitude ao contrário.
- Se possível leve o paciente para uma visita fora do hospital. Sol e ar fresco podem ser terapêuticos. Isso ajudará os doentes a longo tempo a manterem contato com a natureza e o mundo fora do hospital.
- Empenhe-se para que o paciente receba o jornal diariamente. Se necessário, leia-o para ele todos os dias. Tome cuidado para anotar itens que possam ser de particular interesse do paciente ou algo que ele queira acompanhar. Tome tempo para discutir pontos de interesse do paciente. Você está dando a ele uma oportunidade de interagir com o mundo fora de sua cama do hospital. Isso o traz para a realidade.
- Ajude alguém do hospital nos dias de eleição. Cédulas para confirmar a ausência podem ser obtidas na cidade de origem do paciente.

A. Normas Práticas para a Visitação Hospitalar.

- Não entre em qualquer quarto ou apartamento sem antes bater na porta.
- Verifique se há qualquer sinal expresso de: "proibido visitas".
- Respeite sempre o horário pré-estabelecido para sua atuação.
- Observe se à luz está acesa e a porta do quarto fechada. Em caso de positivo, espere que o doente seja atendido pela enfermeira ou médico, antes de você entrar. Ele tem total prioridade no atendimento.
- Tome cuidado com qualquer aparelhagem em volta da cama.
- Evite esbarrar na cama ou sentar-se nela. Cuidado com seu corpo.
- Avalie a situação logo ao entrar, a fim de poder agir objetivamente quanto ao tipo e duração da visita. (Se o paciente está disposto, indisposto).
- Procure se colocar numa posição ao nível visual do paciente, para que ele possa conversar com você sem se esforçar. Em quartos onde há mais enfermos, cumprimente os outros, mas se concentre naquele com quem você deseja conversar. Não disperse a sua atenção.
- Fale num tom de voz normal. Não cochiche com outras pessoas no quarto. Também não é conveniente gritar na hora da oração.
- Se a pessoa ainda não o conhece, apresente-se com clareza.
- Deixe com o doente a iniciativa do aperto de mão e faça-o com clareza.
- Dê prioridade ao atendimento dos médicos e enfermeiras, assim como no horário das refeições, saia do quarto. O que é demais, sobra.
- Ao contemplar alguém sofrendo, lembre-se de que as reações emocionais negativas podem ser detectadas pelo doente e seus familiares. Sem afetações, procure descobrir o que seu tom de voz e sua expressão facial e seus gestos estão comunicando.
- Concentre-se em atender às necessidades daquela pessoa diante de você. Não adianta falar do outro nem de si mesmo. Não é conveniente.
- Não queira forçar o doente a se sentir alegre, nem o desanime.
- Aja com naturalidade, pois se você se sentir à vontade ele terá maior probabilidade de ficar à vontade. O paciente percebe sua máscara.
- Não dê a impressão de estar com pressa, nem se demore até cansar o doente. Encontre a duração exata para cada situação. Busque o equilíbrio.
- Não tente movimentar um doente, na cama ou fora dela. Chame a enfermeira se ele o desejar. Evite sempre tocar no paciente.
- Fique sabendo que os efeitos da dor e dos remédios podem alterar o comportamento ou a receptividade do paciente de um momento para outro.
- Se você mesmo está doente, não faça visitas.
- Utilize os recursos da religião sem constrangimentos, mas com inteligência. Não fira a sensibilidade de um ateu, agnóstico ou comungante de outra religião. O foco não é religião é Deus.

B. Regras Fundamentais de Assistência Pastoral.

- O ponto de partida para o seu trabalho é a situação e o estado em que a outra pessoa se encontra. Nem é mais e nem é menos que isso.
- Seu objetivo primário é conduzi-la a um estágio de sã condição físico-emocional-religiosa atual. Concentre-se no seu objetivo e não confunda prioridades.

- Sua contribuição no processo terapêutico é singular e necessário, mesmo que você nem sempre sinta assim. Apenas a sua presença consola.

9.3. Ajudando Através da Arte de Escutar

Escutar é uma arte que pode ser desenvolvida. Os princípios abaixo relacionados, se posto em prática, ajudarão você a crescer na arte de escutar e assim a habilidade de ajudar a outras pessoas.

A. Analise a sua atitude íntima.

- Quais os seus sentimentos em relação à pessoa com quem você está conversando?
- Você tem algum preconceito em relação a ela?
- Ela lhe é repugnante?
- Há hospitalidade entre vocês?

Tudo isto vai afetar o significado de que você ouvirá dela. As palavras perdem seu sentido quando nossas emoções não nos permitem escutar com objetividade. Precisamos desenvolver uma atitude de aceitação da pessoa, do que ela diz, sem julgá-la ou condená-la. Não estamos defendendo qualquer posição, mas tentando ouvir os verdadeiros sentimentos de quem fala.

Por outro lado, não devemos insistir para que o entrevistado defenda seu ponto de vista, ou utilize determinado vocabulário ou estilo de linguagem. Não devemos expressar julgamento para não tolher a fluência de seus sentimentos.

B. Repare o tom de voz. Que estado emocional ele revela?

Uma voz baixa, um fala monótona, pode indicar depressão emocional. Falar rapidamente, de forma agitada, pode ser uma depressão extrema. Falar depressa e em voz alta pode indicar o efeito de drogas.

Você poderá dizer: - "Pela sua voz, tenho a impressão de que você está muito..." Se a pessoa chora enquanto fala, permita-lhe este privilégio. Isso é ferramenta terapêutica.

C. Desenvolva a capacidade de avaliar as emoções. Na linguagem comum, há palavras que expressam emoções diversas: convicção, perturbação, irritação, alegria, felicidade. O tom de voz em que elas são proferidas, lhes dão um significado maior que o dicionário não pode definir. Cabe a nós avaliar este conteúdo emocional da comunicação.

D. Reflitas as emoções que você está percebendo. É preciso fornecer ao entrevistado uma "retro visão" das emoções que ele está transmitindo. A pessoa ficará satisfeita se você revelar que entendeu qual o problema dela. Isto não é apenas repetir o que a pessoa já disse, literalmente, mas refletir seus sentimentos com nossas próprias palavras.

E. Evite a agressividade, sempre.

- Não domine a conversa. Escutar é mais importante do que falar.
- Quando falamos muito a pessoa se confunde. Ser objetivo é padrão.
- Não discuta nem revele hostilidade ou ressentimento. Não confunda seu alvo.
- Não tente manipular as pessoas, nem as enganar. A dor aumenta a percepção.

F. Evite a passividade e a timidez exagerada.

- Não há necessidade de concordar com tudo o que a pessoa diz.
- É mais importante entender o que ela diz do que criar uma impressão favorável.

- Não é necessário que a pessoa fique totalmente despreocupada. A solução dos problemas vem por meio das tensões.
- Não seja passivo como uma esponja. Demonstre interesses na participação do diálogo. Esteja preparado para responder.
- Não se prenda aos detalhes da conversa. Identifique as informações básicas para compreender o interlocutor.

G. Normas para escutar.

- Escutar é um processo. Não é discursar. Você precisa identificar-se com a pessoa que fala.
- Demonstre compaixão e aceitação, ainda que suas convicções pessoais sejam diferentes.
- A pessoa está apresentando um problema que lhe parece insolúvel. Aceite seu estado de confusão e ajude-a observar os diferentes aspectos do problema: sua origem, quem está envolvido nele, possível soluções etc.
- Demonstre amizade e interesse. O problema é grande. Leve a carga com a pessoa até que ela possa levá-la sozinha.
- As vezes, a pessoa tenta diminuir o problema. Isto pode revelar falta de confiança em sua ajuda ou ausência de auto-estima. As vezes, o problema não nos parece sério, mas devemos reconhecer que ele é sério para a pessoa que está sofrendo com ele.
- Procure dividir o problema em várias partes para atacá-las separadamente.
- Dê oportunidade para a pessoa esclarecer sua posição. Isto facilitará a compreensão dos problemas e como solucioná-los.
- Se descobrir contradições na conversa, revele-as à pessoa. Isto a ajudará a se sentir menos confusa e ansiosa.
- Pergunte se ela já enfrentou um problema semelhante no passado. Ela vai recordar que tem habilidade para superar a situação como já aconteceu.
- Discuta as várias alternativas para resolver o problema. Evite conselhos estereotipados. Anime a pessoa a restabelecer relações com pessoas de importância em sua vida (parente, amigos, pastor).
- Evite fazer perguntas com respostas predeterminadas. São mais válidas as perguntas que despertam o sentido do relacionamento.
- Dê ênfase ao tempo presente e objetivo da entrevista. Veja se tem possibilidade de ajudar essa pessoa nessa circunstância, ou encaminhe-a a outra pessoa.
- Não se deve alimentar esperanças infundadas. Evite dizer: "Não se preocupe, está tudo bem".
- Termine a conversa apresentando objetivamente o que deverá ser feito. Deixe a pessoa tomar a decisão adequada e assumir a responsabilidade.
- Admita suas capacidades e limitações, você é humano e finito. Deixe Deus agir onde você é suficiente.

9.4. Os Benefícios: ao Paciente e sua Família, ao Hospital e a Comunidade

A visita hospitalar e a Assistência Espiritual oferecem benefícios distintos para os pacientes e seus familiares, o pessoal de cuidado médico profissional, a próprio hospital, e a comunidade dentro os quais reside.

Estes benefícios crescentemente são demonstrados através de estudos de pesquisa.

A. Os Benefícios para os pacientes e sua família. Seis áreas de pesquisa estão resumidas aqui, que descreve os benefícios de atenção à espiritualidade de pacientes e seus familiares.

Apoio espiritual e sua práticas.

Um corpo crescente de pesquisa demonstra os benefícios da saúde relacionados a religião, fé e sua prática. Vimos isso na introdução. Principalmente com o advindo da bioética e seus novos paradigmas.

Um estudo foi publicado com de 42 mortalidades envolvendo aproximadamente 126.000 participantes demonstrou que as pessoas que ajudadas com envolvimentos religiosos freqüentes foram significativamente provado viver mais tempo comparado a pessoas que eram não freqüentemente envolvidas.

Em um estudo de quase 600 pacientes idosos, severamente doentes, hospitalizados, esses buscaram um envolvimento com o amor de Deus, com também apoio de pastores e voluntários, visitantes membros da igreja, estavam menos deprimido e com qualidade de vida melhor, até mesmo depois de saber da severidade da doença deles. A espiritualidade é fundamental na visão holística.

No estudo de 1.600 pacientes de câncer, a contribuição espiritual ao paciente que tinha boa qualidade de vida era semelhante ao seu bem estar físico. Entre pacientes com sintomas significantes como fadiga e dor, esses com vida espiritual atuante é tido com uma qualidade significativamente mais alta de vida.

Estes e outros estudos demonstram que a fé traz impacto de bem estar prático emocional e físico.

Capelães, pastores e voluntários fazem um papel integrante de apoio e fortalecimento destes recursos religiosos e espirituais.

A Importância do Cuidado Espiritual para enfrentar a Doença.

Um estudo de adultos mais velhos achou que mais da metade informou que a religião deles era o recurso mais importante que os ajudou na luta com doença.

Em outro estudo, 44 % dos pacientes informaram que a religião era o fator mais importante que os ajudou na luta com a doença deles ou hospitalização.

Em um estudo de mulheres com câncer de peito, 88 % informaram que religião era importante para elas e 85 % indicaram que a religião ajudou a enfrentar.

Semelhantemente, 93 % das mulheres em um estudo de pacientes de câncer ginecológicos informaram que a religião aumentou a sua esperança.

Um estudo com pacientes de câncer de peito informou que 76 % tinham orado sobre a situação deles como um modo para enfrentar o diagnóstico.

Estudos demonstram que estar bem espiritualmente ajuda as pessoas a moderar os sentimentos dolorosos que acompanham a doença: ansiedade, desesperança e isolamento.

Muitos pacientes esperam que os capelães e voluntários os ajudem com tais sentimentos infelizes.

O estudioso Paragament cita muitos estudos adicionais que demonstram a importância do cuidado espiritual na luta das pessoas que lidam com doença.

As pessoas procuram cuidados espirituais durante doença e em outras experiências dolorosas. Capelães e voluntários devem estar prontos para dar ajuda espiritual na luta das enfermidades.

Respondendo à angústia espiritual.

Estudos apontam à importância de angústia espiritual, quer dizer, conflitos religiosos ou espirituais não resolvidos e dúvidas. Esta angústia é associada com a perda de saúde, recuperação, e ajuste com a doença.

Capelães e visitantes tem um papel especialmente importante identificando os pacientes em angústia espiritual e os ajudando solucionar os problemas religiosos ou espirituais deles, enquanto melhorando a saúde deles.

Aumentando estratégias para enfrentar à doença.

Estudos demonstram que estar bem espiritualmente ajuda as pessoas a moderar os sentimentos dolorosos que acompanham a doença: ansiedade(14), desesperança e isolamento.

Muitos pacientes esperam que os capelães e voluntários os ajudem com tais Os sentimentos infelizes.

As pessoas querem cuidados espirituais durante doença e outras experiências dolorosas, procurando ajuda. Capelães e voluntários devem estar preparados para dar ajuda espiritual na luta com estes sentimentos.

Cuidando das famílias.

Freqüentemente os familiares sofrem angústia semelhante ou mais intensa que os que estão hospitalizados. Em alguns estudos, pacientes indicaram que as funções da capelania mais importantes são aquelas que estão ajudando os seus familiares com os sentimentos associados com doença e hospitalização. Em um estudo, 56 % das famílias identificaram a religião como o fator mais importante para ajudar a enfrentar a doença de um ente querido deles.

Outro estudo indicou que os familiares queriam o cuidado espiritual dos capelães mais do que os pacientes.

Comparado a esses, os familiares dos pacientes de Alzheimer que adoravam a Deus regularmente e que sentia as necessidades espirituais satisfeitas informaram que diminuíram a tensão.

Famílias confiam em religiosos e recursos espirituais para enfrentar com os níveis altos de angústia durante a doença de um querido. O cuidado de um capelão e voluntários para os familiares tem um impacto positivo.

A satisfação do paciente e sua família com o cuidado espiritual provido por capelães.

Estudos indicam que 70 % dos pacientes está atento as necessidades espirituais relacionados à doença deles. Estudos de pacientes em hospitais de cuidado agudos indicam que entre um terço e dois terços de todos os pacientes queira receber cuidado espiritual.

Quando os capelães ajudam a família de um paciente, o mais provável é que o paciente vai escolher aquela instituição novamente para hospitalização futura.

Um grande estudo de VandeCreek e Lyon mostrou a satisfação dos pacientes e familiares com as atividades dos capelães: A maioria dos pacientes estava satisfeita com o cuidado espiritual provido por capelães. A satisfação com a assistência da capelania pelos familiares dos enfermos era até mais alta do que informado pelos pacientes. As visitas do capelão "fizeram a hospitalização mais fácil" porque a visita proveu "conforto" e ajudou para o paciente a relaxar. O capelão ajudou para os pacientes "a melhorar mais rápido" e aumentou a prontidão dos pacientes para voltar para casa" porque as visitas lhes ajudaram a sentir mais esperançoso.

Os pacientes e seus familiares estão freqüentemente atentos as suas necessidades espirituais durante hospitalização, desejam a atenção espiritual profissional a essas necessidades, e respondem positivamente quando recebem atenção - influenciando na sua recomendação do hospital a outros.

B. Os Benefícios para o hospital e comunidade.

Os benefícios para os profissionais de saúde

Profissionais da Saúde, inclusive os médicos e enfermeiras, às vezes experimentam tensão ao trabalhar com os pacientes e familiares. Esta tensão aumentou recentemente porque mudanças econômicas conduziram a menos profissionais que provêem cuidado

pelos pacientes seriamente doentes. Capelães podem prover cuidado espiritual sensível, encorajador a estes pacientes e as suas famílias por períodos de tempo estendidos, permitindo assim para outros profissionais prestar atenção a outros deveres.

Capelães fazem um papel importante ajudando profissionais de saúde a enfrentar os seus problemas pessoais. A palavra encorajadora pode aumentar a moral e bom senso do pessoal.

Um estudo relata que 73 % de médicos de UTI e enfermeiras acreditam que prover conforto a eles é um papel importante do capelão, e 32 % acreditam que os capelães deveriam estar disponíveis ajudar pessoal com problemas pessoais.

Os Benefícios para o hospital.

Os serviços de capelães e voluntários beneficiam hospitais pelo menos em 9 meios.

- Os capelães e voluntários ajudam hospitais a satisfazer as expectativas dos pacientes com serviços de cuidado espirituais competentes, compassivos, enquanto melhoraram assim a imagem do hospital.
- Em uma época de medicamento de alta tecnologia, hospitalizações breves, e breves contatos com os médicos e outros profissionais de saúde, os capelães e voluntários oferecem um das poucas oportunidades para os pacientes discutirem as suas preocupações pessoais e espirituais.
- Os capelães e voluntários que especializaram na área de capelania por organizações profissionais. Podem oferecer curso de visitação a voluntários das igrejas. Desde participantes em programas, podem ter vários voluntários prestando cuidado espiritual ao hospital sem custo para a instituição.
- Os capelães e voluntários estabelecem e mantêm relações importantes com os pastores da comunidade.
- Os capelães e voluntários fazem um papel importante abrandando situações de descontentamento de pacientes e seus familiares que envolvem com o hospital. Quando pacientes se tornam nervosos e impacientes os capelães podem mediar estes intensos sentimentos de modos que conservam valiosos recursos organizacionais. A presença deles pode servir como um veículo por reduzir risco.
- Os capelães e voluntários podem reduzir e podem prevenir abuso espiritual, agindo como guarda para proteger os pacientes de proselitismo. Códigos de éticas profissionais estipulam que os capelães eles têm que respeitar as convicções de fé e práticas de pacientes e famílias.
- Os capelães e voluntários ajudam para os pacientes e seus familiares a identificar os seus valores relativos a escolhas de tratamento no fim da vida e comunicam esta informação ao pessoal de saúde.
- Os capelães e voluntários ajudam os hospitais a desenvolver a sua missão, valor, e declarações de justiça sociais que promovem curando para o corpo, mente e espírito. Especialmente para hospitais que são suportados por igrejas, eles promovem consciência de missão.
- Os capelães e voluntários ajudam hospitais cumprirem uma variedade de cuidado espiritual e apoio para os pacientes e seus familiares.

É de muito valor o cuidado espiritual provido por capelães eficientes. Um estudo do custo de capelania foi publicado informando que os serviços de capelães profissionais variam entre US\$ 2,71 e US\$ 6,43 por visita de paciente.

Adicionalmente, aproximadamente três quartos de executivos de HMO informou em uma pesquisa que a espiritualidade (expressou pela oração pessoal, meditação espiritual e religiosa) pode ter um impacto no bem estar, então pode ajudar no impacto do custo.

C. Os Benefícios para a comunidade. Hospitais são crescentemente sensíveis sobre a sua relação para com a comunidade e os capelões fazem contribuições sem igual provendo muitos serviços da comunidade.

Estes incluem:

- Liderança e participação em programas de sociais da comunidade.
- Liderança de grupos de apoio para ajudar para os membros da comunidade a enfrentar a perda ou crise e viver com a doença.
- Liderança e participação na comunidade em respostas as crises, desastre, pobreza.
- Participação do cuidado espiritual que enfatiza conexões a pastores locais e igrejas.
- Orientação e apoio para programas das igrejas e da comunidade como ajuda a alcoólatras, drogados.
- Programas educacionais estabelecendo voluntários das igrejas que se ocuparão de visitação espiritual nas casas e a igrejas.
- Relações ativas mantendo com associações evangélicas locais.
- Comunidade provendo seminários educacionais em tópicos de espiritualidade, perda e doença, e luta com a crise.

Nos tumultos dos hospitais, os diretores estão procurando constantemente modos para prover ótimos serviços aos pacientes dentro de suas dificuldades financeiras. Eles buscam manter os funcionários de qualidade e manter relações positivas dentro dos hospitais e a comunidade. Os capelões respondem a estas preocupações de modo sem igual, enquanto utilizando as tradições históricas de espiritualidade que contribui à cura de corpo, mente, coração e alma.

10 - CAPELANIA HOSPITALAR – VISITAÇÃO BÁSICA

O que não é:

- Evangelismo em Hospital;
- Pregação no Hospital ou Enfermarias;
- Proselitismo;
- Falar de Jesus e do amor de Deus.

O que é:

- Viver Jesus e o amor de Deus;
- Acompanhar pacientes e seus familiares;
- Acompanhar funcionários e profissionais de saúde;
- Dar assistência espiritual, emocional e social;
- Tratar de todos independentes de religião.

10.1. O Visitador e a Visita

- Ter uma experiência pessoal de conversão com o Senhor Jesus;
- Ser chamado para esse ministério pelo Amor e para o amor;
- Ter humildade e reconhecer que não é melhor do que ninguém;

- Ser e levar a Boa Nova do Evangelho ;
- Respeitar sempre a pessoa humana, seu credo e seus objetos de culto;
- Ter a motivação correta e fazer periodicamente auto-análise sobre o motivo que o leva a optar por este ministério;
- Ter claro o alvo de compartilhar o amor de Deus com os que sofrem;
- Procurar ser amável, cativante e agradável;
- Ser e ter paciência;
- Ter e desenvolver cada vez mais o autocontrole das emoções e buscar não se impressionar com o aspecto físico dos pacientes;
- Ter boa saúde física e psicológica;
- Saber comunicar-se com facilidade;
- Ter humor bom e estável;
- Ter sensibilidade e tato no trato com as pessoas, respeitando opiniões divergentes;
- Desejar lidar com os enfermos e ter ou desenvolver essa habilidade;
- Ser submisso à autoridade e as regras hospitalares;
- Ter perseverança;
- Ter discernimento e sensibilidade na conversação;
- Ser longâmido, pois muitos se encontram revoltados com a sua situação;
- Usar a língua apenas para curar e nunca para ferir;
- Reconhecer a dignidade, o valor e o potencial de cada pessoa;
- Sentir-se à vontade com pessoas cultas ou incultas;
- Ouvir e guardar as confidências dos pacientes;
- Cuidar da aparência e da higiene pessoal;
- Saber abordar cada pessoal com a linguagem adequada;
- Investir tempo e atenção no paciente visitado;
- Servir... sempre;
- Exercer misericórdia com a miséria alheia;
- Identificar-se com as pessoas: empatia;
- Ter amor às vidas;
- Observar com sensibilidade se é a hora adequada para se fazer a visita; respeitando os horários de alimentação, descanso e de visita particular aos pacientes;
- Dar prioridade ao tratamento médico do paciente, dando sempre preferência aos médicos e à enfermagem;
- Evitar intimidades;
- Aprender e saber ouvir;
- Sempre bater na porta e pedir permissão para entrar no quarto ou enfermaria;
- Verificar se há sinal expresso proibindo as visitas;
- Tomar cuidado com qualquer aparelhagem ao redor da cama, não esbarrar em nada;
- Evitar também esbarrar na cama e muito menos sentar-se nela;

- Avaliar o cenário antes de entrar a fim de poder agir objetivamente quanto ao tipo e duração da visita;
- Procurar colocar-se numa posição confortável para o paciente, ao seu nível visual, para que ele possa conversar com você sem esforçar-se;
- Apresentar-se sempre com clareza;
- Não perguntar sobre a gravidade da doença;
- Não levar qualquer tipo de alimento e bebida;
- Não dar água nem alimento ao paciente sem permissão da enfermagem;
- Não apresentar fisionomia emotiva ou de comiseração;
- Não manifestar nojo de suas feridas nem medo de contágio;
- Não estender a mão ao paciente. Apenas se ele tomar a iniciativa;
- Não aceitar pedidos do paciente para obter resultados de exames médicos ou dar-lhe notícia de diagnósticos e nem a qualquer outra pessoa;
- Falar num tom de voz normal. Não cochichar com outras pessoas no quarto. Orar em tom de voz normal. Não falar alto, respeitando o silêncio necessário ao ambiente hospitalar;
- Concentrar-se em atender às necessidades da pessoa que está sendo atendida;
- Não tentar movimentar o doente sem autorização da enfermagem;
- Saber que a dor e o medicamento podem alterar o humor do paciente;
- Não querer forçar o doente a sentir-se alegre, nem desanimá-lo. Agir com naturalidade, para que o paciente tenha maior probabilidade de sentir-se à vontade;
- Não dar a impressão de estar com pressa, nem demorar até cansar o enfermo. Com bom senso encontrar o tempo ideal conforme cada caso;
- Não fazer visita se você mesmo estiver doente;
- Não usar perfumes fortes;
- Não usar sapatos de tecidos e sandálias no interior do hospital;
- Ser discreto no uso de jóias ou bijuterias;
- Usar roupas de acordo com as normas do hospital e da capelania;
- Ao visitar áreas infectadas, lave o jaleco separado das roupas;
- Nunca visite outras áreas após visitar áreas infectadas;
- Nunca esquecer-se do crachá de identificação do hospital;
- Usar preferencialmente material que possa ser carregado nos bolsos;
- Manter as mãos livres;
- Proceder à higienização da mãos antes e depois da visitação de cada enfermaria.

10.2. Evangelização

A. Três Cuidados:

As crenças pessoais são seu Patrimônio Pessoal. Ela se fecha quando percebe qualquer ameaça;

O Evangelista, Visitador ou Capelão deve ter extrema simpatia. O paciente deve nos aceitar, confiar e até gostar antes que se abra para Cristo;

A linguagem deve evitar falar de figuras relacionadas com a morte, inferno, céu, condenação. A ênfase deve estar no o amor de Deus.

B. Abordagem:

- Falar de assuntos gerais e comuns;
- Como transição mostrar os cuidados de Deus como o próprio hospital, tratamento, médicos, enfermagem, remédios, família, amigos e outros;
- Apontar Jesus como a providência de Deus;
- Apontar que a vida está dentro da eternidade;
- Plano de Salvação:
- O amor de Deus;
- O pecado e a separação de Deus;
- O significado da morte de Cristo;
- A nova filiação divina;
- A geração de nova vida (nova criatura);
- Verificar se houve entendimento e se há dúvidas;
- Levar à decisão que deve ser voluntária;
- Fazer uma oração.

10.3. Crianças e Adolescentes

A. O que a Doença proporciona:

- Insegurança pela quebra da rotina;
- Solidão pelo afastamento involuntário de todos;
- Exposição e ausência de privacidade;
- Desgaste físico, mental e espiritual;
- Nova rotina focada na doença: dor, médicos, enfermagem, curativos, exames, dietas e etc;
- Problemas peculiares de cada faixa etária.

B. Estratégias com Crianças Hospitalizadas:

- Conversas criativas focando as boas histórias vividas, os sonhos, as reflexões sobre carreira, profissões e etc;
- Histórias bíblicas contadas ou dramatizadas;
- Cânticos didáticos;
- Fantoches;
- Dinâmicas respeitando os limites dos pequenos;
- Bonecos;
- Trabalhos Manuais;
- Palhaços;
- Literatura;
- Celebrações e Eventos;

- Oração.

C. Cuidados Antecedentes:

- Checar com a enfermagem sobre a doença do paciente e suas esperanças, quem são os pais ou acompanhantes;
- Desenvolver um contato natural pela presença.
- Comece onde a criança está. Pelo que está acontecendo no momento da abordagem;

D. Apresentação.

- Aproveitar a curiosidade natural da criança sobre o que é capelania ou capelão;
- Deixar a criança à vontade para falar de si mesma, de seus problemas e de seus sentimentos;
- Descobrir os assuntos de interesse da criança;
- Conversar sobre sua casa e família. Atentar para os problemas apontados;
- Verificar sua vida escolar ou profissional (aspirações e frustrações);
- Montar sua estratégia específica com base no que você ouviu da criança;

NÃO ESQUECER

- Conquiste a Criança;
- Respeite seu patrimônio religioso.

10.4. O Culto

A. Na capela ou Auditório:

- Duração de 15 a 30 minutos;
- Músicas selecionadas que tenham melodias suaves e alegres com letras otimistas que tragam esperança e reforcem a fé;
- Hinários com letras grandes e em folhas avulsas que possam ser levadas pelos pacientes;
- Nunca prometer a cura;
- Usar de tom de voz calmo na pregação com conteúdo com a escolha de temas leves e simples com ênfase no otimismo, esperança e fé;
- Orações curtas, objetivas com voz firme, mas sem gritaria. Cuidado para não despertar fortes emoções nos assuntos abordados na oração;
- Não permita testemunhos sem antes analisá-lo;
- Trabalhar individualmente as pessoas que freqüentaram o culto;
- Não fazer apelo.

B. Cultos Menores:

- Duração de 05 a 10 minutos;
- Em enfermarias;
- Com funcionários em trocas de turnos;
- Com funcionários no início de cada turno;
- 01 música;

- Palavra rápida;
- Oração rápida;
- Se possível e necessário, com distribuição de literatura.

10.5. Músicas

- Move as emoções;
- Traz alegria e suavidade ao ambiente.

A. Letras:

- Devem ser otimistas, alegres que induza a fé e esperança;
- Não deve falar de morte, inferno, diabo, juízo final ou até mesmo do Céu;
- Usar instrumentos musicais clássicos tais como violão e teclado. Evitar o uso de instrumentos de percussão e sopro com exceção da flauta doce;

B. Estratégias Musicais:

- Usar a música nos ambulatórios;
- Usar a música nas capelas;
- Usar a música nos cultos das enfermarias;
- Criar um coro musical com funcionários;
- Usar a música ambiente.
- Usar em todos os eventos.

10.6. Pacientes Graves ou Terminais

A. Fases:

- Choque;
- Negação enquanto "digere" a notícia;
- Ira e Revolta com sua doença e com a saúde dos outros;
- Negociação com Deus e com objetivos de curto e médio prazo;
- Tristeza com as perdas ocorridas. Nessa fase ou na anterior são resolvidas diversas pendências no universo familiar, emocional, relacional ou material;
- Aceitação ou desapego crescente com tudo;
- Entrega ao processo da morte.

B. Cuidados Paliativos:

- Equipe multidisciplinar envolvida no objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes fora da possibilidade de cura;
- Acompanhar os pacientes e familiares durante todo o processo da doença, morte e pós morte;
- Discutir os casos dos pacientes e aprender uns com os outros;
- Criar grupos de apoio.

C. Grupos de Apoio:

- Visa Participação. Os pacientes necessitam participar ativamente de seu processo final de vida;

- Visa Afirmação. Os pacientes necessitam conhecer pessoas que passam pelos mesmos problemas;
- Visa Diferenciação. Os pacientes necessitam descobrir que seu caso é único, mas com várias formas de se reagir a ele;
- Visa Comunhão. Os pacientes necessitam de atividades manuais, como artesanato, para propiciar comunhão entre os pacientes envolvidos aumentando a chance de conversação e troca de experiências.

10.7. O Luto

O luto sugere o choro como um processo da perda ocorrida;

- Luto saudável:
 - Fase Inicial: de uma semana a um mês;
 - Fase Final: até dois anos.
- Luto patológico:
 - Não apresenta fase distinta de início e fim;
 - Características: preocupação excessiva com o falecido, distúrbios contínuos de apetite, sono, apatia, dificuldades em vivenciar prazeres (culpa), crises de choro, depressão, idéias suicidas e etc.

A. Fases do Luto:

- Entorpecimento:
 - De algumas horas a uma semana.
 - Sensação de aflição, raiva, torpor (Choque);
- Anseio e Busca:
 - Quando a pessoa começa a ver a realidade, mas ainda aparecem reações como se o falecido estivesse vivo.
 - Sensação de aflição, inquietação, insônia, lembranças do falecido (Negação).
- Desorganização e Desespero:
 - Aceita-se a morte e percebe-se que a vida não será mais como antes e que muita coisa precisa ser resolvida e reestruturada;
- Reorganização:
 - As coisas mudaram e há a necessidade de adaptar-se, criar novos padrões para a vida.

B. O luto superado:

- Recorda o falecido de uma forma honesta e não idealizada;
- Fala do falecido sem chorar ou perturbar-se;
- Acolhe e expressa sentimentos diversos;
- Sabe diversificar o próprio tempo;
- Aceita serenamente o passado;
- Cuida de si e da própria saúde;
- Abre-se a novas possibilidades;
- Partilha o juízo amadurecido pela dor;
- Toma decisões objetivas e oportunas;

- Aprofunda a própria fé;
- Crê e ganha confiança;
- Transforma a dor em gesto de aproximação com os outros.

C. O luto não superado:

- Forte identificação com o falecido;
- Mumificação das coisas que pertenciam ao falecido;
- Superatividade ou indolência;
- Hostilidade mantida;
- Rejeição da ajuda externa;
- Excessivo negativismo ou vitimismo;
- Desinteresse pela integração social;
- Isolamento dos outros e de Deus;
- Decisões imprevistas e dramáticas;
- Somatizações crônicas;
- Impulsos autodestrutivos.

D. O Papel do Capelão no Luto:

- Presença;
- Palavras bíblicas de conforto, consolo e apoio;
- Oração.

11 - CAPELANIA HOSPITALAR EVANGÉLICA

Atos 1:8 - “E recebereis poder ao descer sobre vós o espírito santo e sereis minhas testemunhas em Jerusalém, na Samaria e até aos confins da terra.”

11.1. Objetivos

- Proporcionar conforto espiritual, emocional, social e apoio recreativo e educacional aos pacientes e seus familiares;
- Humanizar o ambiente hospitalar;
- Levar o paciente e os profissionais de saúde a encontrarem sentido de vida e da morte em Jesus.

11.2. Nossa Fé

- A Bíblia é a Palavra de Deus;
- Jesus é o caminho, a verdade e a vida.

11.3. Alvo

- Glorificar a Cristo através de uma vida de testemunho, obediência e serviço à Palavra de Deus;

- Acatar a todos os padrões de higiene e ao regimento do hospital uma vez que somos observados a todo tempo.

11.4. Participante (Condições)

- Formado em curso específico de visitação hospitalar com 30 horas-aula;
- Se membros há mais de 01 ano de uma Igreja Evangélica;
- Deve apresentar carta de recomendação do Pastor e mais 03 cartas de referência pessoal;
- Deve estudar, no mínimo, 02 livros que versam sobre o tema;
- Deve ser entrevistado;
- Deve estagiar com carga de 50 horas com treinamento prático avaliado em dois períodos de 25 horas.

11.5. Benefícios Diretos ao Paciente

- Novo sentimento de fortalecimento;
- Aumento de imunidade física;
- Engajamento no tratamento médico;
- Melhor aceitação da internação;
- Geração de esperança;
- Maior equilíbrio emocional;
- Melhor relacionamento com a enfermagem;
- Maior confiança nos profissionais da saúde;
- Tranqüilidade durante o tratamento;
- Amadurecimento;
- Bem estar: paz, alegria e paciência;
- Redução do tempo da internação;
- Nova rede de amizades;
- Encontro pessoal com Cristo.

11.6. Caráter Evangélico

- Carrega o mesmo sentimento de Cristo (Fp 2 : 5);
- Considera-se um Vaso de Barro (2 Co 4 : 7);
- Considera-se Escolhido por Deus (1 Co 1 : 26-29);
- Considera-se Ministro da Reconciliação (2 Co 5 : 18-20);
- Considera-se Pregador do Evangelho (2 Co 4 : 5);
- Considera-se Despenseiro Fiel (2 Co 4 : 2);
- Considera-se capacitado por Deus (2 Co 3 : 5b);
- Considera-se alvo da misericórdia e graça divina (1 Co 6 : 11 e Ef 2 : 8);
- Considera-se uma Carta de Cristo (2 Co 2 : 15-16);

- Considera-se alvo do Amor de Deus (2 Co 10 : 4);
- Considera-se Servo (Fp 2 : 5-8).

11.7. Benefício ao Hospital

- Organização da visitação aos enfermos;
- Treinamento, seleção e credenciamento dos visitadores;
- Aconselhamento a funcionários;
- Melhora no ambiente de trabalho;
- Capacitação para os funcionários;
- Participação de debates envolvendo a ética profissional;
- Participação de equipe multidisciplinar;
- Envolvimento da comunidade evangélica na solução de carências do hospital;
- Atendimento integral ao paciente e seus familiares;
- Melhor conceito do hospital por seu atendimento integral;

11.8. Pontos de Atenção

- A cura divina é ato soberano de Deus;
- A cura divina começa na Alma;
- A cura divina do Corpo é provisória, pois ele é provisório;
- A cura divina não deve ser declarada;
- O visitador não deve comunicar o diagnóstico ao paciente ou à família;
- O diagnóstico só deve ser comunicado pelo médico;
- O próprio médico pode solicitar apoio ao visitador na preparação emocional do paciente para a má notícia;
- Aprenda a se envolver até um limite protetor, a nível emocional;
- Existe pastoreamento de equipe em contatos e palestras;
- Profissionais de saúde evangélicos chamam os irmãos de sua Igreja para exercerem o papel de visitador. No entanto, não há preparo e surgem freqüentes problemas;
- Nunca se deve contender sobre aspectos religiosos.
- Nunca se deve falar de doutrinas ou denominações;
- O curso teórico deve ser acompanhado de treinamento;

A. Linguagem Corporal

- Distância muito grande:
 - Mostra distância emocional e afetiva;
- Distância muito pequena:
 - Mostra invasão da intimidade e desrespeito ao espaço do paciente;
- Ficar de Frente:
 - Próximo ao meio da cama;
 - Leve inclinação do corpo para frente;

- Sem se assentar ou encostar-se à cama;
- Inclinação para trás demonstra desinteresse, cansaço, sono;
- Inclinação para frente demonstra atenção total ao cliente, interesse, disposição.
- Olhar nos olhos. Os olhos são a maior fonte de comunicação;
- Fisionomia:
 - Deve ser receptiva;
 - Sorrir de forma espontânea e sincera;
 - Estar sempre atento ao que se transmite pela fisionomia;
- Concentração:
 - Foque sua atenção no presente;
 - Foque sua atenção ao paciente;
 - Cuidado com o tempo. Atenção ao relógio;
 - Não perca a visão macro dos outros pacientes.
- Afirmação:
 - Buscar assentir com a cabeça;
 - Buscar assentir com as expressões faciais;
 - Mostre que acompanha com interesse.
- Toque físico:
 - Deve ser evitado;
 - Deve ser iniciativa do paciente em primeiro momento;
 - Em momentos especiais demonstrando que estamos com o paciente.
- Amar pelo Ouvir:
 - Saber ouvir
 - O visitador deve sempre buscar ouvir o paciente, não somente suas palavras, mas entender o que está por detrás delas. Jesus sempre disse: "Quem tem ouvidos para ouvir, ouça."
- Deve-se, portanto:
 - Ouvir com simpatia, compaixão e interesse;
 - Colocar-se no lugar do paciente;
 - Não se importar se suas palavras são corretas e justas e no momento certo dizer sua opinião;
 - Ficar em silêncio por certo tempo se necessário;
 - Prestar atenção sem pré-julgamentos.
- Barreiras do ouvir
 - Dificuldade de comunicação – perde o raciocínio;
 - Falta de sensibilidade – quer uma platéia;
 - Pressa;
 - Escuta somente as palavras;
 - Medo de não corresponder às expectativas;

- Medo de ser derrotado em uma discussão;
 - Quer dar lição de moral – se acha superior ao próximo.
 - A divagação e a dispersão demonstram desrespeito;
 - O egoísmo atrapalha o exercício de ouvir e escutar;
 - A mulher tem um maior poder de assimilar vários acontecimentos ao mesmo tempo;
 - O homem tem a capacidade de se concentrar em apenas uma única coisa de cada vez;
 - Se não soubermos ouvir, não saberemos responder.
 - Pensar na resposta enquanto o outro fala;
 - Desconsiderar quem fala;
 - Tirar conclusões prematuras;
 - Inferir conforme a própria expectativa;
 - Divagar ou atropelar;
 - Ensaiar uma resposta;
 - Reagir a palavras entendidas como ofensivas;
 - Preconceitos;
 - Rejeitar a pessoa ou a sua personalidade.
- Aprender a Ouvir:
 - Criar espaço dentro de mim de aceite;
 - Buscar entender o significado das palavras;
 - Estar presente integralmente;
 - Atentar para a mensagem, ao tom de voz, aos gestos, as expressões faciais e sensações;
 - Ter autêntico interesse pela vida do paciente;
 - Suspender o nosso julgamento;
 - Aceitar as diferenças conceituais;
 - Separa a pessoa de suas idéias;
 - Ser paciente: não interromper, completar as palavras, etc;
 - Não desistir, ter calma;
 - Deixar que o paciente se expresse. Mesmo com dificuldades.
 - Palavras Chaves:
 - Selecionar pontos relevantes da conversação;
 - As palavras chaves estão presentes nas repetições;
 - As palavras chaves são cercadas por mudanças corporais:
 - Olhos lacrimejantes;
 - Mudança de intensidade da voz;
 - Sudorese;
 - Tiques nervosos;
 - Pausas prolongadas.

- o Separar o tema central da conversa;
- o Usar o tema central como sentença de transição para o Evangelho;
- o Sendo permitido orar busque saber o assunto a ser dedicado;
- o Se for relacionado com as palavras chaves frise-as na oração;
- o A vontade soberana de Deus está acima da referência de oração. Principalmente ao se a palavra chave for cura;

12 - CONTAMINAÇÃO HOSPITALAR

Historicamente, no Brasil, o Controle das Infecções Hospitalares teve seu marco referencial com a Portaria MS nº 196, de 24 de junho de 1993, que instituiu a implantação de Comissões de Controle de Infecções hospitalares em todos os hospitais do país, independente de sua natureza jurídica.

Sem dúvida alguma, as infecções hospitalares constituem um grave problema de saúde pública, tanto pela sua abrangência como pelos elevados custos sociais e econômicos. O conhecimento e a conscientização dos vários riscos de transmissão de infecções, das limitações dos processos de desinfecção e de esterilização e das dificuldades de processamento inerentes à natureza de cada artigo são imprescindíveis para que se possam tomar as devidas precauções.

O conhecimento e a divulgação dos métodos de proteção anti-infecciosa são relevantes uma vez que, a atuação do profissional de saúde e do capelão hospitalar está na interdependência do material que está sendo usado, como veículo de transmissão de infecção tanto para o paciente como na manipulação dos artigos sem os devidos cuidados.

Os profissionais da área da saúde (PAS) estão constantemente expostos a riscos biológicos, químicos e físicos.

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), por definição, profissionais da saúde são todos os indivíduos (estudantes, técnicos de laboratório, médicos, enfermeiros, capelães hospitalares, funcionários da limpeza entre outros) que desempenham atividades que envolvem contato com pacientes com sangue ou outros fluidos orgânicos, em ambiente de assistência à saúde, laboratórios e correlatos.

Diversos fatores relacionam-se à maior probabilidade de transmissão. São eles:

- Material com sangue visível do paciente-fonte;
- Procedimento que envolveu material diretamente introduzido em veia ou artéria do paciente fonte;
- Ferimento profundo;
- Paciente-fonte com doença avançada pelo HIV (refletindo provavelmente maior carga viral, ou outros fatores de virulência das cepas indutoras de sincício do HIV).

12.1. Conceitos Fundamentais

A. Anti-sepsia. Anti-sépticas são substâncias providas de ação letal ou inibitória da reprodução microbiana, de baixa causticidade e hipoalergênicas, destinados a aplicações em pele e mucosa. Os microorganismos encontrados na pele e nas mucosas são classificados em flora residente ou transitória.

A flora residente é composta por microrganismos que vivem e se multiplicam nas camadas mais profundas da pele, glândulas sebáceas, folículos pilosos, feridas ou trajetos fistulosos.

A flora transitória compreende os microrganismos adquiridos por contato direto com o meio ambiente, contaminam a pele temporariamente e não são considerados colonizantes.

Estes microrganismos podem ser facilmente removidos com o uso de água e sabão. No entanto, adquirem particular importância em ambientes hospitalares devido à facilidade de transmissão de um indivíduo a outro.

B. Mecanismos de Disseminação. A partir da epidemia de HIV/AIDS, do aparecimento de cepas de bactérias multirresistentes (como o *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, bacilos Gram negativos não fermentadores, *Enterococcus* sp. resistente à vancomicina), do ressurgimento da tuberculose na população mundial e do risco aumentado para a aquisição de microrganismos de transmissão sanguínea (hepatite viral B e C, por exemplo) entre os profissionais de saúde, as normas de biossegurança e isolamento ganharam atenção especial.

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Atlanta, EUA (CDC (Center for Disease Control and Prevention), sintetizou os conceitos até então utilizados - Precauções Universais e Isolamento de Substâncias Corporais – em um novo modelo denominado de CDC Guidelines for Isolation Practices.

Para entender os mecanismos de disseminação de um microorganismo dentro de um hospital, são necessários que se congeçam pelo menos três elementos: a fonte, o mecanismo de transmissão e o hospedeiro suscetível.

C. Fonte. As fontes ou reservatórios de microorganismos, geralmente, são os profissionais de saúde, pacientes, ocasionalmente visitantes e fômites ou materiais e equipamentos infectados ou colonizados por microorganismos patogênicos.

D. Transmissão. A transmissão de microorganismos em hospitais pode se dar por diferentes vias.

Os principais mecanismos de transmissão são:

- Transmissão aérea por gotículas. Ocorre pela disseminação por gotículas maiores do que 5mm. Podem ser gerada durante tosse, espirro, conversação ou realização de diversos procedimentos (broncoscopia, inalação, etc.). Por serem partículas pesadas e não permanecerem suspensas no ar, não são necessários sistemas especiais de circulação e purificação do ar. As precauções devem ser tomadas por aqueles que se aproximam a menos de 1 metro da fonte.
- Transmissão aérea por aerossol. Ocorre pela disseminação de partículas, cujo tamanho é de 5 mm ou menos. Tais partículas permanecem suspensas no ar por longos períodos e podem ser dispersas a longas distâncias. Medidas especiais para se impedir a recirculação do ar contaminado e para se alcançar a sua descontaminação são desejáveis. Consistem em exemplos os agentes de varicela, sarampo e tuberculose.
- Transmissão por contato. É o modo mais comum de transmissão de infecções hospitalares. Envolve o contato direto (pessoa-pessoa) ou indireto (objetos contaminados, superfícies ambientais, itens de uso do paciente, roupas, etc.) promovendo a transferência física de microorganismos epidemiologicamente importantes para um hospedeiro suscetível.

E. Hospedeiro. Pacientes expostos a um mesmo agente patogênico podem desenvolver doença clínica ou simplesmente estabelecer uma relação comensal com o microorganismo, tornando-se pacientes colonizados. Fatores como idade, doença de base, uso de corticosteróides, antimicrobianos ou drogas imunossupressoras e procedimentos cirúrgicos ou invasivos podem tornar os pacientes mais suscetíveis às infecções.

F. Precauções Padrão. As Precauções Padrão são um conjunto de medidas utilizadas para diminuir os riscos de transmissão de microorganismos nos hospitais e constituem-se basicamente em:

- Lavagem das mãos:

- Após realização de procedimentos que envolvem presença de sangue, fluidos corpóreos, secreções, excreções e itens contaminados.
- Após a retirada das luvas.
- Antes e depois de contato com paciente e entre um e outro procedimento ou em ocasiões onde existe risco de transferência de patógenos para pacientes ou ambiente.
- Entre procedimentos no mesmo paciente quando houver risco de infecção cruzada de diferentes sítios anatômicos.
- Nota: O uso de sabão comum líquido é suficiente para lavagem de rotina das mãos, exceto em situações especiais definidas pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH (como nos surtos ou em infecções hiperendêmicas).
- Luvas:
 - Usar luvas limpas, não estéreis, quando existir possibilidade de contato com sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções, membranas mucosas, pele não íntegra e qualquer item contaminado.
 - Mudar de luvas entre duas tarefas e entre procedimentos no mesmo paciente.
 - Retirar e descartar as luvas depois do uso, entre um paciente e outro e antes de tocar itens não contaminados e superfícies ambientais. A lavagem das mãos após a retirada das luvas é obrigatória.
 - Máscara, Protetor de Olhos, Protetor de Face: é necessário em situações nas quais possam ocorrer respingos e espirros de sangue ou secreções nos funcionários.
- Avental:
 - Usar avental limpo, não estéril, para proteger roupas e superfícies corporais sempre que houver possibilidade de ocorrer contaminação por líquidos corporais e sangue.
 - Escolher o avental apropriado para atividade e a quantidade de fluido ou sangue encontrado.
 - A retirada do avental deve ser feita o mais breve possível com posterior lavagem das mãos.
- Equipamentos de Cuidados ao Paciente:
 - Devem ser manuseados com proteção se sujos de sangue ou fluidos corpóreos, secreções e excreções e sua reutilização em outros pacientes deve ser precedida de limpeza e ou desinfecção.
 - Assegurar-se que os itens de uso único sejam descartados em local apropriado.
- Controle Ambiental: Estabelecer e garantir procedimentos de rotina adequados para a limpeza e desinfecção das superfícies ambientais, camas, equipamentos de cabeceira e outras superfícies tocadas freqüentemente.
- Roupas: Manipular, transportar e processar as roupas usadas, sujas de sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções de forma a prevenir a exposição da pele e mucosa, e a contaminação de roupas pessoais, evitando a transferência de microorganismos para outros pacientes e para o ambiente.
- Local de Internação do Paciente:
 - A alocação do paciente é um componente importante da precaução de isolamento.

- o Quando possível, os pacientes com microorganismos altamente transmissíveis e/ou epidemiologicamente importantes devem ser colocados em quartos privativos com banheiro e pia próprios.
- o Quando um quarto privativo não estiver disponível, pacientes infectados devem ser alocados com companheiros de quarto infectados com o mesmo microorganismo e com possibilidade mínima de infecção.

13 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Recentemente, o termo "lavagem das mãos" foi substituído por "higienização das mãos" devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a higienização antiséptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos, que serão abordadas mais adiante.

13.1. Por Que Fazer

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes, pois a pele é um possível reservatório de diversos microrganismos, que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados.

A pele das mãos alberga, principalmente, duas populações de microrganismos: os pertencentes à microbiota residente e à microbiota transitória. A microbiota residente é constituída por microrganismos de baixa virulência, como estafilococos, corinebactérias e micrococos, pouco associados às infecções veiculadas pelas mãos. É mais difícil de ser removida pela higienização das mãos com água e sabão, uma vez que coloniza as camadas mais internas da pele.

A microbiota transitória coloniza a camada mais superficial da pele, o que permite sua remoção mecânica pela higienização das mãos com água e sabão, sendo eliminada com mais facilidade quando se utiliza uma solução anti-séptica. É representada, tipicamente, pelas bactérias Gram-negativas, como enterobactérias (Ex: *Escherichia coli*), bactérias não fermentadoras (Ex: *Pseudomonas aeruginosa*), além de fungos e vírus.

Os patógenos hospitalares mais relevantes são: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.* e leveduras do gênero *Candida*. As infecções relacionadas à assistência à saúde geralmente são causadas por diversos microrganismos resistentes aos antimicrobianos, tais como *S. aureus* e *S. epidermidis*, resistentes a oxacilina/meticilina; *Enterococcus spp.*, resistentes a vancomicina; Enterobacteriaceae, resistentes a cefalosporinas de 3^a geração e *Pseudomonas aeruginosa*, resistentes a carbapenêmicos.

As taxas de infecções e resistência microbiana aos antimicrobianos são maiores em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), devido a vários fatores: maior volume de trabalho, presença de pacientes graves, tempo de internação prolongado, maior quantidade de procedimentos invasivos e maior uso de antimicrobianos.

13.2. Para Que Higienizar as Mãos

A higienização das mãos apresenta as seguintes finalidades:

- Remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e da microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato.
- Prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

Devem higienizar as mãos todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantém contato direto ou indireto com os pacientes, que atuam na manipulação de medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado.

As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde podem ser higienizadas utilizando-se: água e sabão, preparação alcoólica e anti-séptica.

A utilização de um determinado produto depende das indicações descritas abaixo:

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais.
- Ao iniciar o turno de trabalho.
- Após ir ao banheiro.
- Antes e depois das refeições.
- Antes de preparo de alimentos.
- Antes de preparo e manipulação de medicamentos.

14 - ACONSELHAMENTO A FAMILIARES

- Toda perda é um tipo de morte.
- Perda da casa, do emprego, as saúde de um membro da família.
- São todos os tipos de morte: sonhos e projetos futuros. Como toda morte deve ter luto, cada tipo de perda deve ser elaborada de uma maneira muito particular.
- A dor é um tumor infectado que quando não é aberto, exposto e limpo, contamina o corpo todo.
- Inerente às perdas há padrões de culpa, auto-condenação e atribuição de responsabilidades a si e aos outros. São estágios de projeções.
- As condenações ficam escondidas no por que?
- Processar a perda tanto no adulto como na criança é importante para o crescimento futuro.
- O alvo não é enfraquecer o conflito, mas fortalecer o caráter e autoconhecimento. O sofrimento ou nos aproxima de deus ou nos amarga e esses momentos preciosos para mostrar a diferença que Jesus pode fazer.
- O paciente terminal, ou está sofrendo ou sofreu grande perda passa por sete fases definidas por Kubler-Ross em conjunto com sua família.

O conselheiro tem que conhecer e identificar cada uma delas para poder ajudar a superá-las. As fases são interligadas e às vezes se sobrepõem ou mudam de ordem.

14.1. Primeira Fase: Choque

- É o momento em que a família recebe a notícia do estado real do paciente.
- Ela pode indicar uma situação terminal, como nos casos de AIDS, ou mesmo um pré-óbito ou uma amputação, paralisia, tetraplegia...
- As reações nestas fases podem ser as mais diversas. Tanto podem ser de aceitação ou revolta e até comportamentos autodestrutivos como: arranhar-se, bater no peito, arrancar os cabelos, rasgar-se com raiva, resistência à realidade.
- Podem ainda ser de culpa ou vingança trazendo vômitos, desmaios, etc.

- Doenças revelam comportamentos. A AIDS, por exemplo, traz culpa, pois a família fica sabendo de comportamentos destrutivos
- A família deve ser orientada a fugir de brigas e concentrar-se no amor e perdão.

14.2. Segunda Fase: Negação

Normalmente segue-se ao choque e precisamos compreender a necessidade psicológica que tem o paciente e a família de negar os fatos.

- Será que os exames não foram trocados?
- Mas ele aparenta tanta saúde?
- Será que vai realmente morrer?
- Devo ou não contar para toda a família?

Estas são perguntas que a família e o paciente se faz, mas que também faz ao conselheiro.

A resposta deve ser sábia e totalmente positiva, pois ninguém conhece os desígnios de Deus e nem o seu tempo exato.

A esperança sempre positiva não é escapista. Traz a oportunidade de levar a pessoa a confrontar os seus valores. Deixar de confiar em tudo que acha que a leva ao céu e descansar em Cristo.

14.3. Terceira Fase: Raiva

Esta reação é bastante comum.

A cólera e a raiva devem ser compartilhadas mostrando ao aconselhado que Deus entende as suas emoções e não está ausente ou indiferente à sua dor. Muito menos se vingando de algum “comportamento indesejável”.

14.4. Quarta Fase: Negociação

As pessoas nesse momento se voltam para Deus com promessas de uma vida diferente. Às vezes é o momento de renovação de votos do passado.

O Conselheiro deve ajudar a família a aceitar a doença ou a perspectiva de total incapacitação ou morte iminente, explicando que devem viver cada dia.

Não é o momento de se levantar culpas, pois passado é passado. Somente o presente e o futuro podem ser mudados. Confiamos em Cristo que a sua intervenção pode causar mudanças de rumo.

14.5. Quinta Fase: Desespero

- Aqui há a total desesperança.
- O amor deve ser demonstrado em todo o seu espectro: choro, toque, abraço, oração, companhia.
- O cuidado envolve a alma, o corpo e o espírito.
- O agasalho deve aquecer a pessoa integral.
- O desespero e os sintomas dessa fase podem, às vezes, estar presente desde o início do processo.

14.6. Sexta Fase: Aceitação

- A família também passa por essa fase e podemos ajudá-la a manter-se alerta às mensagens finais daquele que parte.
- Ajudar a preparar o funeral, roupas, documentos, testamento e outros cuidados legais e financeiros.
- Saber as últimas vontades.
- Muitas pessoas estão enfrentando a perda pela primeira vez. A morte é algo que acontece aos outros. Dificilmente estão preparadas para a dor, sofrimento e a perda da morte.
- O luto tem duas maneiras completamente diferentes de ser trabalhado dependendo de como aconteceu o desenlace:
- Processo lento que traz cansaço e prolonga o sofrimento.
- Processo agudo que é repentino, inesperado e cataclísmico

O aconselhamento depende do tipo de processo. Sempre apontar o futuro independente do falecido e que a vida é uma constante nova possibilidade. Cristo faz ressuscitar o sonho e o belo e trabalha nas circunstâncias concretas e nas novas perspectivas.

14.7. Luto Infantil

Até 02 anos

- Não tem conceito da morte;
- Reage pela emoção dos outros;
- Reage à separação dos que cuidam dela.
- Reações
 - Implicância;
 - Lágrimas, vômitos, regressão nos hábitos de higiene;
 - Apego extremado às pessoas.
- Cuidados
 - Procure manter a rotina. A saída indica que algo está errado;
 - Evite a demonstração de estresse. Sendo impossível procure alguém para cuidar dela no período.

De 03 a 05 anos

- Idade do descobrimento. Ela usa os seus cinco sentidos;
- Não pensa de maneira abstrata. Ouve, mas não interpreta as informações;
- Não tem conceito de morte para si. Vêem a morte em etapas (brincadeiras infantis);
- Ela quer ajeitar as coisas para os outros;
- Crêem possuir o poder de matar;
- Reações
 - Não tem o conceito de choque;
 - Parecem não se importar;
 - Podem ficar chocadas mais tarde. Emocionalmente abaladas.

- Cuidados
 - Apresente o fato da morte;
 - Não minimize usando de eufemismo;
 - Necessário reforço e repetição.

De 06 a 10 anos

- Sabem que podem morrer;
- Tem medo da morte;
- Reações
 - Demonstram medo.
- Cuidados
 - Demonstre muito apoio
 - Demonstre muita segurança.

De 10 a 13 anos

- A morte é muito pessoal;
- Demonstram curiosidade quanto aos fatores biológicos da morte;
- Reações
 - Forte ansiedade pela separação;
 - Perda de habilidades manuais. Podem, por exemplo, piorar notas escolares;
 - Podem surgir reações emocionais à separação de pessoas amadas.
- Cuidados
 - Demonstre muito afeto, mas podem ficar embaraçados;
 - Abra caminho para ventilar sentimentos. Necessitam de assistir ao funeral, por exemplo;
 - Atentar para os mecanismos de auto-preservação.

14.8. Reações Gerais da Criança

A. Proteção.

- Dor, desespero, desorganização;
- Esperança, reconciliação, dependendo da idade, personalidade e amizade com o morto;
- Podem acabar e mais tarde voltarem ao normal;
- As crianças entram e saem dos estágios de luto diversas vezes;
- As crianças precisam saber que voltarão a gostar da vida;
- As crianças precisam saber que suas vidas não continuarão desorganizadas e sua mente nublada para sempre;
- Deixe-os saber que não precisam se envergonhar de sua dor
- O reviver da dor. As férias, por exemplo, podem ser dias pesados.

B. Considerações Gerais da Criança.

- As crianças não mantêm dores emocionais por muito tempo;

- Não lhes diga como se sentirem ou como não se sentirem;
- Permita que a criança o conforte;
- Seja paciente. Elas perguntam inúmeras vezes;
- A morte não é contagiosa. Mostre bem a diferença;
- Mantenha a ordem e estabilidade no cotidiano da criança;
- Lembre-se que as crianças tendem a idealizar os mortos;
- Ajude-os, gentilmente, a ganharem estabilidade e perspectiva.

C. Adolescência.

- Procedimentos que evidenciam pensamentos mais adultos;
- Devem ser encorajados a se comunicarem;
- É importante o contato físico, mas peça permissão;
- Pode ser necessário um confronto de amor.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA
LIMA, Mário. Capelania Cristã. Editora Dynamus.