Léo Pessini
Christian de P. de Barchifontaine

Os Camilianos e a Pastoral da Saúde

Três décadas de ação (1980-2012)

Província Camiliana Brasileira

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃOCAMILO



Camilianos no Brasil 1922-2012

Léo Pessini
Christian de P. de Barchifontaine

Os Camilianos e a Pastoral da Saúde

Três décadas de ação (1980-2012)

Província Camiliana Brasileira

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃOCAMILO

Os Camilianos e a Pastoral da Saúde



Provincia Camiliana Brasileira

PROVÍNCIA CAMILIANA BRASILEIRA

Provincial/Presidente (2010-2013)
Leocir Pessini

Conselheiros:
Ariseu Ferreira de Medeiros - 1º Conselheiro, responsável pela formação/promoção vocacional e família camiliana leiga.

Antonio Mendes Freitas - Conselheiro responsável pelas Instituições Camilianas.

Olacir Geraldo Agnolin - Conselheiro responsável pelo Ministério Camiliano (Pastoral da Saúde e Capelanias).

Arlindo Toneta - Conselheiro responsável pelas Paróquias e Missões Camilianas.

Francisco de Lélis Maciel - Secretário do Provincial e Diretor Administrativo da Província Camiliana Brasileira.

PROVÍNCIA CAMILIANA BRASILEIRA

Av. Pompeia, 888 • 05022-000 • São Paulo, SP
provincial@camilianos.org.br • www.camilianos.org.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Rua Padre Chico, 688 • 05008-010 • Pompeia • São Paulo • SP • Brasil
Tel.: (11) 3465-2746
www.saocamilo-sp.br • publica@saocamilo-sp.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃOCAMILO

Editor-chefe
Léo Pessini

Jornalista responsável
Débora Morais

Analista editorial
Davi Bagnatori Tavares

Revisão
Lina Mendes

Arte e Projeto Gráfico
Diego Ferreira

Impressão e Acabamento
EGB – Editora Gráfica Bernardi
Tel.: (11) 2431-5577 • www.egb.com.br

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Pe. Inocente Radrizzani

Pessini, Léo
Os camilianos e a pastoral da saúde : três décadas de ação (1980-2012) / Léo Pessini, Christian de Paul de Barchifontaine. -- 1. ed. -- São Paulo : Província Camiliana Brasileira; Centro Universitário São Camilo, 2012.
388p.

ISBN: 978-85-87121-38-7

1. Camilianos 2. Pastoral da saúde I. Barchifontaine, Christian de Paul de II. Título.

CDD – 255.55

Sumário

Introdução 12

1 – O nascimento do Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde (ICAPS)...

1.1 – ICAPS – Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde 26

1.2 – ICAPS – Novos objetivos após 30 anos 28

1.3 – Coordenadores do ICAPS 29

1.4 – O que é o Camillianum 30

1.5 – Programa de Televisão Terceiro Milênio - 1997-2004 32

2 – Os Camilianos e a Pastoral da Saúde (1983-1993)

2.1 – Eventos de Pastoral e Bioética 36

2.2 – Encontro de Capelães Hospitalares 38

2.3 – Seminários Nacionais de Saúde – CRB – Nacional 43

2.4 – Cursos Básicos de Pastoral da Saúde 45

2.5 – Livros Publicados (1983 - 1993) 48

2.6 – Bioética para Profissionais da Saúde 49

2.7 – Publicações, Boletim ICAPS... 49

2.8 – Slides e Publicações em Revistas 50

2.9 – Livros Publicados (1983 - 1993) 51

2.10 – À guisa de conclusão 52

3 – História dos Congressos, cursos de Humanização e Pastoral da Saúde: 32 anos de caminhada (1980-2012)

Introdução

3.1 – Relação detalhada das temáticas trabalhadas pelos congressos 56

3.2 – Síntese histórica dos congressos 58

3.3 – À guisa de conclusão 79

4 – História dos Congressos de Ética, Humanização e bioética

4.1 – Relação dos Eventos 83

4.2 – Curso Internacional de Pastoral da Saúde 87

5 – História dos encontros de capelães hospitalares

5.1 – Relação dos encontros de capelães hospitalares 93

5.2 – Congressos ecumênicos de capelania hospitalar 97

5.3 – Mensagem do X Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistência Espiritual Hospitalar 103

5.4 – A identidade do capelão hospitalar 105

6 - Curso de especialização *lato sensu* em Pastoral da Saúde e Bioética 108

7 – Eventos, seminários e Assembleias sobre Saúde e Pastoral da Saúde: CRB e CNBB

7.1 – Relação dos seminários, encontros e assembleias de Pastoral da Saúde 151

7.2 – Assembleias Nacionais de Pastoral da Saúde (CNBB) 161

7.3 – CNBB e Pastoral da Saúde: um resumo da história, realidade e perspectiva 163

Sumário

7.4 – CRB – Conferência dos Religiosos do Brasil / GRS – Grupo de reflexão de saúde 178

7.5 – A Vida religiosa e instituições de saúde 181

7.6 – Vendo a questão 182

7.7 – Coordenação Nacional da Pastoral da Saúde-CNBB 184

7.8 – Primeiro documento oficial da CNBB sobre AIDS 185

8 – A Pastoral da Saúde na América Latina e Caribe

8.1 – I Encontro Latino-Americano e do Caribe de Pastoral da Saúde 195

8.2 – II Encontro Latino-Americano e do Caribe de Pastoral da Saúde 196

8.3 – III Encontro Latino-Americano e do Caribe da Pastoral da Saúde 200

8.4 – IV Encontro Latino-Americano e do Caribe da Pastoral da Saúde 208

8.5 – V Encontro Latino-Americano e do Caribe da Pastoral da Saúde 209

8.6 – O caminho adiante 209

9 – Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: história da Capelania

9.1 – Algumas informações sobre a capelania 213

9.2 – Capelães Camilianos que passaram pela Santa Casa 216

9.3 – Uma rápida biografia de cada padre capelão 217

9.4 – Serviços prestados na capelania 228

10 – Santa Casa de Misericórdia de Santos

10.1 – Capelania da Santa Casa de Santos 232

10.2 – Chegada dos Camilianos 232

10.3 – Capelães Camilianos que atuaram na Santa Casa 236

11 - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP): Breve histórico da Capelânia

11.1 – Camilianos que mais atuaram no HC – FMUSP 242

11.2 – Aspectos jurídicos institucionais da assistência religiosa no HCFMUSP 242

11.3 – Documento: ordem de serviço nº25/2004: Comitê de assistência religiosa – CARE 245

11.4 – Uma reportagem 261

12 - Pastoral da Saúde no Hospital São Francisco de Concórdia - SC

12.1 – Objetivo Geral 270

12.2 – Objetivos Específicos 270

12.3 – Atividades Realizadas 270

12.4 – Joranadas de Pastoral da Saude 272

13 – Algumas publicações pastorais que fizeram história

13.1 - Publicação nº1: Um livro diferente sobre a doença e morte de Tancredo 276

13.1 - Publicação nº 2: Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde
Léo Pessini 278

13.2 – Publicação nº 3: Vida religiosa e saúde do povo
Christian de P. de Barchifontaine 284

13.3 – Publicação nº 4: Ética Médica e paciente terminal
Leonard Martin 286

13.4 – Publicação nº 5: Ousadia no anúncio da Boa-Nova
Léo Pessini 289

13.5 – Publicação nº 6: Entre a vida e a morte: medicina e religião: A "catedral"da saúde
Anísio Baldessin 292

13.6 – Publicação nº 7: Padre de capela do HC lança livro com histórias de pacientes
Anísio Baldessin 296

13.7 – Publicação nº 8: O agente de Pastoral e a Saúde do Povo
Christian de P. de Barchifontaine 298

13.8 – Publicação nº 9: Como lidar com o paciente em fase terminal
Léo Pessini 300

13.9 – Publicação nº 10: Como conviver com a AIDS
Leonard Martin e Anísio Baldessin 303

13.10 – Publicação nº 11: Eutanásia e América Latina
Léo Pessini 306

13.11 – Publicação nº12: O Doente: Razão de ser do hospital
Arcídio Favretto 309

13.12 – Publicação nº 13: Ministério da Vida: Um pequeno BestSeller
Léo Pessini 311

13.13 – Publicação nº 14: Antropologia do Sofrimento
Hubert Lepargneur 313

14 – Alguns textos mensagens que marcaram este tempo

14.1 – Mensagem: A Cruz Vermelha Camiliana
Júlio S. Munaro 316

14.2 – Mensagem: A Cruz Vermelha Internacional
Júlio S. Munaro 319

14.3 – Mensagem: Casa de Apoio Brenda Lee
Léo Pessini 322

14.4 – Mensagem: As Catedrais Modernas da Dor
Léo Pessini 328

14.5 – Mensagem: Grito de Vida
Léo Pessini 334

14.6 – Mensagem: Uma reflexão bíblico-teológica sobre o carisma da Ordem
Calisto Vendrame 336

14.7 – Mensagem: A Pastoral da Saúde na Arquidiocese de São Paulo
Júlio S. Munaro 346

14.8 – Mensagem: Ser Solidário no Calvário Uma Experiência
José Paulo de Arruda Oliveira 350

14.9 – Mensagem: Cidadania e Saúde
Christian de P. de Barchifontaine 357

14.10 – Mensagem: Diagnóstico: Por que o povo não tem saúde? Alguns elementos
Christian de P. de Barchifontaine 359

14.11 – Mensagem: Que a saúde se difunda sobre a terra (cf. Eclo, 38,8)
Alexandre Andrade Martins 362

14.12 – Mensagem: Duas sensibilidades defrontam-se com o sofrimento
Pe. Hubert Lepargneur 367

15 – BIOÉTICA E VALORES CRISTÃOS
Léo Pessini 372

16 – OLHANDO PARA O FUTURO: ALGUNS DESAFIOS 386



12

Introdução

Esta obra, *Os camilianos e a Pastoral da Saúde: três décadas de ação (1980-2012)*, situa-se no contexto das comemorações dos 90 anos da chegada dos primeiros camilianos no Brasil, Pe. Inocente Radrizzani e Eugênio Della Giacoma, no porto do Rio de Janeiro, em 15 de setembro de 1922. Preparamo-nos, assim, para as celebrações programadas para o IV Centenário da morte de São Camilo para 2014 (14 de julho).

Através da dedicação de vários religiosos camilianos, estamos resgatando a memória histórica da presença camiliana em terras brasileiras. Já publicamos: história das obras (2012), das paróquias (2011), da missão em Macapá – trabalho do Pe. Raul (2012), escritos e biografia do Pe. Inocente Radrizzani (2012). Ficaria, sem dúvida, uma lacuna se não resgatássemos pelo menos parte desta história, que são os últimos trinta anos de trabalho no âmbito da Pastoral da Saúde. Nosso olhar histórico se concentra nos eventos, jornadas, simpósios, congressos e publicações realizados ao longo desse tempo.

Fatos Relevantes da Igreja Universal

Muitas novidades ocorreram em termos de Igreja Universal no âmbito da Pastoral da Saúde ao longo dessas três décadas. O Papa João Paulo II dedicou expressiva parte de seu pontificado a essa área. Lembremos algumas dentre outras iniciativas de Karol Woitila: ***1) Carta Apostólica Salvifici Dolores*** – sobre o sentido Cristão do Sofrimento Humano (1984); **2)** Criação do **Pontifício Conselho para a Pastoral da Saúde** através do motu próprio Dolentium Hominum (1985). A finalidade deste Conselho é coordenar, animar e promover iniciativas em nível nacional e internacional no âmbito da saúde; **3) Publicação da Revista trimestral *"Dolentium hominum"*,** que leva o mesmo nome do Documento que Instituiu o Pontifício Conselho da Pastoral da Saúde; **4) Exortação Apostólica *Christifideles Laici*** – Sobre a vocação e missão dos leigos na Igreja e no mundo (1988); **5)** Instituição do **dia mundial do doente**

(1992) a ser celebrado sempre na data de 11 de fevereiro, festa de Nossa Senhora de Lourdes; **6)** Publicação da **Encíclica *Evangelium Vitae* – O Evangelho da Vida** (1995); **7)** Publicação, pelo Pontifício Conselho da Pastoral da Saúde, da **Carta dos Agentes de Saúde** (1995).

Fatos relevantes na Igreja Latino-Americana e do Caribe (CELAM)

Em âmbito de América Latina, temos a realização pelo **CELAM (Conselho Episcopal Latino-Americano e do Caribe)** de várias Conferências continentais, a saber: **1)** A **Conferência de Puebla sobre a Evangelização no presente e futuro da América Latina** (1979); **2) Conferência de Santo Domingo sobre Nova evangelização, promoção humana e cultura cristã** (1992); **3) Conferência de Aparecida com o tema** "Discípulos e missionários de Jesus Cristo para que nossos povos n´Ele tenham vida". No âmbito da Pastoral da Saúde, através do Departamento de Pastoral Social (DEPAS) o CELAM realizou 5 encontros Latino-americanos, sendo que, no último, o **V Encontro de Pastoral da Saúde, realizado na cidade do Panamá** (2009), teve como objetivo - "revisar e atualizar a Guia da Pastoral da Saúde à luz do Documento de Aparecida".

Uma conquista importante ao longo desses anos de encontros latino-americanos e caribenhos de Pastoral da Saúde organizados pelo CELAM foi a aprovação das diretrizes para a Pastoral da Saúde para todo o continente Latino-Americano. Neste encontro de 2009 procedeu-se uma revisão dessas diretrizes à luz da Conferência do Episcopado Latino-americano realizado em Aparecida (São Paulo - Brasil) e que foi lançada no dia mundial do doente, em 11 de fevereiro de 2010, com o título **Discípulos Missionários no Mundo da Saúde***: Guia para a Pastoral da Saúde na América Latina e no Caribe*. Este documento foi publicado no Brasil pelo Centro Universitário São Camilo, com o apoio da Coordenação Nacional da Pastoral da

Saúde da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil).

Participam atualmente da equipe de apoio da Pastoral da Saúde do CELAM os brasileiros, Dr. André de Oliveira, médico, leigo, ex-coordenador Nacional da Pastoral da Saúde - CNBB desde 2000, e o Pe. Léo Pessini desde 1994, quando da realização do primeiro encontro latino-americano de Pastoral da Saúde, em Quito (Equador). Ainda em âmbito de América Latina, não podemos deixar de registrar a atuação do Centro Camiliano de Humanização de Pastoral da Saúde de Bogotá (Colômbia), sob a direção do Pe. Adriano Tarraran e Izabel Calderon. Este Centro se transformou num ponto importante de referência da Pastoral da Saúde para toda a região Latino-americana de Língua espanhola, bem como, para o Brasil, o ICAPS.

FATOS RELEVANTES NA IGREJA DO BRASIL (CNBB) E DOS RELIGIOSOS BRASILEIROS (CRB)

Em termos de Brasil, a Pastoral da Saúde ganha força a partir de vários movimentos, organizações e entidades, entre os quais destacamos: **1)** realização da **Campanha da Fraternidade de 1981 que teve como tema: Saúde para todos**; **2)** Surgimento do **ICAPS** – Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde **em 1981; 3)** Realização do **I Congresso de Humanização e Pastoral da Saúde em São Paulo em 1981**, pelo ICAPS, com apoio das entidades educacionais camilianas e pastoral da saúde da Arquidiocese de São Paulo; **4)** Publicação mensal do **Boletim mensal do ICAPS**, que se intitula **"São Camilo – Pastoral da Saúde"** desde 1983; **5)** Surgimento de uma **Coordenação Nacional de Pastoral da Saúde CNBB, em maio de 1986,** cuja primeira coordenadora foi Ir. Cacilda Hammes (Florianópolis – SC), religiosa muito dedicada à educação para a saúde comunitária; **6) Atuação da CRB (Conferência dos Religiosos do Brasil) através do GRS (Grupo de Reflexão de Saúde) a partir dos anos 1980** com a ajuda da MISEREOR. A aliança entre estas três instâncias, CNBB, CRB e Camilianos, produziu

muitos frutos em termos de educação no âmbito da saúde com a realização de centenas de Congressos Nacionais e regionais, seminários, simpósios e eventos relacionados com a Pastoral da Saúde, nas suas três dimensões fundamentais, ou seja, solidária, comunitária e político-institucional. Grande parte desta obra resgata os principais eventos realizados por estas três entidades religiosas; **7)** A realização da **Campanha da Fraternidade 2012,** que teve como tema "Fraternidade e Saúde Pública" e lema "Que a saúde se difunda a sobre a terra" (cf. Eclo 38,8).

Antes da existência de uma coordenação nacional de Pastoral da Saúde em nível nacional da CNBB, que teve seu início em maio de 1986, falava-se muito em *pastoral dos enfermos*, excepcionalmente de uma *Pastoral Preventiva*. Vivia-se uma nítida polarização com os que se dedicavam à área da *promoção e prevenção de doenças*, ou seja, à área da saúde comunitária, principalmente as religiosas em geral. Finalmente chegou-se a uma visão integrativa, e falamos de Pastoral da Saúde em três dimensões, ou seja: **a solidária ou samaritana** – há que se cuidar dos que estão caídos por terra, do contrário que testemunho a Igreja daria? Proclamar a saúde descuidando dos que estão doentes? Esta dimensão era o que antes se denominava "pastoral dos enfermos". A segunda dimensão é a dimensão **comunitária** – aproveitamento das plantas, hortas comunitárias, farmácias populares, saneamento básico, educação popular da saúde etc. e a terceira **dimensão, a político-institucional**, que lida com as políticas públicas de saúde (sistema público de saúde), instituições que formam profissionais de saúde; conscientização de cidadania na área da saúde. Com essa visão integrativa e global, passou-se a unir mais as forças em função de um objetivo comum, em três níveis de ações. Essa visão da Pastoral da Saúde elaborada a partir do Brasil na sua caminhada histórica da Pastoral da Saúde migrou para toda a América Latina como se pode perceber no documento **Discípulos Missionários no Mundo da Saúde: Guia para a Pastoral da Saúde na América Latina e no Caribe** (2010). Já no **I Encontro Latino-Americano de Pastoral da Saúde** realizado em Quito

(Equador), em 1994, do qual participamos quando éramos Coordenador Nacional da Pastoral da Saúde CNBB¸ essa visão foi saudada como uma grande novidade para a área e começou-se a difundi-la para todo o continente latino-americano.

CONGRESSOS, SEMINÁRIOS E ASSEMBLEIAS DE SAÚDE

Um fator importante no desenvolvimento da Pastoral da Saúde nestes últimos trinta anos foi o investimento em termos de educação para a Saúde e Pastoral da Saúde, com a realização dos Congressos anuais da Pastoral da Saúde (Camilianos, através do ICAPS), Seminários de Saúde pela Conferência dos Religiosos do Brasil (CRB) - Grupo de Reflexão de Saúde (GRS), extinto em 2000, do qual também nós, como camilianos, fomos membros atuantes durante mais de uma década, e Assembleias da Coordenação Nacional da Pastoral da Saúde-CNBB. As temáticas abordadas pelos Congressos de Pastoral da Saúde estiveram sempre em sintonia com a realidade eclesial já constituída ou, em termos de Brasil, um momento novo.

No país, com o início da democratização do governo e a nova Constituição, em 1988, trabalhou-se naquele ano o tema da "Nova Carta Magna e a saúde no Brasil". Com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) e o início da era da conquista do chamado "Direito à Saúde", tivemos vários congressos que abordaram essas temáticas sociopolíticas de controle social e cidadania e direitos: antecipando-se a este momento, já em 1983, se discutiu o tema "Direito à vida e à Saúde" e, uma década depois, em 1993, "Pastoral da Saúde e Saúde Pública"; em 1989 – "Pastoral da promoção da saúde e valores cristãos"; em 1997- "Políticas públicas de saúde e terapias naturais em saúde"; em 2002 -"A pastoral da saúde nas dimensões solidária, comunitária e político-institucional; em 2007 - "Pastoral da Saúde: desafios eclesiais, ético-ambientais e sociopolíticos"; em 2011 - "Pastoral da Saúde para os tempos atuais: da solidariedade ao controle social".

Em termos eclesiais, as Campanhas de Fraternidade (CF) ao longo destes anos sempre foram fonte de inspiração. Temos assim os seguintes Congressos, sintonizados com temáticas das CFs: 1981 – "Saúde para todos"; 1990 – "A mulher e o idoso"; 1995 – "A saúde e os excluídos"; 1996 – "juntos faremos acontecer a vida: Saúde e justiça"; 1999 – "Envelhecer com dignidade"; 2000 – "Saúde e dignidade humana; 2001 – "Drogas: o desafio do milênio"; 2006 – "Deficientes"; 2012 – "Pastoral da Saúde e Saúde Pública". Por ocasião da celebração dos 500 anos de descobrimento da América, abordou-se o tema da "Nova Evangelização" na saúde. Por ocasião da publicação do Documento Pontifício sobre a Catequese, em 1985 - "Evangelização e catequese no mundo da saúde".

Os Seminários de Saúde realizados pela Conferência dos Religiosos do Brasil (CRB), Grupo de Reflexão de Saúde (GRS), sempre subsidiados pela MISEREOR, abordaram, ao longo destes anos, questões ligadas à identidade e mística do Ser religioso no âmbito da Saúde, com forte ênfase na saúde comunitária (promoção da saúde e prevenção das doenças) a partir da chamada "opção preferencial pelos pobres" (CELAM – Conferência de Puebla - 1979).

Os Camilianos, a Humanização das Instituições de Saúde e a Pastoral da Saúde

Esta obra, **Os Camilianos e a Pastoral da Saúde: três décadas de ação (1980-2012),** resgata basicamente a história dos eventos maiores da Pastoral da Saúde no Brasil, bem como das instituições eclesiais e religiosas que se envolveram no processo. Impressionará certamente o leitor pelo quanto se investiu em educação para a saúde, para a pastoral, *counseling* (aconselhamento) e para a espiritualidade. A educação, sem dúvida, é um dos maiores desafios em termos saúde e para garantirmos a vida no futuro do planeta. Um destaque especial damos ao **"Curso de pós-graduação, especialização *Lato Sensu* em Pastoral da Saúde e Bioética,** ministrado no Centro

Universitário São Camilo. Um grande serviço tem sido prestado à Igreja pela Província Camiliana Brasileira, com a formação de mais de 300 especialistas (religiosos(as), seminaristas, pastores, padres, profissionais da saúde e leigos engajados na Pastoral da Saúde) ao longo dos últimos 12 anos de funcionamento.

Um outro marco importante neste tempo (1980-2012), em termos de humanização e implementação de valores éticos no âmbito das instituições de saúde camilianas, foi a aprovação, pelo Conselho da Província Camiliana Brasileira, da "**Carta de Princípios das Entidades Camilianas do Brasil**" (maio de 2002). A Ordem Camiliana, também nesta mesma linha, elaborou, para todas as Províncias Camilianas, a "**Carta de Identidade das Instituições Sociossanitárias Camilianas**" (2003).

Nesta publicação histórica, apresentamos a história de três Capelanias Hospitalares, **a Capelania da Santa Casa de Misericórdia** de São Paulo (Capítulo 9), a **Capelania do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo** (Capítulo 11) e a **Capelania da Santa Casa de Misericórdia, de Santos** (Capítulo 10)**.** Trata-se de três instituições de Saúde, nas quais os Camilianos têm uma atuação histórica. Agradecemos aos atuais capelães destas instituições de saúde que nos repassaram, em grande parte, as informações históricas registradas neste livro. Relembramos com carinho e gratidão todos os religiosos camilianos, capelães que deram parcela significativa de suas vidas ao atendimento pastoral dos doentes. Somente nestas três instituições públicas (Estatais) de saúde tivemos mais de 100 religiosos camilianos que atuaram pastoralmente.

Na rede de 53 hospitais que os camilianos têm sob sua responsabilidade, no Brasil, neste momento em que comemoramos 90 anos da chegada dos primeiros Camilianos neste País (2012), a Pastoral da Saúde é sempre tratada como muito carinho. Este serviço faz parte da equipe de cuidados integrais ao paciente. Tem na liderança a atuação de um Leigo (a) e/ou religioso (a) preparado que anima uma equipe de agentes de Pastoral da Saúde da comunidade, visi-

ta os doentes e se preocupa com a humanização dos cuidados no relacionamento dos profissionais da saúde. Esta pastoral está sempre em sintonia com a igreja local, diocese e segue as diretrizes da Pastoral da Saúde - CNBB. É o caso, por exemplo, do Hospital São Francisco de Concórdia - SC (Capítulo 12).

Em dois capítulos específicos, selecionamos *"algumas publicações pastorais que fizeram história"* (Capítulo 13) e *"alguns textos de mensagens que marcaram este tempo"* (Capítulo 14). Em ambos os capítulos, defrontamo-nos com reflexões sobre espiritualidade pastoral, ética, bioética e política de saúde que não perderam sua atualidade ao longo dos anos e são muito utilizadas em cursos de formação de futuros agentes de Pastoral e profissionais da saúde. Em tempos de tecnologização do cuidado, em que se tenta substituir o ser humano pela máquina, pelo intrumental tecno-científico, finalizamos o livro com um capítulo que traz uma reflexão cujo objetivo é resgatar a dignidade do ser humano nesse contexto. É o capítulo sobre "*Bioética e Valores Cristãos*".

Registramos, também, nesta publicação, um projeto de comunicação social de TV que teve um grande impacto na população católica brasileira. Trata-se do programa *Terceiro Milênio,* veiculado na Rede Vida de Televisão, de 1997 a 2004, numa parceiria Loyola Multimídia e Centro Universitário São Camilo - SP. Era um programa diário, de segunda a sexta, em formato de *talk show*, com 30 minutos de duração, e comerciais. Ia ao ar às 21h30 e, neste período, foram veiculados 2007 (dois mil e sete) programas. Inúmeros dos quais trataram de questões de Pastoral da Saúde, humanização hospitalar e bioética.

Lembrando com gratidão

Um registro histórico importante é que, já ao longo dos anos 1970 do século passado, temos o início da atuação na área educacional de camilianos pioneiros no âmbito da Pastoral da Saúde e a humanização dos cuidados de saúde. Lembramos a atuação dos seguintes religiosos:

O **Pe. João, C. Mezzomo** (*in memoriam*) e o **Pe. Augusto A. Mezzomo** que tiveram uma participação importante nos eventos de humanização, Pastoral da Saúde e ética ao longo dos anos 1980, do século passado. O leigo que atuou como agente de Pastoral da Saúde no Pronto-Socorro do HCFMUSP durante 20 anos, **José Paulo Aruda de Oliveira** (*in memoriam - 13/07/2007*). Ele também ministrou inúmeros cursos de nível básico de pastoral da Saúde para diversas dioceses através do ICAPS. Lembramos também do **Pe. Leonard Martin** (*in memoriam - 16/06/2004*), Redentorista Irlandês, que muito contribuiu na reflexão pastoral, ética e bioética nos eventos promovidos pelos Camilianos; **Pe. Júlio Munaro** (*in memoriam - 06/04/2012*), que coordenou a Pastoral da Saúde da Arquidiocese de São Paulo durante quase 30 anos e também foi conferencista e professor de história da Igreja em vários institutos de teologia em São Paulo. Não deixou como legado nenhum livro escrito em vida, mas escreveu centenas de artigos no ICAPS e na coluna semanal sobre bioética no jornal "O São Paulo", semanário da arquediocese de São Paulo. **Pe. Calisto Vendrame**, exímio biblista e ex-Geral da Ordem Camiliana, que muito contribuiu com a reflexão bíblica no âmbito da Pastoral da Saúde. São inesquecíveis as suas palestras e escritos de cunho bíblico e a publicação pioneira, intitulada "*O serviço religioso no hospital*" *(in memoriam - 06/02/2005)*. Registramos também os nossos agradecimentos ao **Pe. Hubert Lepargneur**, filósofo e teólogo Camiliano, por suas inúmeras reflexões veiculadas no Boletim Icaps ao longo de todo esse tempo. Publicações importantes: "*Evangelho da Dor*" (Petrópolis - Ed. Vozes - 1968); "*Antropologia do Sofrimento*" (Aparecida - Ed. Santuário - 1985). **Pe. Arcídio Favretto** com atuação principalmente na diocese de Santos, na única paróquia pessoal da Pastoral da Saúde/Igreja Santa Cruz. Pe. Arcídio atuou também na Arquidiocese de Brasília, diocese de Bauru e Sinop. Entre seus escritos, há um que fez história e intitula-se "*O doente: Razão de ser do hospital*" (São Paulo - CEDAS, 4ª ed. - 1987). Não poderíamos esquecer o jornalista **J.M Nogueira de Campos**, que cuidou com primor da publicação do Boletim ICAPS durante mais de uma década nos seus inícios.

Embora não haja escritos, lembramos da atuação samaritana como capelães, entre outros, dos seguintes camilianos que já partiram para a casa do Pai: Pe. Dionísio Costenaro, Pe. Afonso Gutierrez, Pe. Olindo Mugnol, Pe. Rino Contardi, Pe. Ernesto Boff, Pe. Jorge Davanzo, Pe. Angelo Pigatto, Pe. Novarino Brusco, Pe Alfonso Pastore, Pe. Renato Pasqual, Pe. Clemente Pasqual e Pe. José Beth.

Lembramos também do Pe. Ramiro C. Pastore, que atua há muitos anos no Hospital de Clínicas de Curitiba, e do Pe. Hilário Spader, capelão há quase 20 anos no Hospital São Camilo de Santana. Temos também o Pe. Hugo Gelain, numa atuação samaritana silenciosa em vários hospitais de Curitiba - PR, especialmente no Hospital do Cajuru, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUC-PR, a mais de 40 anos.

Contemplando e refletindo sobre toda essa folha camiliana de serviço aos doentes, nutrimos uma atitude de reverência, respeito e gratidão. Olhando para o futuro, que sejamos sempre mais ousados no anúncio profético da saúde como discípulos missionários do Senhor da Vida.

Pe. Léo Pessini
Provincial dos camilianos no Brasil

Pe. Christian de P. de Barchifontaine
Reitor do Centro Universitário São Camilo

São Paulo, 15 de setembro de 2012.
Data comemorativa dos 90 anos da chegada dos Camilianos ao Brasil

Introdução



O nascimento do Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde (ICAPS), Camilianum e Programa Terceiro Milênio

Capítulo 1

Apresentando

Estamos iniciando a publicação trimestral do Boletim Informativo do ICAPS - Instituto Camiliano da Pastoral da Saúde, um veículo incentivador do trabalho dos agentes de Pastoral da Saúde.

Este órgão tem como objetivo comunicar experiências pastorais nos diversos níveis da Pastoral da Saúde: Diocese, paróquia, hospital, instituições de ensino, saúde comunitária.

Apreciaríamos muito a sua contribuição, enviando-nos sugestões, notícias, relatórios de experiências pioneiras na área. Enriqueceríamos este informativo que assim beneficiará mais pessoas que trabalham na Pastoral.

No primeiro número, procuramos apresentar a SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - o que é e o que faz e um dos seus departamentos, o ICAPS - suas finalidades e atividades. Por fim, um subsídio pastoral sobre a importância de escutar, na relação visitador-paciente.

Em sintonia com a caminhada Pastoral da Igreja no mundo da Saúde, aceitamos o desafio evangélico de testemunhar o amor de Deus aos pobres e doentes.

Com a convicção temperada na certeza da fé e, por isso, entusiasmados, engajemo-nos neste trabalho de anunciar o Reino, curando os enfermos (Lc 10,9), visitando-os (Mt 25,43) e anunciando a boa nova da vida em plenitude (Jo 10,10). O que é a Pastoral da Saúde senão fazer isso?

Fraternalmente

Pe. Leocir Pessini
Coordenador

1.1 - ICAPS
Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde

Finalidade

O ICAPS se propõe a atingir as seguintes finalidades:

1 - Desenvolver, em âmbito regional e nacional, a Pastoral da Saúde, tanto no ambiente hospitalar, quanto paroquial e domiciliar.

2 - Fornecer, nas comunidades de todo o país, a vivência da pastoral da saúde, a fim de que nenhum doente deixe de ter o atendimento de que necessita ou perceba que está abandonado.

3 - Introduzir, nos hospitais, dioceses e paróquias, a pastoral da saúde, motivando essas instituições a considerá-la como uma das suas atividades.

Para atingir esses objetivos, o ICAPS desenvolverá as seguintes atividades:

Atividades

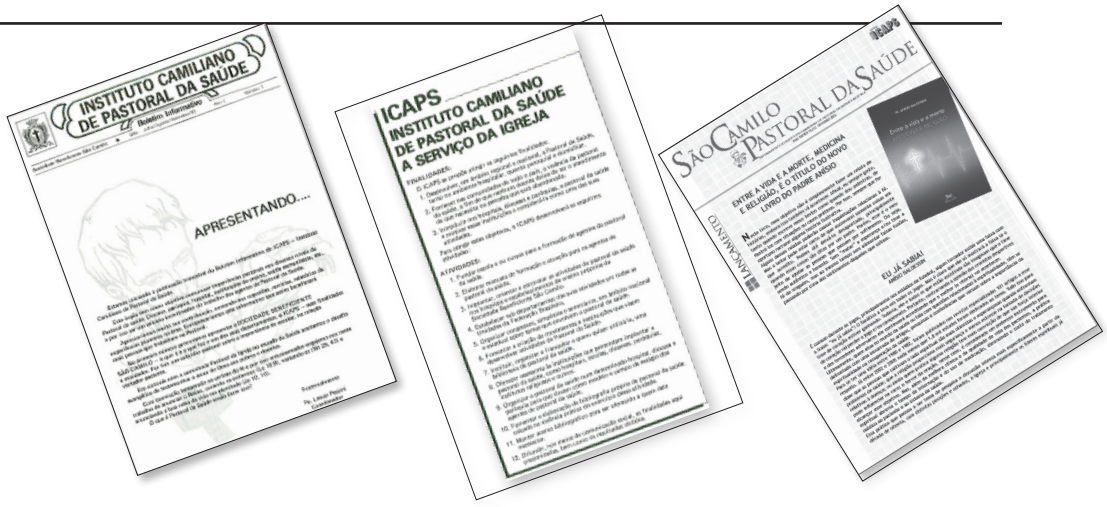
1 - Fundar escola e/ou cursos para a formação de agentes da pastoral da saúde.

2 - Elaborar manuais de formação e atuação para os agentes de pastoral da saúde.

3 - Implantar, orientar e controlar as atividades de pastoral da saúde nos hospitais e estabelecimentos de ensino próprios da Sociedade Beneficente São Camilo.

4 - Estabelecer subdepartamentos das suas atividades em todas as Unidades da Federação Brasileira.

5 - Organizar congressos, simpósios e seminários, em âmbito nacional e estadual, sobre temas que envolvam a pastoral da saúde.



6 - Fomentar a criação de movimentos e instituições que visem a desenvolver atividades de Pastoral da Saúde.

7 - Instituir, organizar e franquear, a quem quiser utilizá-la, uma biblioteca de pastoral da saúde.

8 - Oferecer assessoria às instituições que pretendam implantar a pastoral da saúde, como hospitais, escolas, dioceses, paróquias, institutos religiosos e outras.

9 - Organizar a pastoral da saúde em determinado hospital, diocese e paróquia, para que sirva como modelo e campo de estágio dos agentes de pastoral da saúde.

10 - Fomentar a elaboração bibliográfica própria de pastoral da saúde, calcada na vivência prática do exercício dessa atividade.

11 - Manter acervo bibliográfico para ser oferecido a quem dele necessitar.

12 - Difundir, nos meios de comunicação social, as finalidades aqui preconizadas, bem como os resultados obtidos.

Fonte: Boletim ICAPS - julho/agosto/setembro-1983 – nº1.

1.2. ICAPS
Novos objetivos após 30 anos

Nota explicativa: os objetivos do ICAPS foram elaborados em 1982. Passaram-se 30 anos desde então, e sentiu-se a necessidade de uma revisão do que foi proposto no passado, de forma que se realizasse um balanço capaz de concluir se o ICAPS atendeu as metas a que se propôs para, então, atualizá-las, e melhor servir à Pastoral da Saúde, e o resultado foi a atualização dos Objetivos do ICAPS, os quais foram traçados levando em consideração o atual contexto da realidade da saúde brasileira.

Objetivos

1 - Desenvolver, em âmbito regional e nacional, a Pastoral da Saúde.

2 - Estimular, nas comunidades do país, a organização e a vivência da Pastoral da Saúde, a fim de promover a dignidade do ser humano por meio das dimensões solidária, comunitária e político-institucional.

3 - Promover a Pastoral da Saúde nas dioceses, paróquias e hospitais.

Para atingir esses objetivos, o ICAPS propõe

1 - Oferecer cursos para a formação de agentes de pastoral da saúde.

2 - Fornecer subsídios para a Pastoral da Saúde e difundi-la nos meios de comunicação.

3 - Implantar, formar e acompanhar as atividades de Pastoral da Saúde nas Entidades Camilianas.

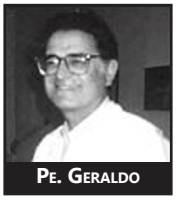
4 - Organizar congressos, simpósios e seminários em âmbito nacional, regional e local sobre temas que envolvam a humanização e a Pastoral da Saúde.

5 - Instituir uma biblioteca de pastoral da saúde e estimular a elaboração de bibliografia e materiais específicos de Pastoral da Saúde.

6 - Proporcionar assessoria às instituições que pretendam implantar a Pastoral da Saúde, tais como hospitais, dioceses e paróquia.

Fonte: Boletim Icaps – junho 2012 – nº308.

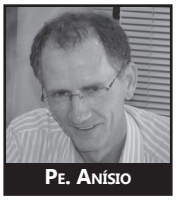
1.3. Coordenação do Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde (ICAPS)


Pe. Geraldo


Pe. Júlio


Pe. Léo


Pe. Christian


Pe. Anísio


Pe. Alexandre

Até 1979 chamava-se CAPS (Cultura, Antropologia e Pastoral da Saúde) e, a partir de 1980, ICAPS – Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde.

Anos 1970
Pe. Geraldo Bogoni

Anos 1977/1981
Pe. Júlio S. Munaro

1982/85
Pe. Léo Pessini

1985/1986
Pe. Christian de Paul de Barchifontaine

1987-1993
Pe. Léo Pessini e Pe. Christian de Paul de Barchifontaine

1994-2009
Pe. Anísio Baldessin

2010-2011
Pe. Alexandre Andrade Martins

2012
Pe. Anísio Baldessin

1.4. O QUE É O CAMILLIANUM

Primeiro instituto do gênero na Igreja, o Camillianum – Instituto Internacional de Teologia Pastoral Sanitária foi constituído para oferecer «um aprofundamento orgânico das temáticas sempre mais complexas que os operadores sanitários devem enfrentar» (Dolentium om~~lum, 4) e aprovado pela Santa Sé, no dia 28 de abril de 1987. Integrado à Porttificia Faculdade Teclógica Teresianum, no Largo Ottorino Respighi, 6 (al-la Carrilluccia), em Roma, ele pretende contribuir para a promoção de «uma nova cultura da vida e da saúde e para uma evangelização mais incisiva no mundo sanitário».

Seus objetivos são:

• Preparar agentes e mestres de Pastoral da Saúde, mediante a especialização em Teologia Pastoral Sanitária;

• oferecer um serviço de biblioteca e documentação, para promover a pesquisa científica em Teologia Pastoral Sanitária;

• elaborar subsídios e cuidar de publicações científicas;

• ajudar as Igrejas locais na organização e na afirmação da Pastoral da Saúde.

A possibilidade de cursar o Camilianum é oferecida a sacerdotes, religiosos, religiosas e leigos que já atuam na área e pretendam aprofundar sua preparação e suas motivações, bem como desejam receber formação específica que os habilite para a missão no campo sanitário. Isso é feito através de cursos ministrados de outubro a junho, com aulas às terças, quartas, quintas e sextas-feiras das lh30 às 19h. O idioma é o italiano.

Os alunos são divididos em três categorias: ordinários, extraordinários e hóspedes (ou ouvintes).

Ordinários são os que buscam obter mestrado e doutorado em Teologia Pastoral Sanitária, já tendo licença em Teologia ou cumprido curso filosófico-teológico seminarístico ou, ainda, que possuam formação tecnológica equivalente (nestes dois últimos casos, o can-

didato passa por um prévio exame-colóquio de admissão).

Extraordinários são aqueles que, não atendendo aos requisitos acima, desejam frequentar os cursos que lhes dão um diploma especial. Exige-se, porém, que tenham diploma universitário e preparação teológica de base.

Hóspedes são os alunos que frequentam alguns cursos, conferindo ao seu final, um atestado de frequência e dos exames feitos.

O plano de estudos do Camillianum harmoniza doutrina e prática, para facilitar o entrosamento da Teologia e da prática pastoral.

Os cursos fundamentais abordam temas bíblico-teológicos sobre o homem, a saúde e o sofrimento; temas pastorais, como a evangelização e os sacramentos, a ajuda cristã a doentes e moribundos; temas psicos--sociológicos e éticos e a história e espiritualidade da saúde e da doença.

Nos seminários, fazem-se abordagens pastorais especializadas com crianças, anciãos, deficientes, cancerosos, aidéticos e drogados, estudam-se problemas de saúde do Terceiro Mundo e os direitos dos doentes, assim como o voluntariado sociossanitário.

O programa integra, ainda, vários cursos complementares e um específico de formação em Pastoral Clínica.

Para o mestrado, o curso prevê quatro semestres de 13-16 horas semanais, num total de 57 créditos. O ensino se subdivide em dezoito cursos fundamentais e dois seminários obrigatórios, um tirocínio prático com supervisão, também obrigatório, e seis cursos complementares.

Para a admissão, exige-se pedido de inscrição, título de estudo prescrito (diploma de licença ou atestado original dos estudos realizados), quatro fotografias 3/4 e, para sacerdotes, seminaristas e religiosos, uma carta de apresentação do próprio superior (Ordinário diocesano, Reitor ou Superior local).

O Camillianum procura ir ao encontro de alunos em dificuldades, com a ajuda possível de natureza econômica.

Fonte – Boletim Icaps – nº 62 – novembro 1989.

1.5. Programa de Televisão Terceiro Milênio - 1997-2004



Em 1997, por iniciativa do Pe. Gabriel Galache, Jesuíta, Diretor de Edições Loyola, teve início, via Produtora Loyola Multimídia, a produção do **Programa Terceiro Milênio,** veiculado no horário nobre na Rede Vida de Televisão, diariamente, de 2ª a 6ª feira, sempre às 21h30. A partir de 1999, **o Centro Universitário São Camilo** entrou como parceiro na produção deste programa, fornecendo, para abordar as *questões de saúde, bioética e Pastoral da Saúde*, profissionais da área educacional, hospitalar e inúmeros religiosos camilianos. Também no âmbito operacional, tivemos a participação ativa dos Camilianos, quer no planejamento da pauta dos assuntos a serem abordados, quer como entrevistadores do programa: o Pe. Léo Pessini (com mais de 700 entrevistas); Pe. Christian de Paul de Barchifontaine e Luciana Bertachini.

Capítulo 1

Este projeto **Terceiro Milênio** buscou questionar, levantar perguntas e respostas para iluminar o futuro da humanidade, tentando construir, mediante princípios hauridos do Evangelho, um caminho que possibilitasse ao ser humano vivenciar a paz. Ao criar uma forma instigante de olhar o mundo e abordar criticamente aspectos de sua realidade, este projeto quis ser um lance de esperança no âmbito da TV brasileira.

Ao longo de sete anos de veiculação ininterrupta, foram ao ar nada menos que 2007 (dois mil e sete) programas. Todo este acervo se encontra disponível na Biblioteca "Padre Inocente Radrizzani" do Centro Universitário São Camilo de São Paulo (SP).

Sem dúvida, o formato e conteúdo deste projeto III Milênio foi de uma grande ousadia, vencendo preconceitos e propondo uma reflexão a um público cada vez mais eclético, além de novos paradigmas e indagações sobre questões que envolvem trabalho, ecologia, saúde, política, igreja, arte, cultura, educação, pesquisas científicas e genéticas, alimentação, sistema judiciário, ética, bioética, ciência, terapias alternativas, *stress* e espiritualidade entre tantos outros assuntos de atualidade.

Esse projeto deixou saudades pelo seu formato altamente profissional e humano, pela perspectiva de abordar os grandes desafios e problemas que a humanidade tem para construir um futuro de justiça, bem-estar e felicidade.

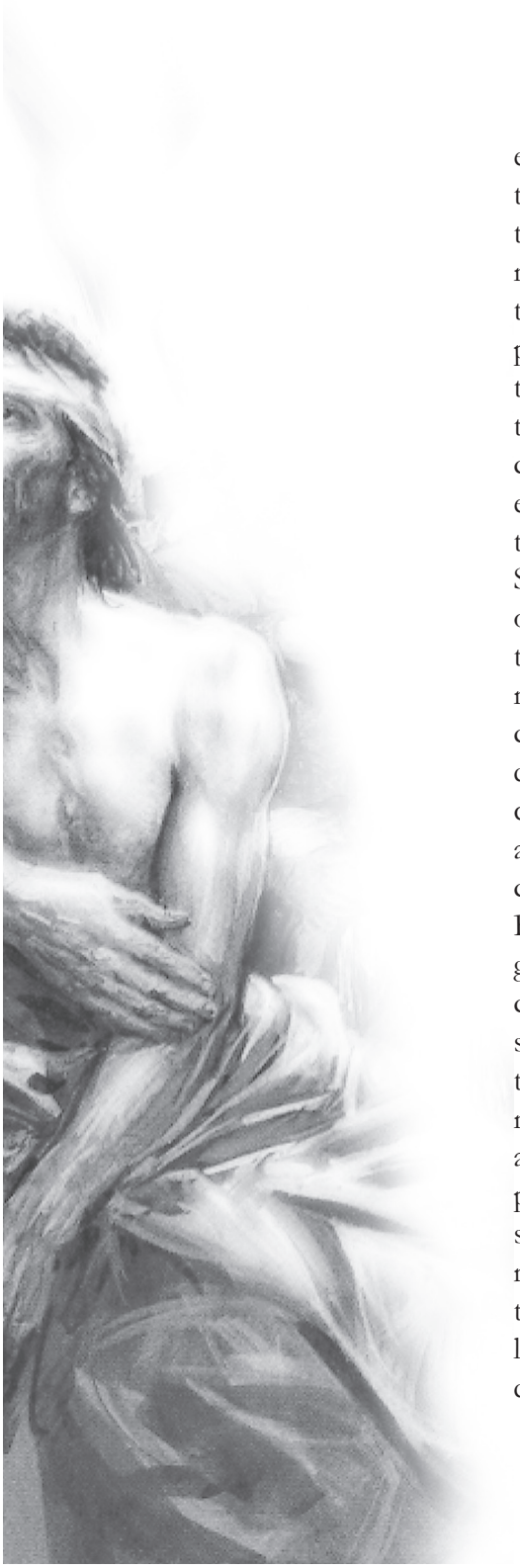


Os Camilianos e a Pastoral da Saúde (1983-1993)

Pe. Léo Pessini
Pe. Christian de P. de Barchifontaine

O presente texto recolhe sinteticamente as realizações mais importantes do ICAPS (Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde) ao longo do período de 1983 a 1993. São mais de 120 páginas de relatórios das quais extraímos o mais significativo do processo. Ressaltamos que o *background* é a experiência pastoral. Apontamos os marcos mais relevantes em nível de eventos (cursos Pastoral e Bioética, congressos, seminários etc.) e publicações (subsídios pastorais, livros, artigos). O ICAPS ganhou expressão a partir do momento em que resolveu investir em especialização de pessoas e recursos materiais.

Capítulo 2



O resgate da memória histórica é um elemento fundamental numa perspectiva de avaliar o realizado, sem espírito triunfalista e pensar prospectivamente numa presença mais corajosa e profética na área da saúde. Escreve-se muito pouco neste setor e "se não está escrito não existe". Procuramos registrar o trabalho anônimo e gratuito realizado e que tem sido de ajuda a muitas pessoas e comunidades carentes nos mais distantes rincões do País. O setor pastoral da Saúde da Província Camiliana Brasileira, operacionalizado pelo ICAPS – Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde, ganhou expressão a partir do momento em que resolveu investir em especialização de pessoas e recursos materiais. É preciso profissionalizar este setor e sair do amadorismo improvisado. Organizar qualquer trabalho na área de pastoral no Brasil significa praticamente trabalhar de graça. É uma constatação dura, uma vez que torna praticamente inviável o autossustento de qualquer organização que a trabalhe exclusivamente neste setor, se não tem uma mantenedora por trás que a apoie. Praticamente todos os cursos promovidos pela CNBB e CRB são subsidiados por organizações de primeiro mundo. Um exemplo: os que ganham todos os capelães camilianos que trabalham nos hospitais não chega ao salário de um alto executivo na área de saúde.

Tratando-se de uma área não rentável comercialmente falando, e dependendo, portanto, de ajuda de terceiros, o ICAPS foi subsidiado desde o seu início, em 1983, até 31 de janeiro de 1989 pela Sociedade Beneficente São Camilo, constituindo-se num departamento desta entidade. A partir de 1 de fevereiro de 1989, até 31 de dezembro de 1993, foi mantido pela União Social Camiliana (USC). Os investimentos feitos a partir de uma retrospectiva de atualização dos valores, somam US$ 1500 dólares mensais. A publicação do Boletim ICAPS e a ajuda de custo de dois salários mínimos e meio para dois religiosos constituem os itens de maior despesa. Outro aspecto a ser ressaltado de tudo quanto o ICAPS realizou na área Pastoral e Bioética é a vivência dos seus coordenadores a partir do trabalho de Pastoral da Saúde no HCFMUSP, isto é, a partir de um compromisso na área da saúde. A dinâmica do processo constitui-se de quatro passos:

1 - Inserção na área da saúde (experiência). Sentir "na pele" o que acontece e deixar-se interpelar afetiva e evangelicamente.

2 - Reflexão sobre o trabalho. Trata-se do estudo de aprofundamento e especialização das questões emergentes em nível de pastoral e de bioética.

3 - Escrever sobre o que é feito e refletido. São as publicações, subsídios populares e textos mais aprofundados em nível acadêmico.

4 - Anunciar na comunidade. São os cursos ministrados nos vários níveis em todo o Brasil, desde o nível básico até o avançado.

2.1 - Eventos de Pastoral e Bioética

Congressos Anuais de Pastoral da Saúde

Apresentamos a seguir a relação dos congressos anuais de pastoral da saúde, bem como o tema central neles abordado, realizados sempre no início de setembro (semana da pátria) com a participação em média de 500 pessoas, provindas de todos os recantos do ter-

ritório nacional, mas com predominância da região centro-sul. Até 1986, constituiu-se no maior evento nacional na área da Pastoral da Saúde. A partir desta data (maio/86), foi criada a Comissão Nacional de Pastoral da Saúde da CNBB, que tem a responsabilidade de promover, em nível de Igreja, eventos nacionais na área. Registramos a Participação dos Camilianos na equipe de coordenação nacional e, mais especificamente, a atuação como coordenador nacional no triênio 1991-1993 do Pe. Christian de Paul de Barchifontaine.

RELAÇÃO DOS TEMÁRIOS

1) *1983:* Direito à vida e à saúde.

2) *1984:* Problemas éticos de atualidade na humanização e Pastoral da Saúde.

3) *1985:* Evangelização e catequese no mundo da saúde.

4) *1986:* A função social do hospital.

5) *1987:* A Pastoral da saúde no contexto da pastoral orgânica.

6) *1988:* A nova Constituição e a saúde no Brasil, problemas de bioética na área da saúde.

7) *1989:* Pastoral da promoção da saúde. Valores cristãos na área da saúde.

8) *1990:* A mulher e o idoso.

9) *1991:* As Curas: medicina e religião.

10) *1992:* Nova evangelização e saúde.

11) *1993:* Pastoral da saúde e saúde pública.

A organização infraestrutural de todos esses congressos sempre ficou a cargo da União Social Camiliana. A comissão científica foi de responsabilidade da equipe ICAPS, que sempre se reuniu mensalmente ao longo desta década.

Uma listagem completa desses eventos realizados ao londo de três décadas, será apresentada no capítulo 3, desta publicação, com a retomada dos eventos supremecionados.

2.2 - Encontro de Capelães Hospitalares

Em média, contamos com a presença de 60 pessoas em cada encontro (1993). Observa-se um nível de reflexão mais elevado e especializado. Presença ecumênica significativa, com a participação de pastores de várias denominações cristãs que trabalham como capelães hospitalares. A constatação que se faz no lado católico é que existem poucos capelães de tempo integral. A presença mais numerosa, significativa e atuante neste setor é das religiosas (irmãs). Tenta-se articular uma Associação de Capelães Católicos junto ao grupo de Pastoral da Saúde (GPS).

Primeiro encontro: 31/08 a 1/10/1989.

Tema: Pastoral da saúde e o clero.

Segundo encontro: 14-15/05/1990.

Tema: O hospital: desafios pastorais.

Terceiro encontro: 4-5/03/1991.

T**ema:** O Serviço de pastoral no hospital.

Quarto encontro: 11-12/03/1992.

Tema: Relação de ajuda e problemas de bioética.

Quinto encontro: 9-10/03/1993.

Tema: Nova Evangelização e hospital.

No capítulo quinto dessa obra, apresentamos a história completa destes eventos, retomando os supramencionados com mais informações.

Capelães hospitalares fundam associação

Foi oficialmente constituída, em 15 de fevereiro deste ano (1993), a Associação Brasileira de Capelães Hospitalares Católicos,

com sede em São Paulo. A criação da entidade foi decidida durante assembleia geral extraordinária do Grupo de Pastoral da Saúde. A primeira diretoria da nova associação é a mesma do GPS, que tem como presidente o Pe. Christian de Paul de Barchifontaine. Os estatutos da ABCHC têm a seguinte redação:

Do nome, constituição, sede e finalidade:

Artigo 1º - A Associação Brasileira de Capelães Hospitalares Católicos é uma sociedade civil, católica, sem fins lucrativos, fundada por Capelães e Agentes de Pastoral da Saúde, organizada por tempo indeterminado, tendo como sede a cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, e sua sede na Avenida Pompeia, n.º 1214, bairro de Vila Pompeia.

Parágrafo único – A Associação seguirá as diretrizes pastorais traçadas pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB).

Artigo 2º - Serão considerados capelães, para fins estatutários, os ministros ordenados e devidamente credenciados por uma autoridade eclesiástica reconhecida.

Artigo 3º - Serão considerados agentes de Pastoral da Saúde, para fins estatutários, pessoas qualificadas para o serviço hospitalar, com mandato específico e devidamente credenciadas por uma autoridade eclesiástica reconhecida.

Artigo 4º - A Associação tem as seguintes finalidades:

a) congregar todos os capelães ou representantes da capelania hospitalar em todo o território nacional;

b) incrementar o trabalho de capelania nos hospitais públicos e privados;

c) assessorar o serviço religioso e incrementar a evangelização holística em toda a área da saúde;

d) representar e defender a Pastoral da Saúde como serviço fundamental e indispensável à saúde da população;

e) lutar pela regulamentação do serviço religioso no hospital e pela profissionalização do capelão e dos agentes de Pastoral da Saúde;

f) incrementar projetos e cursos para a preparação e treinamento de agentes de Pastoral da Saúde;

g) assessorar os hospitais na formação do serviço de capelania e Pastoral da Saúde;

h) promover congressos, simpósios e outras atividades que promovam o debate da Pastoral e Humanização da Saúde;

i) incentivar a integração do capelão e do agente de Pastoral da Saúde nas equipes multiprofissionais de saúde;

j) corrigir práticas pastorais errôneas e/ou inadequadas à prestação da saúde nos hospitais;

k) credenciar, quando necessário, dentre seus quadros, capelães e/ou agentes de Pastoral da Saúde para serviços e atividades específicos.

Artigo 5º - Para atingir suas finalidades, a Associação Brasileira de Capelães Hospitalares Católicos poderá usar de todas as transações e contratos permitidos pela legislação civil e comercial, inclusive receber, doar, comprar e vender bens móveis ou imóveis.

Dos órgãos diretivos:

Artigo 6º - São órgãos constituídos da ABCHC:

a) a Assembleia Geral;

b) a diretoria.

Artigo 7º - A Assembleia Geral da ABCHC é o órgão máximo e soberano de deliberação da entidade e é constituída pelos sócios

efetivos no gozo de seus direitos.

Parágrafo primeiro – A Assembleia Geral reunir-se-á ordinariamente 02 (duas) vezes ao ano e, extraordinariamente, quando convocada por qualquer um dos membros da Diretoria ou pela maioria simples dos sócios.

Parágrafo segundo – A Assembleia Geral será instalada em primeira convocação com a presença mínima de 2/3 (dois terços) dos sócios ou, em segunda convocação trinta minutos após, com a presença de qualquer número, deliberando em qualquer das hipóteses por maioria simples dos votos presentes.

Artigo 8º - Compete à Assembleia Geral: a) eleger a Diretoria; b) admitir sócios; c) apreciar e aprovar os relatórios da Diretoria e decidir sobre todos os assuntos de interesse da entidade; d) aprovar o balanço e as contas do exercício anterior; e) analisar e aprovar o planejamento do período seguinte; f) autorizar a alienação de qualquer bem, tanto móvel quanto imóvel, que constitua patrimônio da entidade, assim como a instituição de gravames de qualquer natureza sobre os mesmos; g) reformar o Estatuto Social.

Parágrafo único – É proibido o voto por procuração.

Da Diretoria:

Artigo 9º - A Diretoria da ABCHC será composta, obrigatoriamente, pelos mesmos membros que forem eleitos para a Diretoria do Grupo de Pastoral de Saúde, sendo que os cargos da ABCHC serão os mesmos do GPS, bem como todas as atribuições, direitos e deveres previstos no Estatuto do grupo de pastoral de Saúde, que ficam fazendo parte integrante do presente Estatuto.

Do patrimônio:

Artigo 10º - O patrimônio da ABCHC é constituído:

a) dos móveis e imóveis que constarem do seu ativo fixo;

b) das contribuições de sócios e amigos;

c) das subvenções, convênios e donativos;

d) das vendas patrimoniais.

Parágrafo único – A ABCHC poderá constituir patrimônio a seu serviço em todo o território nacional.

Das disposições gerais:

Artigo 11 – Os membros da ABCHC não respondem nem solidária nem subsidiariamente pelas obrigações sociais da entidade.

Artigo 12 – É vedada a remuneração pelo exercício dos cargos de Diretoria, assim como, no mesmo sentido, a distribuição de lucros, rendas, bonificações ou vantagens, sob qualquer forma, título e pretexto.

Artigo 13 – O presente Estatuto poderá ser reformado em Assembleia Geral Extraordinária especialmente convocada para esse fim.

Artigo 14 – A Associação só poderá ser extinta por deliberação de Assembleia Geral extraordinária especialmente convocada para esse fim e por decisão da maioria absoluta de seus membros, ou nas hipóteses prevista em lei.

Artigo 15 – A deliberação de liquidação da Associação somente será tomada após obrigatoriamente serem pagos todos os compromissos existentes, destinando-se o remanescente de seus bens em benefício do Grupo de Pastoral de Saúde, de cuja entidade a Associação é um departamento.

Artigo 16 – A Associação Brasileira de Capelães Hospitalares Católicos é um departamento do Grupo de Pastoral de Saúde, de onde provêm todas as decisões a respeito de casos omissos no presente Estatuto Social.

Fonte – Boletim Icaps nº 101 junho 1993.

2.3 – SEMINÁRIOS NACIONAIS DE SAÚDE CRB – NACIONAL (1984-1993)

São seminários dirigidos exclusivamente a religiosos(as) que atuam na área da saúde pela CRB através do GRS (Grupo de Reflexão da Saúde) da CRB Nacional/Rio, grupo do qual fazem parte os camilianos Pe. Christian de P. de Barchifontaine (que participou de todos esses eventos) e Pe. Leocir Pessini: participação e assessoria. Mensalmente, a equipe do GRS nacional se reúne no Rio de Janeiro para refletir sobre a conjuntura nacional da saúde, o compromisso dos religiosos, a assessoria a congregações religiosas, a preparação dos seminários, bem como a análise e aprovação dos projetos de saúde comunitária para a região norte-nordeste do país, que tem amparo da MISEREOR, entre outras coisas.

1) Tema: Vida Religiosa – serviço à vida

Data: 1984 (18 - 24 de novembro)

Local: Mendes – RJ

2) Tema: A saúde na Nova República e a missão do Religioso nessa conjuntura

Data: 23 - 28 de setembro de 1985

Local: Belo Horizonte – MG

3) Encontro Nacional de Pastoral da Saúde – CNBB-CRB

Data: 8 - 9 de maio de 1986

Local: Brasília – DF

3b) Tema: O religioso no processo de democratização da saúde

Data: 20 - 25 de outubro

Local: Petrópolis – RJ

4) Tema: A mística do religioso a serviço da saúde

Data: 17 - 21 de julho de 1987

Local: Fortaleza - CE

4b) Tema: A mística do religioso a serviço da saúde

Data: 19-23 de outubro de 1987

Local: Curitiba – PR

5) Seminário Latino-americano de saúde. Promoção: CRB - CLAR

Data: 28/8 - 1/9 de 1988

Local: Petrópolis – RJ

5b) Tema: Missão profética do religioso a serviço da saúde

Data: 17 a 21 de outubro de 1988

Local: Belo Horizonte - MG

6) Tema: O compromisso com a vida e o mundo da saúde

Data: 25-29 de agosto de 1989

Local: Goiânia –GO

7) Tema: Conjuntura sociopolítica, saúde e mulher

Data: 12 - 18 de setembro de 1990

Local: Rio de Janeiro – RJ

8) I Seminário Nacional de Saúde Comunitária - CRB-CNBB

Tema: Saúde Comunitária: aspectos práticos e teóricos

Dimensão teológica e pastoral à luz da nova evangelização

Data: 21 - 26 de junho de 1991

Local: Cachoeira do Campo – MG

8b) I Seminário Nacional de Instituições de Saúde

Tema: Os religiosos e as instituições de Saúde: aspectos socioeconômico, político e teológico.

Data: 7 - 12 de outubro de 1991

Local: Garibaldi – RS

9) I Seminário Nacional de Saúde Comunitária – CRB/CNBB

Tema: Análise sociológica da conjuntura (Mercado, Sociedade Civil e Estado). Dimensão eticoteológica, saúde e conjuntura

Data: 8-14 de setembro de 1992

Local: Petrópolis – RJ

10) I Seminário Nacional de Saúde Comunitária – CRB/CNBB

Tema: Política de saúde, saúde comunitária, visão eticoteológica.

Data: 24 - 29 de maio de 1993

Local: Fortaleza – CE

11) Semanário Nacional de Saúde – CRB

Tema: Vida Religiosa - Instituições de Saúde: identidade e missão

Data: 9 - 14 de setembro de 1993

Local: Curitiba – PR

Uma listagem completa desses seminários, realizados pela Conferência dos Religiosos do Brasil (CRB). será apresentado no capítulo 7 dessa publicação, retomando com mais informações, estes eventos já mencionados neste capítulo.

2.4 - CURSOS BÁSICOS DE PASTORAL DA SAÚDE

Trata-se de cursos fundamentais na área da Pastoral da Saúde, ministrados em muitas localidades brasileiras, por solicitação de dioceses, comunidades religiosas, hospitais, congregações religiosas e paróquias. Esses cursos geralmente são realizados nos fins de semana e feriados. O texto básico para esses encontros acabou sendo o "livrinho vermelho", como o povo batizou o livro "Ministério da Vida: orientações para agentes de pastoral da saúde e ministros da

eucaristia", lançado em 1990 pela Editora Santuário e que, em menos de três anos, já está na 8ª edição, constituindo-se surpreendentemente num pequeno *bestseller* na área (em 2012 este livrinho está na 34ª. edição).

Neste setor de cursos, é preciso ressaltar que a participação de inúmeros leigos engajados na pastoral da saúde (é uma questão de justiça lembrar aqui a atuação de José Paulo A. de Oliveira), bem como de inúmeros estudantes Camilianos em treinamento para o ministério, alguns deles hoje já padres, contribuiu enormemente para que atingíssemos muitas localidades no trabalho de despertar a comunidade para cuidar da saúde e para que o carisma camiliano fosse mais conhecido. Neste nível mais popular, temos realizado em média 28 (vinte e oito) cursos anuais com a participação de 100 pessoas em cada encontro, o que nos colocou em contato direto com 2800 (duas mil e oitocentas) pessoas anualmente, com pelo menos 6 h/aulas de curso. Em 11 anos de atividade, cerca de 30.000 (trinta mil) pessoas foram alvo dessa ação evangelizadora na área da saúde. Para que mantenhamos viva a memória histórica de nossa peregrinação pastoral, registramos a seguir as localidades atingidas por esta ação, sem contar a grande São Paulo, que merece um destaque especial e que, por motivo de brevidade não mencionamos aqui. Note-se que, em muitas cidades, temos acompanhamento constante e com mais de um curso por ano, como por exemplo tem acontecido em Campinas (SP), Brasília (DF), Poços de Caldas (MG), Barretos (SP) entre outras localidades.

Em 1983, primeiro ano de atividades, mais precisamente no segundo semestre, atingíamos 5 cidades: Cambará (PR), Poços de Caldas (MG), Birigui (SP), Guarapuava (PR), Paranaíba (MS).

Em 1984, estávamos presentes em: Curitibanos (SC), Presidente Prudente (SP), Coromandel (MG), Curitiba (PR), Poços de Caldas (MG), Espírito Santo do Pinhal (SP), Birigui (SP), Fortaleza (CE), Palmópolis (MG), Caçador (SC), Concórdia (SC), Itajubá (MG), Pirassununga (SP), Barbalha (CE), Canindé (CE), Recife (PE), Itapuí

(SP), Machado (MG), Lages (SC).

Em 1985, em Caxambu (MG), Campinas (SP), Ipatinga (MG), Ilhéus (BA), Itabuna (BA), Cachoeiro do Itapemirim (ES), Jacareí (SP), São Miguel d'Oeste (SC), Santo Ângelo (RS), Vacaria (RS), Taubaté (SP), Cruzília (MG), Itu (SP), Recife (PE), Santos (SP), Campos Gerais (MG), Juiz de Fora (MG).

Em 1986, em Brotas (SP), Franca (SP), Campinas (SP), Birigui (SP), Piracicaba (SP), Ponta Grossa (SP), Taubaté (SP), Maringá (PR), Passo Fundo (RS), Salvador (BA), Cornélio Procópio (PR), Paranaíba (MS), Londrina (PR), Ribeirão Preto (SP), São José dos Campos (SP), Ipatinga (MG).

Em 1987, em Campinas (SP), Jaú (SP), Lages (SC), Vacaria (RS), São Leopoldo (RS), Birigui (SP), Santo Ângelo (RS), Taubaté (SP), Juiz de Fora (MG), Goiânia (GO), Concórdia (SC), Porto Velho (RO), Passa Quatro (MG), Poços de Caldas (MG), Olinda/Recife (PE), Jacareí (SP), Muriaé (MG), Cornélio Procópio (PR), Paraguaçu Paulista (SP).

Em 1988, em Campinas (SP), Santo Antônio da Platina (PR), Itajubá (MG), Maceió (AL), Vargem Grande do Sul (SP), Teresina (PI), Porto Alegre (RS), Caçapava (SP), Piraí do Sul (PR), Cornélio Procópio (PR), Cascavel (PR), Vinhedo (SP), Araraquara (SP), Novo Hamburgo (RS), Garibaldi (RS), Rio de Janeiro (RJ), Guarapuava (PR), Rio Claro (SP), Recife (PE).

Em 1989, em Campinas (SP), Brasília (DF), Belo Horizonte (MG), Chapecó (SC), Botucatu (SP), Itajubá (MG), Indaiatuba (SP), Piracicaba (SP), Resende (RJ), Caxias do Sul (RS), Garibaldi (RS), Ipatinga (MG), Varginha (MG), Diamantina (SP), Marília (SP), Natal (RN).

Em 1990, em Santa Cruz do Sul (RS), Novo Hamburgo (RS), Caxias do Sul (RS), Mogi-Guaçu (SP), Valinhos (SP), Poços de Caldas (MG), Foz do Iguaçu (PR), Brasília (DF), Uberlândia (MG), Brusque (SC), Pouso Alegre (MG), Marília (SP), Barbalha (CE), Macapá (AP), Campinas (SP), Itapema (SC), Petrópolis (RJ), Santos (SP), Barretos (SP), Porto Alegre (RS).

Em 1991, em Curitiba (PR), Campinas (SP), Poços de Caldas (MG), Mogi das Cruzes (SP), Senhor do Bonfim (BA), Aratiba (RS), Fortaleza (CE), Santa Cruz do Sul (RS), Encantado (RS), Estrela (RS), Piraí do Sul (PR), Campos do Jordão (SP), Caxambu (MG), Ibiúna (SP), Goiânia (GO), Brasília (DF), Monte Alto (SP), Garibaldi (RS), Americana (SP), Brotas (SP), Barretos (SP).

Em 1992, em Campinas (SP), Passo Fundo (RS), Sorocaba (SP), Campo Grande (MS), Muriaé (MG), Caxias do Sul (RS), Santos Dumont (MG), Monte Alto (SP), Paulínia (SP), Indaiatuba (SP), Marília (SP), Bernardino de Campos (SP), São Leopoldo (RS), Bom Jesus do Norte (ES), Bauru (SP), Fortaleza (CE), Recife (PE), Vitória (ES), Adamantina (SP), Bebedouro (SP), Barretos (SP), São José dos Campos (SP).

Em 1993: Campinas (SP), Salvador (BA), Santa Maria (RS), Vassouras (RJ), Umuarama (PR), Ribeirão Preto (SP), Cruzília (MG), Vitória (ES), Poços de Caldas (MG), Brasília (DF), São José dos Campos (SP), Barretos (SP), Curitiba (PR), Goiânia (GO), Cachoeiro do Itapemirim (ES), Vacaria (RS), Cáceres (MT), Porto Feliz (SP), Santos (SP), Japaratuba (SE), Teresina (PI), Timóteo (MG), Itabira (MG), Taubaté (SP).

2.5 - Cursos Intensivos de Pastoral

Trata-se do mais novo investimento em nível de especialização na área da Pastoral da Saúde e Bioética. Com duração de um mês, tempo integral (das 8h às 17h), ministrado no complexo do Hospital das Clínicas da FMUSP, onde os Camilianos estão atuando há mais de 30 anos na Pastoral. Contexto universitário, pluralista e caracteristicamente multidisciplinar, constitui-se num excelente campo de experiência e aperfeiçoamento. A capelania CFMUSP foi transformada numa escola de educação de agentes de Pastoral, Padres, Pastores e estudantes de teologia e tem servido como campo de estágio para interessados na área.

Pela profundidade que se almeja a partir de sua metodologia, o número de participantes é obrigatoriamente reduzido. O ideal são 7 pessoas. O curso acontece duas vezes ao ano, mais precisamente nas férias de fevereiro e julho. Já foram ministrados quatro cursos. Tivemos participação de pastores, profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) e religiosos camilianos (trata-se de um requisito para a formação pastoral). Para maiores informações desta nova metodologia de formação Pastoral, consultar o livro Pastoral nos Hospitais, Capítulo 3: Pastoral hospitalar - capelães, problemas de bioética e desafios para nossa realidade, p. 35-60.

2.6 - BIOÉTICA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Trata-se de uma das surpresas mais agradáveis relacionadas à receptividade dos profissionais face à questão ética e um grande desafio em nível de preparação e atualização para dialogar com o mundo técnico-científico.

Ao longo do período de 1983 a 1993, foram ministrados mais de 100 cursos de Bioética (20h/aula) em nível de especialização em Administração Hospitalar na USC e em outras instituições da área da saúde. Foi elaborado um texto específico que posteriormente foi transformado em livro, intitulado Bioética e Saúde (CEDAS). Registramos na área da bioética a realização do 1º Congresso Brasileiro de Bioética e Saúde, nos dias 10-12 de junho de 1993, nas dependências das Faculdades Integradas São Camilo, com a presença de 110 interessados nessa questão.

2.7 - PUBLICAÇÕES, BOLETIM ICAPS

Nasceram a partir das necessidades sentidas na área e de solicitações de subsídios a partir das bases. Trata-se de uma das áreas em que o ICAPS investiu significativamente com trabalhos pioneiros, revelando vários talentos novos.

O Boletim ICAPS completa já seu um décimo ano de existência. O primeiro número fui publicado nos meses de julho - setembro/1983, na ocasião trimestral e com tiragem de 500 (quinhentos) exemplares. Hoje a tiragem é de 7.000 exemplares, oito páginas por número e periodicidade mensal. Trata-se de um instrumental simples, mas ainda único no país, sendo muito apreciado. É utilizado nas reflexões das equipes de Pastoral da Saúde nas dioceses, paróquias e hospitais. Muitas congregações religiosas o têm como referência nas reuniões comunitárias. Muitos artigos são reproduzidos em jornais regionais, boletins diocesanos, paroquiais e hospitalares.

Na Editora Santuário, que publica o seminário litúrgico Deus conosco publicamos três celebrações especiais relacionadas com o mundo da saúde, que tiveram uma extraordinária aceitação. Foram as seguintes missas: a) missa de São Camilo, b) missa dos profissionais da saúde, c) missa dos doentes.

2.8 - Slides e Publicações em Revistas

Na SONO-VISO, atual Pastoral Vídeo, que pertence aos Franciscanos de Petrópolis com a participação de CID MOREIRA, jornalista da GLOBO (Jornal Nacional), publicamos quatro Coleções de slides. São elas: a) A Igreja e a Saúde; b) A Igreja e os enfermos; c) Solidariedade no sofrimento; d) Sinal de vida e saúde - o sacramento da unção dos enfermos.

Publicação mensal na Revista Mensageiro do Coração de Jesus, revista católica editada pelos jesuítas (Edições Loyola) de maior tiragem no país - 130.000 exemplares. Esta revista tem uma extraordinária penetração nos meios populares, principalmente no interior do País. Alguns artigos publicados em 1993: 1) Como ajudar o doente mental (vol.99, n.1108-março-l993); 2) Saúde e cidadania: uma questão ética urgente (vol.99, n. 1109-abril - 1993, p.41-43); 3) Que país é esse? (n.1110, maio/1993, p.39-4l); 4) Solidariedade samaritana (n. 1101 - junho 93); 5)Um dia para os doentes (n.112

- julho/agosto - 1993 p.50-52); 6) Juventude e AIDS (n.1114-outubro 1993, p.34-36).

A seção Pastoral da Saúde da Revista Hospital-Administração e Saúde, sempre contou com a colaboração de religiosos empenhados na reflexão sobre pastoral e bioética. Esses artigos são para um público de nível universitário.

2.9 - LIVROS PUBLICADOS (1983 - 1993)

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. *O agente de pastoral e a saúde do povo*. São Paulo, Edições Loyola, 1993.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. *Viver com dignidade*. Aparecida, Editora Santuário, 1991.

CASERA, Domênico. *Aconselhamento Pastoral e Psicologia*. São Paulo, Edições Paulinas, 1985.

GEMELLI, Luís. *Para os que sofrem*. São Paulo: ICAPS, 1984.

LEPARGNEUR, Hubert. *O despertar dos doentes*. Rio de Janeiro/ São Paulo, Achiamé/ICAPS, 1985.

MARTIN, L; BALDESSIN, Anísio. *Conviver com AIDS*. Editora Santuário, Aparecida, 1991.

PESSINI, L.(coord.) *Pastoral nos Hospitais: a ousadia no anúncio da Boa Nova*. Aparecida, Editora Santuário, 1993.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. *Problemas atuais de Bioética*. São Paulo, Edições Loyola, 1992.

PESSINI, Leocir. *Eu vi Tancredo morrer*. Aparecida, Editora Santuário, 1986.

_____. *Pastoral da Saúde: ministério junto aos doentes*. Aparecida, Editora Santuário, 1987.

_____. *Vida: esperança e solidariedade*. Aparecida, Editora Santuário, 1991.

_____. (coord.). *Bioética e Pastoral da Saúde*. Aparecida, Editora Santuário, 1989.

_____. (coord.). *Solidariedade com os enfermos*. Aparecida, Editora Santuário, 1988.

_____. *Eutanásia e América Latina: Leitura eticoteológica*. Aparecida, Editora Santuário, 1990.

_____. *Ministério da vida*. Editora Santuário, 8. ed., Aparecida, 1990.

_____. *Morrer com dignidade: até quando manter artificialmente a vida*. Aparecida, Editora Santuário, 1990.

2.10 – À Guisa de Conclusão

Sobram muitos desafios, entre eles elencamos alguns mais urgentes para serem enfrentados (conforme Programação Trienal 93-95 do Ministério Pastoral da Saúde, In: Camilianos: informações e estudos, n°6, jan.-fev. 93 p.18-19).

a) Sintonia com caminhada de Igreja (diretrizes da CNBB) e CRB

- Conferência dos Religiosos do Brasil. Na área pastoral é a condição primeira de toda e qualquer ação.

b) Crescer mais na pastoral da saúde significa que devemos ser corajosos em testemunhar nosso ser religioso e em investir mais. É preciso perguntar e responder com muita honestidade e transparência, para além das vaidades pessoais: Por que crescer? Para quê? Para quem?

Programar, projetar sem ter recursos e visão nítida de identidade e missão é como abrir um buraco na água. Trata-se de um esforço inútil, desgastante e frustrante.

c) As instituições de saúde pertencentes, administradas e/ou assessoradas pelos camilianos devem constituir-se em centros irradiadores de Pastoral da Saúde. Para além das paredes do hospital, devem estar abertas à comunidade. Via pastoral da saúde, pode-se trabalhar o coração da Instituição, ou seja, sua identidade e missão. Nossas instituições têm que ser diferentes das outras, que visam meramente ao lucro em cima do sofrimento humano, ou que absolutizam somente o gerenciamento técnico-administrativo.

Devem, consciente e administrativamente, visar a resultados humanos, pastorais e sociais.

Fonte: Revista Hospital: administração e saúde; vol. 18; nº1- jan./fev.1994, p.51-56.



História dos Congressos, cursos de Humanização e Pastoral da saúde:

32 anos de caminhada: 1981-2012

Esses Congressos, nos seus inícios, foram organizados e promovidos por ICAPS – Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde, União Social Camiliana, Sociedade Beneficente São Camilo e Pastoral da Saúde da Arquidiocese de São Paulo. A partir da década de 1990, teve também a participação da Coordenação Nacional da Pastoral da Saúde – CNBB (Brasília).

Capítulo 3



Introdução

Esses congressos se iniciam com o impulso dado pela Campanha da Fraternidade - CNBB, de 1981, que teve como tema: Saúde e Fraternidade, e lema: Saúde para todos. Inicialmente, esses eventos foram promovidos pelos Religiosos Camilianos, através do ICAPS e da União Social Camiliana, entidade camiliana que responde pela área da educação no âmbito da saúde, e no âmbito eclesial pela coordenação da Pastoral da Saúde da Arquidiocese de São Paulo. Naquele momento, o Cardeal Arcebispo de São Paulo era Dom Paulo Evaristo Arns, que confiara a coordenação da Pastoral da Saúde aos Camilianos, na pessoa do Pe. Júlio S. Munaro, a partir de 1976. Esse religioso permanecerá na coordenação desta atividade por mais de 20 anos, mais precisamente até 2010, quando completou 80 anos de idade.

A partir de 1986, quando da criação de uma Coordenação Nacional da Pastoral da Saúde da CNBB, esta também se integraria como instância apoiadora e promotora desses congressos. A temática abordada ao longo dessas três décadas sempre refletiu uma questão de atualidade de país, ou um questão urgente de Igreja e algo de específico em termos de saúde que atendesse as necessidades do povo.

3.1 Síntese histórica dos congressos

Temas trabalhados ao longo desses anos:

1981 – Pastoral da saúde: desafios e experiências.

1982 – Humanizar o hospital hoje.

1983 – Direito à vida e à saúde.

1984 – Problemas éticos de atualidade na humanização e pastoral da saúde.

1985 – Evangelização e catequese no mundo da saúde.

1986 – A função social do hospital.

1987 – A pastoral da saúde no contexto da pastoral orgânica.

1988 – A nova constituição e a saúde no Brasil. Problemas de bioética.

1989 – A pastoral da promoção da saúde. Valores cristãos na área da saúde.

1990 – A mulher e o idoso.

1991 – Curas: medicina e religião.

1992 – Nova evangelização e saúde.

1993 – Pastoral de Saúde e saúde pública.

1994 – Saúde mental.

1995 – A saúde e os excluídos.

1996 – Juntos faremos acontecer a vida: Saúde e Justiça.

1997 – Políticas públicas de saúde e terapias naturais em saúde.

1998 – O Espírito Santo: animador da Pastoral da Saúde .

1999 – Envelhecer com dignidade.

2000 – Saúde e dignidade humana.

2001 – Drogas: o desafio do milênio.

2002 – A pastoral da saúde nas dimensões solidária, comunitária e político-institucional.

2003 – Qualidade de vida na pastoral da saúde.

2004 – Os novos desafios da pastoral da saúde.

2005 – Celebrando 25 anos de humanização e pastoral da saúde.

2006 – Os desafios da Pastoral da Saúde diante de pessoas com deficiências.

2007 – Pastoral da saúde: desafios eclesiais, ético-ambientais e sociopolíticos.

2008 – Qualidade de vida: você também é responsável.

2009 – Saúde e Religião.

2010 – 30 anos de Pastoral da Saúde: refletir sobre a história, olhar o futuro.

2011 – Pastoral da Saúde para os tempos atuais: da solidariedade ao controle social.

2012 – A Pastoral da Saúde na Sociedade Brasileira: desdobramentos da Campanha da Fraternidade 2012.

3.2 Relação detalhada das temáticas trabalhadas pelos congressos

1981

Pastoral da Saúde: desafios e experiências

1981

II Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da Saúde

Local: São Camilo, São Paulo

Data: 13-15 de agosto de 1981

Temário central desenvolvido:

1) Fundamentos filosóficos e éticos da humanização; **2)** A problemática da humanização do hospital (tomada de posição face à situação atual – conscientização do problema); **3)** A implantação da filosofia da humanização no hospital; **4)** As propriedades de saúde no país e a humanização do seu atendimento; **5)** A administração dos recursos humanos e a humanização do hospital; **6)** O planejamento físico e a humanização do hospital (padrões mínimos e filosofia do planejamento; **7)** O aspecto técnico e o humano da medicina; **8)** A carta dos direitos do paciente; **9)** O controle da infecção e a humanização do hospital; **10)** Avaliação dos cuidados do paciente; **11)** A psicologia do paciente.

1982

II Congresso Brasileiro de Pastoral da Saúde

Tema central: Educação para a saúde.

Data: 12-14 de julho de 1992

Temas apresentados:

1) A PS na Sagrada Escritura; **2)** O papel da Igreja na educação para a saúde; **3)** A formação do agente de PS; **4)** Os profissionais da saúde e a pastoral paroquial; **5)** Os sacramentos na PS; **6)** A pastoral do idoso na comunidade eclesial; **7)** A PS e a criança; **8)** A PS e o deficiente; **9)** A PS e o planejamento familiar; **10)** A PS e a Psiquiatria; **11)** As drogas e a PS; **12)** A PS nas escolas de formação de profissionais da saúde; **13)** Intercâmbio de experiência em PS; **14)** Informática em PS (fonte de subsídios); **15)** Formação em Educação Pastoral Clínica; **16)** O compromisso dos religiosos da saúde face à realidade atual; **18)** Visão Pastoral da realidade do enfermo no Brasil.

Mesas redondas: 1) A formação dos profissionais de saúde e a humanização do hospital; **2)** O relacionamento de equipe de saúde com o paciente; **3)** Os serviços administrativos e de apoio e a humanização do hospital (recepção, SPP, lavanderia e limpeza, recursos humanos, manutenção); **4)** Os serviços auxiliares e a humanização ado hospital (Banco de sangue, laboratório, radiologia, radioterapia, medicina nuclear); **5)** Os direitos do paciente; **6)** A humanização nos hospitais especializados (psiquiatria, tisiologia, geriatria, pediatria, oncologia).

1983

III Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da saúde

Tema central: O direito à vida e à saúde.

Data: 15-17 de junho de 1982

Local: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Temas apresentados:

I – O direito à vida:

1) O valor e o sentido da vida (dimensões: pessoal, social e escatológica); **2)** O direito à vida (geração, nascimento, defesa e conversação) e a realidade atual; **3)** O direto à vida e a organização do hospital (estrutura física e operacional - equipamentos, pessoal, limpeza, assepsia e infecções hospitalares); **4)** O direito à vida e a atuação dos profissionais da saúde; **5)** O direito à vida e sua manutenção por meios artificiais; **6)** O banco de órgãos face ao direito à vida; **7)** A responsabilidade civil e criminal do hospital; **8)** O hospital: a ética, a moral e a medicina; **9)** O direito à vida e a organização social (habitação, trabalho, educação e saúde).

I – O direito à saúde:

1) O valor e o conceito de saúde como direito e como dever da pessoa; **2)** A responsabilidade do Estado face ao direito à saúde de toda pessoa e a realidade brasileira; **4)** A psicologia da saúde e da doença; **5)** A capacitação humana, social e técnica dos profissionais da saúde; **6)** Trabalho, saúde e doença; **6)** A saúde: objetivo e produto final do hospital e da política de saúde.

1983

III Congresso Brasileiro de Pastoral da Saúde

IV Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital

I Congresso Brasileiro de Moral e Ética Hospitalar

I Curso de Formação em Educação Pastoral Clínica

Data: 5-9 de setembro de 1983

Assuntos apresentados:

- A Campanha da Fraternidade a Saúde; A violência e a sociedade (fatos e análise); Apresentação de um texto base para as reuniões dos agentes de Pastoral da Saúde; O hospital e a saúde comunitária; enfoques pastorais da Igreja no Brasil; Comunicação de experiências; Novos enfoques da moral; Problemas básicos de moral (limitação de natalidade, fecundação artificial, bebê de proveta, esterilização, aborto, planejamento familiar etc.); O novo direito canônico face à vida e à saúde; Princípios filosóficos e cristãos da ética; Curso de formação em Pastoral Clínica: fundamentação teórica, metodologia de trabalho, experiências práticas.

1984

IV Congresso Brasileiro de Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 4-7 de setembro de 2004

Tema central: Problemas éticos na humanização e pastoral da saúde

Assuntos discutidos:

1) Análise da Carta Apostólica de João Paulo II sobre "O sentido Cristão do sofrimento humano"(Salvifici Doloris); **2)** Tipologia das reações dos doentes conforme o caráter; **3)** Diferentes reações dos agentes de Pastoral na abordagem pastoral; **4)** O doente, o profissional da saúde e o agente de pastoral, frente a situações: câncer, problemas cardíacos, doença mental, moribundo, criança hospitalizada, acidentados, em situação de emergência; **5)** Temas de saúde comunitária: A Igreja, comunidade que cura e experiências de saúde comunitária.

1985

VI Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 3-6 de setembro de 1995

Tema central: Evangelização e catequese no mundo da saúde

Assuntos discutidos:

1) Evangelização no mundo da saúde, hoje; **2)** Estudo da secularização do mundo da saúde (História do Hospital); **3)** Papel dos movimentos leigos na Evangelização no campo da saúde; **4)** Espaço sempre maior que as seitas de cura estão ganhando no âmbito da saúde; **5)** As exigências éticas do Evangelho no campo da saúde; **6)** Linhas evangélicas de fundo para uma Pastoral da Saúde; **7)** Evangelização e psicologia no ciclo da vida do doente; **8)** Evangelização junto aos profissionais da saúde; **9)** Evangelização e ecumenismo; **10)** Experiência de Evangelização junto aos doentes – profissionais da saúde – escolas de saúde; **11)** A catequese nos documentos da Igreja; **12)** Saúde e evangelização na foz do Rio Amazonas – experiência missionária camiliana do Amapá (Macapá); **13)** Pistas para catequese no contexto da saúde.

1986

VII Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 15-18 de julho de 1986

Tema central: A função social do hospital e dos profissionais da saúde

Assuntos discutidos:

1) Identidade dos hospitais: aspectos: técnico, religioso e social; **2)** A história da evolução dos hospitais no mundo; **3)** O papel da religião na vida do ser humano e no hospital secularizado; **4)** O papel dos

hospitais nas ações integradas de saúde: hospital público, hospital sem fins lucrativos e hospital particular sem fins lucrativos; **5)** Vivência de vida e morte na doença; **6)** Entrosamento hospital – comunidade: saúde pública, saúde comunitária; **7)** Entrosamento da comunidade com os serviços de saúde – papel dos profissionais na educação para a saúde; **8)** Valor da saúde na cultura e na vida cristã; **9)** O homem: sujeito ativo ou passivo na saúde ou na doença; **10)** Pastoral da saúde nos últimos 20 anos: realizações, tendências, problemas, necessidades e possibilidades.

1987

VIII Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo,

Data: 4 - 7 de setembro de 1987

Tema central: A pastoral da saúde na Pastoral Orgânica

Assuntos discutidos:

1) A Pastoral da Saúde na dinâmica da Pastoral de Conjunto; **2)** Preocupação permanente de Cristo para com o doente. A Igreja de hoje tem essa mesma preocupação? - Caridade – Igreja – Doente; **3)** Pastoral da Saúde no contexto das Campanhas da Fraternidade no Brasil, **4)** Pastoral sacramentária, pastoral da Unção dos Enfermos; **5)** Alcance e limite da ação Pastoral da Igreja no contexto geral da saúde; **6)** Moral da Igreja e *ethos* social diante dos problemas éticos implicados no contexto da saúde; **7)** Pastoral da Saúde no conjunto da Pastoral diocesana e paroquial; **8)** CNBB e Pastoral da Saúde: realidade e perspectivas; **9)** Bioética e Pastoral da Saúde; **10)** A formação de agentes de Pastoral, experiências pastorais; **11)** AIDS: aspectos médico-científicos; **12)** Cristianismo, Igreja e sociedade face à AIDS.

1988

IX Congresso Brasileiro de Pastoral da Saúde

Local: São Paulo,

Data: 3-6 de setembro de 1988

Tema central: A saúde no Brasil (nova Constituição) e Problemas de bioética

Temas discutidos:

1) Como entender a nova Carta Magna brasileira?; **2)** A nova política de saúde no Brasil a partir da nova Constituição; **3)** As instituições de saúde frente ao que diz a nova Constituição sobre Saúde; **4)** Saúde e Igreja (audiovisual produzido pela Sonoviso e ICAPS); **5)** A Igreja e os doentes (audiovisual produzido pela Sonoviso e ICAPS), **6)** Reprodução humana medicamente assistida; **7)** Ética na pesquisa com seres humanos; **8)** Fase final de vida: problemas éticos que desafiam a abordagem pastoral; **9)** História dos hospices (Inglaterra, EUA); **10)** Experiências de organização de Pastoral da saúde de algumas dioceses.

1989

X Congresso Brasileiros de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 2-5 de setembro de 1989

Tema central: Pastoral da promoção da saúde; Valores cristãos na área da saúde

Assuntos discutidos:

1) Igreja e saúde: panorama mundial e latino-americano da saúde; evolução da questão da saúde no Brasil a partir da nova Constituição; **2)** Saúde pública: visão histórica, situação e perspectivas;

3) Saúde comunitária e medicina alternativa: MOPS – Movimento Popular de Saúde: visão histórica, situação atual, problemas e perspectivas; **4)** AIDS e saúde pública: questionamentos éticos emergentes na realidade da saúde brasileira; **5)** Propostas de organizações internacionais e nacionais de saúde: análise crítica e perspectivas para o futuro; **6)** Caridade, misericórdia, compaixão e solidariedade no mundo da saúde; **7)** As virtudes cardeais no mundo da saúde: a fé, a esperança e a caridade.

Temas em salas paralelas:

Como fazer Pastoral da Saúde com doentes portadores do vírus HIV?; Assistência integral a pacientes terminais; Serviço de psicologia no hospital; O voluntariado nos hospitais, uma experiência pastoral no hospital da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (SP); Uma experiência de saúde comunitária na Diocese de Caçador (SC); e Aconselhando os doentes.

1990

XI Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 6-9 de setembro de 1990

Tema central: A mulher e o idoso

Assuntos debatidos:

A campanha da Fraternidade - 1990 e a mulher; Mulher na bíblia; O papel da mulher na área da saúde; A mulher e a violência (Delegacia da Mulher de São Paulo); A mulher e a sexualidade na sociedade brasileira; A CRB a serviço da saúde; Maria: Mulher libertadora; O problema demográfico e os idosos; Geriatria e gerontologia; Aspectos médico-sociais do envelhecimento; Idosos e justiça social; A sexualidade no idoso; A questão da aposentadoria (legislação) e a

situação dos aposentados; Como envelhecer saudavelmente?; Pastoral com os idosos.

1991

XII Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 6 - 8 de setembro de 1992

Tema central: Curas: medicina e religião

Assuntos discutidos:

1) Parapsicologia e cura, A cura e o espiritismo, A saúde no Brasil – realidade e perspectivas; **2)** A cura no esoterismo, O sofrimento humano na perspectiva latino-americana, A cura na perspectiva bíblica, A cura na homeopatia, Ministério junto aos que sofrem, A cura nas medicinas alternativas: uma visão orgânica, A cura nos santuários, Visão científica da cura; **3)** A cura pela imposição das mãos, Como orar em tempo de sofrimento; Aids: um desfio para a pastoral, A cura na perspectiva do movimento carismático católico; **4)** A cura e as medicinas alternativas; Uma visão geral das práticas médicas alternativas; como organizar a Pastoral da Saúde na Paróquia; A relação de ajuda como instrumento de cura; A visão científica da cura hoje.

Cursos Paralelos - A saúde no Brasil realidade e perspectivas; Ministério junto aos que sofrem; Os sacramentos na Pastoral da Saúde.

1992

XIII Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 5-7 de setembro de 1992

Tema central: Nova evangelização e saúde

Assuntos discutidos:

1) Nova Evangelização: realidade, política da saúde e desafios para a atuação da Igreja; **2)** Nova Evangelização na celebração dos 500 anos de cristianismo na América Latina (Santo Domingo); **3)** Nova Evangelização e Vida Religiosa atuante na área da saúde no Brasil; **4)** Nova Evangelização, Saúde e Pastoral Urbana; **5)** Nova Evangelização e medicina; **6)** Os desafios da nova evangelização na realidade hospitalar; **7)** Nova Evangelização e a pastoral junto à mulher marginalizada; **8)** Nova Evangelização e os desafios: problemas dos progressos e descobertas das ciências biológicas para o ser humano, hoje; **9)** Nova Evangelização e formação de profissionais da saúde; **10)** Nova Evangelização e a Bíblia no mundo da saúde; **11)** Nova Evangelização, saúde popular e religião; **12)** O que temos de aprender destes evangelizadores na área da saúde: Luiza de Marillac, Camilo de Lellis, Vicente de Paula e São João de Deus?; **13)** Experiências pastorais em andamento em dioceses, paróquias e hospitais; **14)** Nova Evangelização e a dimensão celebrativa (litúrgica) no mundo da saúde.

1993

XIV Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 4 - 6 de setembro de 1993

Tema central: A Pastoral da saúde e saúde pública

Assuntos discutidos:

1) A Conferência de Santo Domingo e a Pastoral Social (Saúde); **2)** A saúde pública no Brasil: conceito, evolução histórica, atualida-

de e perspectivas; **3)** Saúde e política governamental no atual momento histórico; 4) Ética e saúde pública; **5)** A situação dos hospitais filantrópicos e sua contribuição para a saúde comunitária; **6)** Saúde e medicalização; **7)** A formação de agentes na área da saúde comunitária: metodologia e desafios; **8)** Alternativas na saúde: alimentação e ervas naturais (Experiência); **9)** Saúde pública: movimentos populares de saúde (MOPS); **10)** Tecnologia alternativa de saúde (TAPS): Histórico, objetivos (filosofia) e atuação na área da saúde; **11)** Pastoral da Saúde e saúde pública; **12)** Que espiritualidade cultivar para estar a serviço da saúde e da vida, hoje?

Sala paralela:

1) Pastoral Clínica: contexto hospitalar; **2)** A comunicação não verbal como fator de humanização nas relações interpessoais na área da saúde; **3)** Serviço de Psicologia no hospital como fator humanizante; 4) Como custear a saúde?; **5)** Pastoral da Saúde/CNBB; 6) O perfil do agente de Pastoral da Saúde; **7)** Assistência humanizada e espiritual ao doente de AIDS; **8)** Pastoral da Unção dos Enfermos; **9)** A Bíblia e a saúde; **10)** Oração, cura e saúde.

1994

XV Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 4 - 6 de setembro de 1994

Tema central: Saúde mental

Assuntos discutidos:

1) Saúde mental: os profissionais; **2)** Saúde mental: a instituição; **3)** A saúde mental: os beneficiários; **4)** Saúde mental: aspectos históricos e religiosos; **5)** Brasil: alternativas e protagonistas (CNBB)- Conclusões da 2ª. Semana Social Brasileira. **6)** Consequências para a área da saúde; **7)** Visão Bíblico-Teológica da doença mental; **8)**

Psicologia e fé no aconselhamento pastoral; **9)** Voluntariado: a força da solidariedade subterrânea (Experiência da AACD).

1995

XVI Congresso Brasileiro de Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 7-9 de setembro de 1995

Tema central: A saúde e os excluídos

Assuntos discutidos:

1) Diretrizes da ação evangelizadora da Igreja no Brasil – 1995-1998; **2)** Conjuntura sociopolítico-econômica brasileira; **3)** Realidade da saúde no país: para onde vai SUS?; Direito à saúde?; Reforma constitucional?; Financiamento da saúde?; Instituições hospitalares filantrópicas?; **4)** Jesus e os excluídos (Mc 5); **5)** A parábola do curador ferido e a relação de ajuda; **6)** Pastoral com os portadores do vírus HIV: iniciativas de solidariedade, realizações, desafios socioculturais Brasil - Estados Unidos; **7)** O grito dos portadores de patologias crônicas, idosos e drogas; **8)** Pastoral da Saúde na América Latina e Caribe: iniciativas em curso na região e documento de Quito (Equador).

No auditório menor:

1) Apresentação da experiência de Pastoral da Saúde nas dioceses de Santos (SP) e São José dos Campos (SP); **2)** Experiências na área de saúde pública e saúde comunitária; **3)** O serviço de pastoral no hospital – experiência a partir da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; **4)** O capelão hospitalar: sua identidade e missão no mundo da saúde; **5)** Formação de agentes de Pastoral da Saúde

Implantação e organização da Pastoral da saúde nas instituições hospitalares.

1996

XVI Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Data: São Paulo

Local: 6 - 8 de setembro de 1996

Tema central: Juntos faremos acontecer a vida: Saúde e justiça

Assuntos discutidos:

1) Painel sobre o vídeo – "Saúde e qualidade de vida" (Paulinas/ICAPS); 2) Saúde e cidadania; 3) Saúde e Pastoral da saúde (dimensão solidária); 4) Saúde e comunicação; 5) Saúde e questão de gênero; 6) Saúde e Bioética; 7) Saúde e justiça; 8) Rumo ao 3º. Milênio – projeto de Evangelização da CNBB (1977-1999); 9) O grito da saúde: Envelhecer com dignidade no Brasil de hoje!; 10) Cidadania e direitos do paciente; 11) Manifestações das regiões sobre experiências de Pastoral da Saúde; 12) Informe sobre a X Conferência Nacional de Saúde e conclusões da reunião dos coordenadores de Pastoral da Saúde.

1997

XVII Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 5 - 7 de setembro de 1977

Tema central: Políticas públicas de saúde e terapias naturais em saúde

Temas discutidos:

1) Marcos da Política Internacional de Promoção da Saúde; **2)** Assistência Médico Sanitária no Brasil; **3)** História das políticas públicas de saúde no Brasil até o surgimento do SUS; **4)** SUS: dá ainda para acreditar? Realidade, desafios e perspectivas; **5)** Dimensão Político-Institucional da Pastoral da saúde e o controle social.

Terapias Naturais:

1) Ecologia Humana – Qualidade de Vida; **2)** Acupuntura; Essências Florais; Homeopatia Popular; Massoterapia; Iridiologia; Cinesiologia; Fitoterapia e Medicina Ayurvédica

Cartilha da Pastoral da Saúde

1) Documento conclusivo (carta de São Paulo); **2)** Celebração de envio.

1998

XVIII Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 5 - 7 de setembro de 1998

Tema central: O Espírito Santo: animador da pastoral da saúde

Questões discutidas:

1) Espiritualidade e saúde hoje; **2)** Importância da oração para o agente de pastoral da saúde; **3)** Agente de Pastoral: Educador e transformador; **4)** O que significa para mim o sofrimento do outro; **5)** Oração e cura na Bíblia; **6)** A prática pastoral dos grandes santos; **7)** Práticas pastorais: caridade, misericórdia e solidariedade; **8)** Como ser agente de pastoral e entender o sofrimento do outro; **9)** Oração do agente de pastoral: para quem sofre e para quem cuida dos que sofrem.

1999

XIX Congresso de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo,

Data: 5 - 7 de setembro de 1999

Tema central: Envelhecer com dignidade

Assuntos Discutidos:

1) Panorama do envelhecimento no Brasil e no mundo; **2)** As transformações fisiológicas, mentais e psicológicas do envelhecimento; **3)** Espiritualidade na terceira idade; **4)** Cidadania, direitos e qualidade de vida do idoso; **5)** Como atender o idoso na família; **6)** Doenças comuns do idoso: diabetes, hipertensão e Alzheimer; **7)** Aspectos psicológicos e psiquiátricos no processo do envelhecimento; **8)** Experiências de grupo de 3ª idade: GAMIA, NADI e PROVIDI; **9)** Desafios da Pastoral do Idoso.

2000

XX Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 7 - 9 de setembro de 2000

Tema central: Saúde e Dignidade Humana

Assuntos discutidos:

1) História da saúde no Brasil e no mundo e perspectivas para o futuro; **2)** Quem cuida de quem cuida?; **3)** O que entender por dignidade?; **4)** A saúde da família; **5)** Experiência de trabalho voluntário a domicilio; **6)** Bioética e dignidade humana no trabalho; **7)** Dignidade na assistência espiritual; **8)** Dignidade na assistência ao doente: visão médica, visão do doente e direito do doente; **9)** Atendimento domiciliar: modelo de dignidade; **10)** Experiência de organização da pastoral da Saúde na diocese e no hospital; **11)** Perfil dos santos da caridade.

2001

XXI Congresso Brasileiro de Humanização Pastoral da Saúde

Data: 7, 8 e 9 de setembro de 2001

Tema: Drogas: o desafio do milênio

Assuntos Discutidos:

1) CF 2001 – Vida sim, drogas não; **2)** Aspectos da drogadição: conceitos fundamentais; **3)** A influência das drogas na sociedade; **4)** As drogas que encontramos na esquina; **5)** A influência da espiritualidade na recuperação dos usuários; **6)** Experiências concretas de prevenção; **7)** O papel da família, da escola e da comunidade na prevenção das drogas; **8)** Tratamento aos dependentes químicos: experiências concretas; **9)** Pastoral da sobriedade; **10)** Experiências dos grupos de mútua ajuda: Amor exigente, neuróticos anônimos, narcóticos anônimos e alcoólicos anônimos

2002

XXII Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Data: 6, 7 e 8 de setembro de 2002

Tema: A Pastoral da Saúde nas Dimensões Solidária, Comunitária e Político-Institucional

Assuntos Discutidos:

1) Cultura Indígena como fonte de vida; **2)** Fundamentos bíblico-teológicos da pastoral da saúde; **3)** Como visitar o doente: aspectos práticos; **4)** A leitura bíblica na pastoral da saúde; **5)** Religião e saúde mental; **6)** Como organizar a pastoral na paróquia; **7)** Como trabalhar a dimensão comunitária; **8)** A espiritualidade do agente de pastoral; **9)** A responsabilidade do agente da pastoral na política de saúde; **10)** Os movimentos neopentecostais (carismáticos) na pastoral da saúde; **11)** A posição da pastoral da saúde diante das práticas alternativas de saúde.

2003

XXIII Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Data: 6 e 7 de setembro de 2003

Tema: Qualidade de Vida na Pastoral da Saúde

Assuntos Discutidos:

1) O cuidar de si e do outro no Novo Testamento; **2)** Interface: Cuidado e curador ferido; **3)** Cuidado e espiritualidade: um caminho para a transformação; **4)** Psicodrama – Cuidando do cuidador: desafios para os agentes; **5)** Amar o idoso que está em você; **6)** Promoção do envelhecimento saudável; **7)** O cidadão idoso; **8)** Alegria em meio ao sofrimento; **9)** Biblioterapia: uma ação pastoral; **10)** Pastoral através de histórias.

2004

XXIV Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Data: 5 e 6 de setembro de 2004

Tema: Os Novos Desafios da Pastoral da Saúde

Assuntos Discutidos:

1) Como vai a pastoral da saúde no Brasil; **2)** Vigília Social da água: estratégias de cidadania; **3)** Pastoral da saúde na Colômbia e Família Camiliana; **4)** A pastoral da saúde e o voluntariado no mundo moderno; **5)** Pastoral da saúde através do silêncio; **6)** A pastoral da saúde diante da morte no contexto hospitalar; **7)** A comunicação como parte da humanização; **8)** Competência, solidariedade e sensibilidade: desafios da dimensão solidária; **9)** Experiência do Centro de Valorização da Vida; **10)** O agente de pastoral como esperança da cidadania e da vida; **11)** Despedir-se da vida com dignidade.

2005

Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Data: 10 e 11 de setembro de 2005

Tema: Celebrando 25 anos

Assuntos Discutidos:

1) História dos congressos; As conquistas na área da saúde; **2)** Descobertas científicas, desafios éticos e bioéticos; **3)** Campanha da Fraternidade e Pastoral da Saúde; **4)** Novidades da Coordenação Nacional da Pastoral da Saúde da CNBB; **5)** A importância do cuidado de si mesmo; **6)** Aspectos médicos dos cuidados paliativos; **7)** Aspectos práticos no controle da dor; **8)** Aspectos sociais dos cuidados paliativos; 9) Aspectos teológicos e pastorais dos cuidados paliativos; Aspectos psicológicos dos cuidados paliativos; Dia mundial dos cuidados paliativos; Prática saudável de vida; Hipertensão arterial: um mal invisível; Obesidade: um mal evidente.

2006

XXVI Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Data: 2 e 3 de setembro de 2006

Tema: A Pastoral da Saúde diante das deficiências

Assuntos Discutidos:

1) Fraternidade e pessoas com deficiências: ganhos e desafios; Doença e deficiência mental: aspectos médicos; **2)** A contribuição dos centros de reabilitação; **3)** Apresentação de atividades feitas por pessoas com deficiências; **4)** Testemunhos de pessoas com deficiências; Atenção humanizada ao deficiente e doente mental; **5)** Aspectos médicos, psicológicos e pastorais; **6)** A evangelização no mundo da saúde; **7)** Experiências práticas – Diocese, e hospital; **8)** Agente de Pastoral da Saúde e exercício da cidadania; **9)** Orientações práticas e legais nas terapias alternativas; **10)** Atividades

terapêuticas; **11)** Sacramento ou sacramentalismo na Pastoral da Saúde; **12)** A terapia da escuta na Pastoral da Saúde; **13)** Os desafios da Pastoral da Saúde nas dimensões solidária, comunitária e político-institucional.

2007

XXVII Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Data: 7 e 8 de setembro de 2007

Tema: Pastoral da Saúde: desafios eclesiais, eticoambientais e sociopolíticos

Assuntos Discutidos:

1) A Pastoral da Saúde na Igreja: níveis de responsabilidade dos padres, bispos, leigos e religiosos; **2)** O futuro da Igreja e as perspectivas para a Pastoral da Saúde; Saúde e meio ambiente; **3)** Amazônia: reflexos da Campanha da Fraternidade 2007; **4)** Bioética e meio ambiente; **5)** Aquecimento global: verdades e mitos; **6)** A Pastoral da Saúde na CNBB no contexto da saúde no Brasil; **7)** Distúrbios alimentares: anorexia e bulimia; **8)** Assistência pastoral no mundo moderno; **9)** A organização da assistência religiosa no hospital – Experiência do CARE Comitê de Assistência Religiosa, do Hospital das Clínicas de São Paulo; **10)** A organização da Pastoral da Saúde na diocese; **11)** Psicologia, Psicanálise e Fé Religiosa.

2008

XXVIII Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Data: 6 e 7 de setembro de 2008

Tema: Qualidade de Vida: você também é responsável

Assuntos Discutidos:

1) Escolha, pois, a vida. A contribuição da Campanha da Fraternida-

de; **2)** Planejamento estratégico na pastoral da saúde; **3)** O contexto atual das dimensões da pastoral da saúde; **4)** Aspectos preventivos das doenças: Crônicas degenerativas – Doenças tropicais – Doenças cardiovasculares; **5)** Doação de órgãos: obrigação e solidariedade; **6)** Doação de ossos: uma necessidade urgente; **7)** Aspectos técnico-científicos referentes ao uso das células-tronco; **8)** A espiritualidade como fonte de saúde; **9)** Hábitos saudáveis de vida: uma necessidade urgente; Nutricionista, médico e educador físico.

2009

XXIX Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Data: 5 e 6 de setembro de 2009

Tema: Saúde e Religião

Assuntos Discutidos:

1) A banalização da vida na sociedade atual; **2)** A paz é fruto da justiça: os direitos fundamentais do ser humano: saúde, segurança e educação; **3)** A importância da motivação no trabalho solidário; **4)** A espiritualidade no mundo da saúde: aspectos científicos e pastorais; **5)** A liturgia cura – palavras e gestos sacramentais na assistência aos doentes; **6)** A contribuição da religião na recuperação de dependentes; **7)** A meditação como fonte de saúde e bem-estar; **8)** Cura e curandeirismo: realidade e ilusão; **9)** Os gestos de cura na bíblia: aspectos pastorais; **10)** Câncer: o mal silencioso.

2010

XXX Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Data: 4 e 5 de setembro de 2010

Tema: 30 anos de Pastoral da Saúde: refletir sobre a história, olhar o futuro

Assuntos Discutidos:

1) 30 anos de Congresso de Pastoral da Saúde: refletir sobre a história e pensar o futuro; **2)** Fraternidade e Economia: a relação entre economia e saúde; **3)** Os leigos na igreja e a sua relação com a Pastoral da Saúde; **4)** Discípulos missionários no mundo da saúde: guia da Pastoral da Saúde para a América Latina e Caribe; **5)** Assembleia dos coordenadores diocesanos da Pastoral da Saúde; **6)** Segurança e saúde pública: prioridades nacionais; **7)** Política de saúde e humanização: 30 anos de Pastoral da Saúde; **8)** A comunicação na visita aos enfermos: aprendendo com Jesus a ser solidário com os enfermos; **9)** Vida saudável na velhice.

2011

XXXI Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Data: 3 e 4 de Setembro de 2011

Tema: Pastoral da Saúde para os tempos atuais: da solidariedade ao controle social

Assuntos Discutidos:

1) O pluralismo da sociedade atual e do mundo da saúde; **2)** Fraternidade e vida no planeta: a relação entre meio ambiente e saúde; **3)** A contribuição da Pastoral da Saúde no mundo da saúde: uma visão externa; **4)** Novos modelos de capelania para os tempos atuais; **5)** Assembleia dos coordenadores diocesanos da Pastoral da Saúde; **6)** Sustentabilidade, humanização e políticas de saúde; **7)** A contribuição da Pastoral da Saúde no contexto social: saúde pública e controle social; **8)** A motivação do agente de pastoral da saúde para atuar nas três dimensões; **9)** A Pastoral da Saúde e os cuidados paliativos frente a pacientes crônicos e terminais.

2012

XXXII Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde

Local: São Paulo

Data: 7 - 8 de setembro de 2012

Tema: A Pastoral da Saúde na Sociedade Brasileira: desdobramentos da Campanha da Fraternidade 2012

Temas discutidos:

1) Repercussão da Campanha da Fraternidade; **2)** O Sistema Público de Saúde do Brasil: desafios e perspectivas; **3)** Apresentação da Cartilha da Pastoral da Saúde; **4)** Assistência Pastoral entre a vida e a morte: casos reais; **5)** A Pastoral da Saúde a partir da perspectiva do Vaticano II e de Aparecida; **6)** Fundamentos da humanização hospitalar; **7)** O que podemos fazer para aqueles que estão em fase terminal: experiências concretas; **8)** Fraternidade de Saúde Pública: ações concretas das Entidades Camilianas; **9)** O papel do assistente religioso junto aos doentes, familiares e profissionais da saúde.

3.3 À GUISA DE CONCLUSÃO

Esses Congressos despertaram muitas iniciativas de eventos, cursos, jornadas e congressos religiosos nas mais distintas dioceses do Brasil. Onde os Camilianos estão presentes com alguma obra no âmbito da saúde e coordenam em nível diocesano a Pastoral da Saúde, realizam-se anualmente, jornadas e/ou congressos de Pastoral da Saúde. É o que ocorre hoje em São Paulo, Santos (SP), Rio de Janeiro, Cachoeiro do Itapemirim (ES), Diocese de Caçador (SC), Diocese de Joaçaba (SC); Fortaleza (CE) e Macapá (AP).

O público que frequenta esses eventos são os agentes de Pastoral da Saúde, ministros da Eucaristia e integrantes de vários movimentos de Igreja e profissionais da saúde. Em algumas dioceses, como o que ocorre na arquidiocese de São Paulo,já há 30 anos, são ministrados cursos de fundamentação de Pastoral da Saúde, de duração anual, com encontros semanais aos sábados pela manhã, tendo como objetivo a formação de agentes de Pastoral da Saúde, que atuarão em hospitais, em visitas a domicílio e em suas comunidades eclesiais, especialmente no cuidado dos doentes.

Os Camilianos e a Pastoral da Saúde



Capítulo 4



História dos Congressos de Ética, Humanização e bioética

Introdução

Esses eventos ligados à ética da saúde e Bioética são pioneiros no Brasil, atraíram grande participação de público, principalmente de profissionais da saúde, docentes de Ética e Bioética de inúmeras universidades brasileiras e pesquisadores no âmbito da saúde sensíveis às questões humanísticas e éticas.

Quando da criação oficial da Sociedade Brasileira de Bioética (março de 1995), nós paramos a realização desses congressos e somamos esforços conjuntos com esta entidade nacional de promoção de educação em bioética.

Essa "fase camiliana" registrada neste capítulo constitui-se praticamente na pré-história da bioética brasileira. Aqui temos as primeiras sementes de implantação de várias iniciativas educacionais na área da bioética no âmbito das instituições camilianas brasileiras. Entre outras, mencionamos: o curso de pós-graduação *Lato-sensu* em bioética e Pastoral da Saúde (Cf. Capítulo 6) e a pós-graduação *Stricto-sensu* em bioética - mestrado (2004); doutorado (2008) e pós-doutorado (2012), ministrados pelo **Centro Universitário São Camilo-SP**.

Até o presente momento (outubro de 2012), tivemos a defesa de cento e oito dissertações de mestrado e três teses doutorais.

No âmbito de publicações, fazemos dois destaques: a publicação das revistas científicas "*Bioetikos*" (desde 2006) e "O Mundo da Saúde" que completa, em 2012, 35 anos de publicações ininterruptas. Boa parte dos trabalhos apresentados nesses congressos de Ética da Saúde e Bioética foram publicados nesse periódico científico. Além do mais, essa revista publicou no Brasil os primeiros artigos em bioética, no final dos anos 1970, quando a bioética apenas nascia no início daquela década (EUA, 1970).

Outra publicação a ser destacada é o livro "Bioética e Saúde", em 1987, primeira edição. Este foi o texto utilizado por nós em aulas de bioética nos cursos de pós-graduação em saúde, ministrados pela **São Camilo** em todo o Brasil.

A partir de 1991, esta obra troca de título e passa a se chamar *"Problemas atuais de bioética"*, publicada por Edições Loyola. Hoje ela se encontra na 10ª edição, totalmente ampliada e atualizada. É o livro-texto de formação ética e bioética dos profissionais da saúde, hoje mais utilizado no Brasil, constituindo-se num verdadeiro *Best seller* na área, com mais de 100 mil exemplares vendidos.

4.1 - RELAÇÃO DOS EVENTOS

1988

Pastoral e Ética da Saúde - Curso de extensão

Duas edições: 6 - 10 de junho e 7 - 11 de novembro de 1988

Conteúdo Programático:

1) Realidade sociopolítica e econômica da Saúde no Brasil; 2) Problemas éticos e desafios da bioética no mundo da Saúde; 3) Pastoral da Saúde: aspectos político-sociais, antropológicos, teológicos e bíblicos; 4) O sofrimento humano: a) Na América Latina; b) Perspectivas bíblico-teológicas e antropológico-médicas; c) A visão popular do sofrimento (ideologização); 5) Humanização das instituições de Saúde: sacramentos no mundo da Saúde (unção dos enfermos); 6) A relação de ajuda. Aconselhamento em situações específicas: pacientes terminais, cardiopatas, transplantados, acidentados e outros.

1988

Bioética em discussão - 6 encontros (noites)

Destinatários: Profissionais da saúde, agentes de Pastoral da Saúde, religiosos.

1) 17 de março – O que é bioética?; **2)** 14 de abril – Engenharia genética; **3)** 19 de maio – Fecundação artificial; **4)** 18 de agosto –

Transplantes de órgãos; **5)** 15 de setembro – Os papéis do hospital frente à bioética; **6)** 20 de outubro – O fim da vida (eutanásia, suicídio e morte).

1991 – 1992 – 1993

Cursos Intensivos de Educação Pastoral Clínica

Metodologia da "Clinical Pastoral Education" (EUA)

Datas: 10 - 26 de julho de 1991; 10 - 28 de fevereiro de 1992; 1º. - 28 de fevereiro de 1993.

Metodologia: Experiência de convivência em tempo integral, aprendendo a lidar com os "documentos humanos viventes".

Local: Capelania do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

1993

I Congresso Brasileiro de Bioética e Saúde

Local: São Paulo, Auditório do Centro Universitário São Camilo

Data: 10 - 12 de junho de 1993

Tema central: Questões de bioética de início de vida

Objetivo geral

Aprofundar as questões de bioética emergentes no início da vida, visando a resgatar a dignidade da pessoa humana frente aos avanços técnico-científicos em curso na área da saúde.

Objetivos específicos:

1) Reunir profissionais da saúde, estudiosos e todas as pessoas interessadas na área, para analisar, discutir e partilhar experiências e vivências no campo da bioética; **2)** Aprofundar a

nossa capacidade de entendimento e reflexão pela explanação de assuntos de bioética em geral e sobre alguns temas específicos relacionados ao início da vida; **3)** Criar um grupo de estudo de bioética que seja referencial na área e comunique os resultados aos grupos interessados.

Temas desenvolvidos:

1) Ética na contemporaneidade; **2)** Bioética: histórico, conceito, abrangências e desafios a partir do 3º. mundo; Sociedade e bioética; Bioética e medicina hoje no Brasil; Demografia; **3)** Planejamento familiar e a contracepção no Brasil; Bioética, início da vida, aborto e finalidade da vida; Aborto legal: uma experiência; Aspectos psicológicos com relação à concepção e transmissão da vida; **4)** Concepção medicamente assistida; Engenharia genética e implicações éticas e jurídicas; **5)** Mesa-redonda sobre o posicionamento frente à concepção no Budismo, Protestantismo, Judaísmo, Catolicismo e Espiritismo.

1994

II Congresso Brasileiro de Bioética e Saúde

Tema central: Acerca da morte

Local: Hospital Santa Catarina (Av. Paulista).

Data: 9-11 de maio de 1994

Temas abordados:

1) Bioética e os problemas de final de vida; Estilos de vida e morte – Crenças no além-vida; **2)** Sobre a morte e o morrer – discussão multidisciplinar; **3)** Questões éticas (direitos do paciente) na fase final de AIDS; **4)** A ciência e a morte – morte cerebral/Transplantes de órgãos; **5)** Dor, sofrimento, qualidade de vida e morte; A eutanásia, a distanásia e o morrer com dignidade; **6)** Tratamento paliativo ao paciente terminal na comunidade (equipe multidisci-

plinar de atendimento ao paciente terminal do Centro de Referência de Saúde da Mulher – aspectos: sociais, psicológicos, nutricionais, de enfermagem, de fisioterapia e farmacêuticos; **7)** O hospice: proposta de assistência integral ao doente terminal; **8)** Morrer com dignidade num contexto institucional. Abordagem ao paciente fora de possibilidades terapêuticas (discussão multidisciplinar): aspectos nutricionais, de enfermagem, sociais e médicos; **9)** Dignidade de viver e morrer na realidade brasileira.

1995

III Congresso Brasileiro de Bioética e Saúde

Local: Hospital Santa Catarina (Av. Paulista)

Data: 15-17 de junho de 1995

Tema central: Bioética e genética

Temas abordados:

1) O desenvolvimento da bioética na América Latina – um panorama; **2)** Os princípios fundamentais da bioética; **3)** A alteridade como critério fundamental e englobante de bioética; **4)** A bioética e o conceito de pessoa; **5)** Fundamentos de genética, aconselhamento genético e sua correlação com a Bioética; **6)** O projeto genoma humano; **7)** Engenharia genética: o sétimo dia da criação; **8)** Bioética e clonagem humana na questão dos paradigmas; **9)** Questões de bioética ligadas à reprodução medicamente assistida; **10)** Comissões de bioética nas instituições de saúde: sua função, objetivos e desafios na realidade brasileira; **11)** A Conferência sobre a população da ONU realizada na cidade do Cairo e a bioética; **12)** A bioética: enfoque multifacial (medicina, enfermagem, psicologia, sociologia e teologia).

1997

IV Congresso Brasileiro de Bioética e Saúde

Tema central: Bioética e Globalização

Local: Hospital e Maternidade Santa Catarina;

Data: 14 - 16 de agosto de 1997

Temas abordados:

1) Bioética e saúde da População no Terceiro Mundo; **2)** Princípios de Direito na realidade brasileira; **3)** Bioética e Direito: a ciência e o direito, Comissões de Bioética e o Direito; **4)** o Direito à informação na Bioética; Bioética e genética; **5)** Genética e mulher; Novas técnicas de reprodução medicamente assistida; **6)** O genoma humano; **7)** Bioética, contracepção e aborto; **8)** A questão demográfica no limite do 3º. Milênio; **9)** Contracepção e aborto; a questão ética do aborto; **10)** Bioética e pesquisa em seres humanos – Res. 196/96 – Ministério da Saúde; **11)** Análise ética dos projetos de pesquisa; **12)** Comissões de Ética de pesquisa em humanos; Comunicações: Sociedade Brasileira de Bioética; **13)** III Congresso Mundial de Bioética; **14)** Nova lei de Transplante e doação de órgãos no Brasil.

4.2 - CURSO INTERNACIONAL DE PASTORAL DA SAÚDE

CELAM/ITEPAL, BOGOTÁ, 17/07-11/08/2000

Em colaboração conjunta entre o ITEPAL – Instituto Teológico-Pastoral do CELAM – Conselho Episcopal Latino Americano, o CAMILLIANUM (Roma), o Centro Camiliano de Humanização e Pastoral da Saúde de Bogotá e o Centro Universitário São Camilo (S. Paulo), foi realizado o primeiro curso intensivo de Pastoral da Saúde, com duração de 4 semanas, de 17 de julho a 11 de agosto de 2000. Com participação de 25 pessoas provenientes de diversos países da América Latina e Caribe, Capelães, padres e religiosas que atuam na área da saúde.

Foram quatro módulos fundamentais: **1)**Identidade dos capelães e agentes de Pastoral da Saúde: conteúdos, destinatários e metodologia da ação Pastoral, prof. Pe. Arnaldo Pangrazzi – Camilianum – Roma de 17 a 22 de julho; **2)** Ética e Bioética na América Latina e Caribe, prof. Pe. Léo Pessini – Centro Universitário São Camilo – São Paulo – Brasil de 24 a 28 de julho; **3)** Igreja, comunidade sanante. Psicologia da pessoa enferma, prof. Pe. Luciano Sandrin – Camillianum – Roma de 31 de julho a 05 de agosto; **4)** Relação de ajuda Pastoral, prof. Ir. José Carlos Bermejo (Madri – Espanha) de 07 a 11 de agosto.

A perspectiva é oferecer anualmente esse curso no ITEPAL – CELAM para lideranças da Igreja que atuam na área da saúde para toda a região da América Latina e Caribe. Isso certamente será uma iniciativa fundamental para impulsionar a Pastoral da Saúde, no seu objetivo fundamental de evangelizar e humanizar o mundo da saúde com a intenção de construir uma nova cultura da vida e saúde.

Fonte: Boletim ICAPS – outubro 2000 – n. 180.

Capítulo 4





Capítulo 5

História dos encontros de capelães hospitalares

Introdução

No Brasil, há uma tradição de existência de capelães no âmbito das Forças Armadas: Marinha e Exército, como nos Estados Unidos. No âmbito civil, não temos muitos capelães e estes exercem suas atividades pastorais nas instituições públicas como voluntários. A tendência em termos pastorais é de que os párocos das paróquias onde se situam os hospitais sejam responsabilizados pelo atendimento pastoral nessas instituições, com agentes de Pastoral da Saúde leigos(as).

Nos EUA, a igreja católica exige dos candidatos ao sacerdócio um tirocínio especializado de, no mínimo, seis meses, que corresponde a duas unidades de educação da Pastoral Clínica. Nesse país de forte tradição protestante, temos muitos leigos(as) e religiosos(as) que atuam como capelães. O capelão é um profissional reconhecido, bem remunerado e inserido no âmbito dos cuidados integrais de saúde. A presença feminina é marcante. Católicos e protestantes têm suas associações específicas de capelães, que cuidam de acreditação, educação permanente e atualização profissional de seus membros com publicações específicas e eventos especializados.

Uma metodologia comum de aprendizado e trabalho une essas duas tradições cristãs. Trata-se da *Clinical Pastoral Education,* que tem como filosofia de base "*Learning by dealing with living human documents*" (Aprendendo a lidar com documentos humanos viventes).

Neste capítulo, apresentamos os esforços seminais de formação e organização de capelães hospitalares. A partir do ano 2000, esses congressos assumem uma característica ecumênica com a participação de várias igrejas evangélicas históricas e coordenadas pela ACEHB (Associação Cristã de Assistentes Espirituais Hospitalares do Brasil).

5.1 - RELAÇÃO DOS ENCONTROS DE CAPELÃES HOSPITALARES

1989

I Seminário sobre Pastoral da Saúde e o Clero no Mundo Atual

Local: São Paulo

Data: 31 de agosto - 1º. de setembro de 1989

Temas apresentados:

1) A importância da Pastoral da Saúde na Pastoral Orgânica; **2)** A pastoral da Saúde em nível de Igreja Universal; **3)** Capelães no mundo da saúde (realidade brasileira); **4)** Temas de bioética: AIDS, aborto e eutanásia.

1990

II Encontro de Capelães Hospitalares do Brasil

Data: 15 - 16 de maio de 1990

Temas abordados:

1) O Hospital hoje: função e razão de ser; **2)** Pluralismo religioso nas instituições de saúde; **3)** Visão teológica sobre Igreja e Salvação hoje; **4)** Profissionais da saúde e Pastoral num contexto secularizado; **5)** O capelão hospitalar na realidade brasileira: entidades de classe, colaboração de leigos etc.

1991

III Encontro Nacional de Capelães Hospitalares

Local: São Paulo

Data: 4-5 de março de 1991

Temas apresentados:

1) A Pastoral da Saúde no mundo de hoje: fundamentação bíblica; **2)** A pastoral da saúde: realidade brasileira, desafios e perspectivas à ação dos agentes; **3)** O Serviço de Pastoral da Saúde no hospital: razão de ser, desafios; **4)** Identidade e função do capelão hospitalar e dos agentes de Pastoral da Saúde; **5)** A criação da Associação dos Capelães hospitalares.

1992

IV Encontro de Capelães Hospitalares do Brasil

Local: São Paulo

Data: 10 - 11 e março de 1992

Temas apresentados:

1) Relação de ajuda na abordagem pastoral; Bioética: desafio para a Pastoral.

1993

V Encontro de Capelães hospitalares do Brasil

Local: São Paulo

Data: 9 - 10 de março de 1993

Tema: O hospital hoje: desafios e perspectivas para a Nova Evangelização.

1994

VI Encontro de Capelães Hospitalares do Brasil

Local: São Paulo

Data: 7-8 de março de 1994

Tema: A relação de ajuda pastoral

Temas apresentados:

1) Reflexões ético-teológico-pastorais sobre a encíclica *Veritatis Splendor*; **2)** Desafios da AIDS para a moral missionária no contexto da saúde, hoje; **3)** A relação de ajuda na Pastoral: motivação, introdução, fundamentos, conceitos básicos; **4)** Associação de Capelães Hospitalares do Brasil

1995

VII Encontro de Capelães hospitalares do Brasil

Local: São Paulo

Data: 7-8 de março de 1995

Tema central: A Pastoral Hospitalar e o diálogo multidisciplinar.

Temas apresentados:

1) Saúde – pastoral hospitalar e os excluídos; **2)** A capelania hospitalar e o diálogo multidisciplinar; **3)** Pastoral hospitalar – desafios do hospital multidisciplinar a partir da experiência do HCFMUSP; **4)** Relato de experiência sobre o diálogo multidisciplinar nas capelanias hospitalares de Curitiba; **5)** Relato de experiências de pastoral Hospitalar – relacionamento multidisciplinar nos Hospitais da Goldem Cross e Amico.

1996

VIII Encontro de Capelães hospitalares do Brasil

Local: São Paulo

Data: 12-13 de março de 1996

Tema: Diretrizes para a ação evangelizadora no mundo hospitalar

Temas apresentados:

1) Evangelização no mundo da saúde; **2)** Apresentação de experiências de evangelização no mundo hospitalar; **3)** Elaboração de uma cartilha sobre o trabalho da Capelania Hospitalar.

1997

IX Encontro de Capelães Hospitalares do Brasil

Local: São Paulo

Data: 11-12 de março de 1997

Tema Central : A fé e a cura

1) A cura e a Bíblia: O que a Bíblia fala da cura? Como a cura acontece na Bíblia? O sentido amplo da cura?; **2)** Parapsicologia e a Cura: visão parapsicológica da cura; **3)** Doenças psicossomáticas: Relação corpo-psique; **4)** A ciência e a cura na visão médica.

1998

X Encontro de Capelães Hospitalares do Brasil

Local: São Paulo

Data: 10 - 11 de março de 1998

Temas apresentados:

1) O sofrimento na Bíblia e o sentido cristão do sofrimento humano; **2)** As múltiplas faces do sofrimento; **3)** Quais os caminhos para diminuir os diversos tipos de sofrimento; **4)** Quais os caminhos para diminuir a dor e o sofrimento. Experiências dos Hospices; **5)** O valor do Sofrimento humano (*Salvifici doloris*).

1999

XI Encontro de Capelães Hospitalares do Brasil

Local: São Paulo

Data: 9 - 10 de março de 1999

Temas apresentados:

1) Missão do Capelão junto aos doentes; **2)** A atuação do capelão no esclarecimento da fé; **3)** Religião Saúde e Doença; **4)** O que a fé e a religião podem contribuir no fator psíquico, físico e social do doente; **5)** A importância da oração na cura dos doentes; **6)** Como a fé pode ajudar na cura dos doentes.

5.2 - CONGRESSOS ECUMÊNICOS DE CAPELANIA HOSPITALAR

2000

I Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistência Espiritual Hospitalar

Local: São Paulo

Data: 17-19 de outubro de 2000

Tema Central: Cuidando do enfermo: novos desafios para a assistência espiritual

Temas apresentados:

1) História da assistência espiritual e a atualidade da capelania hospitalar no Brasil e no mundo; **2)** A capelania hospitalar como parte integrante da evangelização; **3)** Mesa-redonda: a assistência espiritual na visão multiprofissional da saúde; **4)** Bioética e espiritualidade no fim da vida: diálogo com pacientes, familiares e profissionais da saúde

2001

II Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistentes Espirituais Hospitalares

Local: São Paulo (SP)

Data: 1 - 3 de outubro de 2001

Palestras:

- Cursos: 1) Bioética; **2)** Introdução aos cuidados paliativos; **3)** Reflexão em assistência espiritual.

1) A espiritualidade na formação Universitária e o exercício Profissional; **2)** A influência da fé e religião na vida e saúde.

- Mesa-redonda:

1) O papel do assistente espiritual no ambiente hospitalar; **2)** O voluntariado e seu papel na assistência espiritual hospitalar; **3) Mesa-redonda:** Vida e saúde nos momentos de crise.

2002

III Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistentes Espirituais Hospitalares

Local: Ulbra Canoas – Porto Alegre (RS).

Data: 21-23 de outubro de 2002

Palestras: Desafios da Assistência Espiritual no Mundo da Saúde;

- Cursos: a) A morte na visão antropológica, filosófica e teológica; **b)** Noções de psicologia na assistência espiritual;

1) A cura dos doentes na Bíblia; **2)** A mística de Cristo na Assistência espiritual; **3)** O voluntariado em Assistência Espiritual, sua preparação e atuação.

- Mesa-redonda:

1) Medicina humanizada e assistência Espiritual; **2)** Compartilhando experiências: 3 sessões; **3)** Atuando como assistentes espirituais (estudos de caso); **4)** Projetando a assistência espiritual (seus objetivos e seus meios).

2004

IV Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistentes Espirituais Hospitalares

Local: Santuário Mãe Rainha – Km 78 da Rodovia Dom Pedro I – Atibaia (SP).

Data: 18-20 de outubro de 2004

Palestras:

1) Evangelização e espiritualidade na saúde; **2)** A realidade e as necessidades do paciente e familiares.

- Mesa-redonda: 1) A interação entre assistência espiritual, psicologia e psiquiatria; **2)** O agente hospitalar e o corpo hospitalar; **3)** Mensagem do congresso e encaminhamentos.

2005

VI Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistentes Espirituais Hospitalares

Local: Instituto Salete – Jd. Social – Curitiba (PR)

Data: 17-19 de outubro de 2005

Tema: Vida e esperança no limiar da morte

Palestras:

1) A vida diante da morte; **2)** A esperança cristã – Escatologia e escatologias; **3)** Humanização no hospital – discurso e realidade; **4)** Partilha de experiências; **5)** O assistente espiritual diante da morte

– lidando com pessoas de diferentes idades; **6)** Mensagem do VI encontro e encaminhamentos diversos.

2006

VII Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistentes Espirituais Hospitalares

Data: 16 - 18 de outubro

Tema: A assistência espiritual como atuação humanizadora no contexto hospitalar.

2007

VIII Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistentes Espirituais hospitalares

Local: Santa Catarina

Data: 15 - 17 de outubro de 2007

Tema: Ética e cuidados no contexto hospitalar

2008

IX Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistentes Espirituais Hospitalares

Local: São Paulo (SP) – Faculdades Anchieta – Via Anhanguera.

Data: 27 - 29 de outubro de 2008

Tema central: A prática da espiritualidade ecumênica no ambiente hospitalar

Palestras:

1) Como entender a espiritualidade hoje? Aspectos técnico-cien-

tíficos e bíblico-teológicos; **2)** Troca de experiências – Hospital das Clínicas da UNICAMP – Campinas; **3)** A comunicação na assistência religiosa aos doentes; **4)** Possibilidades de práticas ecumênicas na assistência espiritual hospitalar; **5)** Escuta ativa; **6)** Assistência pastoral às pessoas idosas; **7)** Os mecanismos de defesa na assistência espiritual; **8)** Informes administrativos e mensagem do Congresso.

2009

X Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistentes Espirituais Hospitalares

Local: Casa de Cursilhistas em Curitiba (PR).

Data: 26-28 de outubro de 2009

Tema central: Valorizando o(a) assistente espiritual Hospitalar

Palestras:

1) O cuidado no aspecto bíblico-teológico; **2)** Cuidado aos assistentes espirituais hospitalares; **3)** Debates em grupos/troca de experiências; **4)** Morte e ressurreição; **5)** Cuidado a pacientes terminais e cuidados paliativos; **6)** Treinamento de atendimento a doentes terminais; **7)** Cuidado a Profissionais da Saúde; **8)** Mensagem/celebração do envio/encerramento.

2010

XI Congresso Brasileiro ecumênico de Assistência Espiritual Hospitalar

Local: CECREI – Centro de Espiritualidade Cristo Rei – São Leopoldo (RS), próximo à Universidade Unisinos.

Data: 25 - 27 de outubro de 2010

Tema central: A Comunicação na Assistência Espiritual Hospita-

lar: paciente, Família, Instituição.

Palestras:

1) A comunicação não verbal e simbólica; **2)** Ajudando na comunicação entre paciente, família e instituição; **3)** A perspectiva bíblica de comunicação: "O jeito de Jesus"; **4)** Ecumenismo; **5)** Assistência em UTI; assistência a crianças; **6)** Uso da música na visitação hospitalar; **7)** Atendimento pastoral a doentes terminais; **8)** Curas e milagres; **9)** Treinamento de atendimento pastoral a enfermos.

OBS:

1) Esses Congressos Brasileiros Ecumênicos de Assistência Hospitalar foram organizados e coordenados pela ACEHB - Associação Cristã de Assistentes Espirituais Hospitalares do Brasil.

2) Muitos desses Congressos, ao final dos trabalhos, redigiram uma mensagem como a que reproduzimos na página seguinte.

2012

XIII Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistência Espiritual Hospitalar

Local: Itaici, Indaiatuba (SP)

Data: 23 - 25 de outubro de 2012

Tema Central: Assistência Espiritual em Hospital Hoje

Palestras:

1) Bioética, Novos Paradigmas para a Saúde - Indicações; **2) Bioética e Espiritualidade na Saúde** - A busca de sentido de vida; **3) O Hospital Público e o Serviço de Capelania** - A visão do gestor; **4) O SUS - Proposta e Desafios Hoje** - Conceitos, objetivos e ações; **5) Assistência Espiritual em Hospital Hoje** - Modelos e propostas de Capelanias.

5.3 - Mensagem do X Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistência Espiritual Hospitalar

Curitiba, 16-18 de outubro de 2009.

O X Congresso Brasileiro Ecumênico de Assistência Espiritual Hospitalar, realizado em Curitiba, de 26 a 28 de outubro de 2009, foi de intensa consciência ecumênica e fraterna. A proposta do Congresso é de reunir pessoas com um mesmo sentimento e uma mesma visão, de servir ao próximo como a si mesmo e refletir nesses dias o seu papel na Assistência Espiritual Hospitalar.

Estiveram reunidos 128 congressistas, sob a coordenação da ACAEHB (Associação Cristã de Assistentes Espirituais Hospitalares do Brasil) com pessoas vindas dos estados de MG, MS, SP, RJ, PR, SC e RS.

O tema abordado do Congresso foi: "Valorizando o/a Assistente Espiritual Hospitalar". O local de reunião foi na Casa de Cursilhos de Curitiba. Os Congressos vêm sendo uma oportunidade para a reflexão nos caminhos indicados pelo Mestre Jesus, o ato de servir ao próximo que está em momentos de enfermidade, frágil e necessitando ser ouvido e amparado.

Questionaram-se os princípios da Bioética regidos pela: beneficência/maleficência do profissional, autonomia do paciente e justiça, propondo-se um modelo de Bioética de alianças. "Uma saúde, que é fruto da fé, que é prática da caridade, que é alimentada por uma esperança que nasce da nossa relação com o Deus da Aliança".

O assistente espiritual, atuando em ambientes impregnados de sofrimento e doenças, fica vulnerável ao meio. Amar o próximo como a si mesmo implica, em primeira instância, cuidar de si mesmo. Nesse processo, é necessário haver conhecimento das próprias limitações, deixar-se cuidar física, emocional e espiritualmente.

Em todos os debates sobre a Vida, é inevitável que se pense sobre a morte. Todos os seres humanos a enfrentarão um dia.

"Ao homem está ordenado morrer uma só vez" (Hb 9.27). Morremos como vivemos. A Bíblia diz: "Ensina a contar os nossos dias para que alcancemos corações sábios" (SI 90.12).

No processo de vivenciar o luto há necessidade de "deixar partir", pois a vida não nos pertence, ela apenas tem que ser cuidada. Ilusão e esperança são diferentes. Para os cristãos, a esperança vem de Deus e pode, inclusive, nascer do sofrimento. Esperar não é desistir.

"A Organização Mundial da Saúde define cuidados paliativos como aqueles que procuram atender as necessidades dos pacientes terminais, procurando, por meio de alguns princípios, tais como cuidados para não acelerar e nem prolongar com medidas desproporcionais a morte, aliviar dores, suporte psicológico, espiritual e familiar".

(Cuidados Paliativos OMS 2002).

A presença do assistente espiritual é mais importante do que é dito ou feito. Não tente consolar o inconsolável nem curar o incurável. O diálogo racional e o emocional estão em lugares diferentes. Em se tratando de sentimentos, é preciso que o diálogo atinja o emocional. A mensagem racional faz pregação, mas corre o risco de não entender os sentimentos. Quem se aproxima da morte ainda está em processo de aprendizagem.

Os palestrantes sempre se esmeram em nos trazer conteúdos que nos fazem refletir, o que faz com que, ao sairmos de mais um congresso, estejamos renovados e com mais preparo para o campo de trabalho.

Congresso é sinônimo de crescimento, de confraternização ecumênica, de fraternidade e de congraçamento humano. O tema do congresso nos conduziu à reflexão da importância da Assistência Espiritual no contexto hospitalar. As trocas de experiências são reveladoras sobre como podemos crescer e estreitar relações.

Os Congressistas

5.4 - A IDENTIDADE DO CAPELÃO HOSPITALAR

O PERFIL DO CAPELÃO HOSPITALAR

As reflexões que apresentamos neste texto são uma síntese dos resultados do III Encontro de Capelães Hospitalares do Brasil, realizado nos dias 4 a 8 de março de 1991, na sede da União Social Camiliana, em São Paulo. Na ocasião, procurou-se definir o perfil do capelão hospitalar, tendo-se como pano de fundo a realidade brasileira.

Identidade - Quem é o CAPELÃO? – O capelão hospitalar é alguém que tem preparação humana e teológica pastoral específica (competência), com mandato eclesial para atuar no universo hospitalar.

Qualidades específicas – Há pelo menos 10 qualidades específicas requeridas para o exercício desse mandato, a saber:

Ser humano, sensível e solidário. O capelão hospitalar, acima de tudo, precisa ser gente, possuidor de personalidade de escutar e acolher as vozes do sofrimento, de compreender e de servir (ajudar). Deve ser alguém que tenha uma presença significativa e procure defender a dignidade da pessoa humana, seus valores de fé, liberdade e visão de mundo.

Ser vocacionado (carisma e fé). O capelão hospitalar sente-se chamado por Deus a partir da realidade do sofrimento para gerar vida e saúde, procura ouvir os apelos de Deus no coração da vida: do nascimento à morte. É continuador da ação misericordiosa e libertadora de Cristo para com os doentes, no hoje de nossa história, a exemplo do bom Samaritano (Lc 10, 29-37).

Agente de transformação: profeta. É alguém que nutre uma indignação ética frente ao descaso em relação à vida humana. Sua missão profética se constitui de: **a)** denúncia do que contradiz o projeto de vida de Jesus; **b)** anúncio de uma nova realidade na perspectiva do Reino; **c)** vivência dessa novidade no seu dia a dia (presença questionante). É defensor de políticas de humanização

que coloquem o doente como razão de ser e existir do hospital e dos doentes.

Profissional com formação específica e permanente. O capelão hospitalar procura integrar conhecimentos das ciências humanas (psicologia, sociologia etc.) e biológicas com a formação teológico-pastoral. Atualiza-se constantemente frente ao novo. É um profundo conhecedor dos problemas de bioética levantados pelo progresso técnico-científico na área da saúde. Conhece a realidade da saúde e a estrutura de funcionamento do hospital.

Espiritualidade pascal. É presença evangélica geradora de vida e esperança em meio à dor, do sofrimento e à morte. É alguém que ora a partir do doente e com o doente. Cultiva uma dimensão orante da vida a partir da experiência do sofrimento humano, numa perspectiva de ressurreição. Tem sensibilidade para resgatar a dimensão celebrativa da vida (liturgia), levando o doente a Cristo, e Cristo ao doente, bem como procura ajudar os profissionais da saúde a resgatarem o sentido humano e cristão do trabalho.

Educador, comunicador e evangelizador. O capelão hospitalar desenvolve novas lideranças na área da saúde, na dimensão humana e ética: agentes de Pastoral e profissionais da saúde que promovam a vida, desde seu início até o momento da morte. É um entusiasta anunciador da Boa Nova do Reino, para que "todos tenham vida e a tenham em abundância" (Jô 10,10). No seu modo de ser, agir e falar, comunica ternura, esperança, fé, alegria e um sentido de vida.

Líder e inovador. É alguém que coordena, dinamiza, anima e une, humaniza evangelicamente, as forças vivas presentes na instituição hospitalar. Estimula iniciativas voluntárias que testemunhem gratuidade e solidariedade no meio hospitalar.

Ecumênico. Num contexto pluralista, onde se encontram diferentes visões de fé, o capelão hospitalar é capaz e dialogar, cooperando no objetivo comum de servir ao doente, preservando a própria identidade de fé.

Participante. O capelão hospitalar é alguém capaz de trabalhar em equipe, buscando assessoria competente nas áreas afins (interdisciplinaridade) e também colabora no encaminhamento de soluções a problemas que atingem sua área específica (fé e moral). Deve ser capaz de delegar responsabilidade e também assessora-se de um Conselho Pastoral.

Inserido na conjuntura eclesial. O capelão hospitalar da Igreja, integrado na Pastoral, possuidor de conhecimentos teológicos atualizados, sensibiliza a comunidade para se comprometer com seus membros doentes e, ao mesmo tempo, facilita a reintegração do doente na família e comunidade.

Léo Pessini, Capelão do Hospital da Clínicas, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo.

Fonte – Boletim ICAPS – maio 1993 – nº 89

Curso de especialização "lato sensu" em Pastoral da Saúde e Bioética



Capítulo 6



Histórico

O Curso de Especialização em Bioética e Pastoral da Saúde foi criado em 1997 e é destinado a profissionais da área da saúde, padres, pastores e religiosos interessados em conhecer os novos campos, tendências, paradigmas e propostas da Bioética e Pastoral da Saúde à luz das ciências humanas e bíblico-teológicas, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, família e comunidades.

Projeto de Curso

Público-Alvo

Profissionais da área da saúde, padres, pastores e religiosos.

Objetivo Geral

Conhecer os novos campos, tendências, paradigmas e propostas da Bioética e Pastoral da Saúde à luz das ciências humanas e bíblico-teológicas, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, família e comunidades.

Objetivos Específicos

1) Analisar a gênese, desenvolvimento, abrangência temática da bioética para o século XXI; **2)** Discutir os diferentes paradigmas da bioética na atualidade; **3)** Aprofundar as reflexões sobre os princípios fundamentais da bioética tais como: autonomia, beneficência, justiça, responsabilidade, sacralidade e qualidade de vida, tolerância, pessoa e dignidade, dentre outros; **4)** Apresentar situações cotidianas simples até situações de limites ou de fronteiras do desenvolvimento científico e tecnológico; **5)** Discutir as questões da bioética a partir do pluralismo moral da pós-modernidade, que proporciona diferentes interpretações culturais, jurídicas, religiosas e éticas para uma mesma situação ou fato; **6)** Associar as questões da bioética atual à situação sanitária brasileira, tendo como referencial a questão da cidadania; **7)** Refletir sobre a bioética teológica a partir de valores de vida cristã, explorando possíveis caminhos de diálogo com a bioética secular, autônoma e racional; **8)** Capacitar os agentes da pastoral da saúde para implementar a organização da pastoral da saúde a partir das ações da CNBB; **9)** Refletir sobre temas bíblico-teológicos tais como: curas, milagres, dor, sofrimento e morte.

Capítulo 6

Justificativa

O curso de Bioética, inserido no contexto multidisciplinar, vem ao encontro dos problemas enfrentados por uma sociedade plural. A busca por ações que possam minimizar as desigualdades bem como melhorar a qualidade de vida em um sentido generalizado faz com que o curso de pós em Bioética tenha uma função importante no contexto social.

A temática apresentada perpassa os problemas sociais, característicos de países em desenvolvimento – como mortalidade materna, desnutrição, aborto, HIV/AIDS e doenças da pobreza – considerados problemas persistentes, bem como a discussão e reflexão sobre problemas emergentes advindos da biotecnologia e suas consequências para a humanidade – como reprodução humana assistida, uso do exame de DNA em âmbito civil e criminal, liberação de transgênicos, propriedade intelectual e patentes em biotecnologia. Questões de biossegurança são abordadas não só no ambiente de trabalho, mas também em situações rotineiras como no uso de extintores de incêndio. Nosso projeto visa à multidisciplinaridade, aliando conhecimento teórico e prático para as áreas da saúde e ampliando o conhecimento dos operadores do direito, psicólogos clínicos ou forenses, pessoas que trabalham com alocação dos recursos e profissionais que lidam com a biotecnologia para que a equipe possa ser realmente formada por profissionais das diversas áreas do conhecimento e que a interdisciplinaridade seja o diferencial na prestação de serviços na área da Bioética.

Matriz Curricular	Carga Horária
Saúde no Brasil: realidades e perspectivas	16
Pastoral da Saúde: fundamentos, diretrizes de ação da CNBB e perfil da capelania hospitalar	32
Bioética: gênese, desenvolvimento, abrangências temáticas e perspectivas para o século XXI	32
Questões de Bioética ligadas ao início da vida humana	32
Psicologia no contexto da saúde	32
Metodologia da Pesquisa Científica	32
Antropologia filosófica na contemporaneidade	16
Antropologia Teológica na contemporaneidade	16
Liturgia no mundo da saúde: celebrações e sacramentos	16
Bioética, Ciência e Tecnologia	16
Introdução à administração hospitalar	16
Comunicação e relação de ajuda no mundo da saúde	16
Bíblia e Saúde	32
Biodireito	32
Questões de Bioética ligadas ao final da vida humana	32
Total Horas/Aula	**368**
Monografia	**120**
Carga Horária Total	**488**

PLANO DE DISCIPLINA

NOME: Saúde no Brasil: Realidade e Perspectiva

CARGA HORÁRIA: 16h

EMENTA

A Bioética como ciência aplicada à área da saúde deve levar em conta a história, a realidade e as perspectivas das políticas de saúde para contextualizar os problemas e buscar soluções viáveis para que todo(a) cidadão(ã) tenha vida digna.

OBJETIVO GERAL

Mostrar, à luz da história da(s) política(s) de saúde, a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma aprendizagem do exercício da cidadania.

OBJETIVO ESPECÍFICO

1) Conceituar, por meio de revisão teórica, a saúde, a doença e o processo Saúde-Doença; **2)** Compreender o processo Saúde-Doença no contexto da produção social; **3)** Analisar os antecedentes históricos da(s) política(s) de saúde e a construção do SUS no país; **4)** Apresentar o SUS como um elemento para a vivência da cidadania na área da saúde.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Fundamentos e marcos conceituais da saúde; Fundamentos e marcos conceituais da doença; Processo Saúde-Doença; Política de saúde no Brasil: evolução histórica e conceitual; Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e diretrizes.

METODOLOGIA DE ENSINO

A disciplina será desenvolvida predominantemente por meio de discussões. As aulas terão como auxílio didático textos básicos sobre a temática em pauta. Serão estimuladas as comunicações interpessoais, cujos conteúdos contribuam para o desenvolvimento do

interesse do participante em relação à produção do conhecimento na área da Saúde Pública Coletiva, buscando sua interface com a Bioética. Recorrer-se-á ao relacionamento constante entre o conteúdo desenvolvido e as experiências já acumuladas pelo(a) próprio(a) especializando(a).

Metodologia de Avaliação

Participação nos debates e discussões de grupo; Trabalho elaborado a partir dos debates e discussões de grupo.

Bibliografia Básica

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la salud en el mundo 2007 - protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: um porvenir más seguro.** Organización Mundial de la Salud. 2007.

NEGRI, Barjas; Di GIOVANNI, Geraldo (Orgs.). **BRASIL: radiografia da saúde.** Campinas, SP: UNICAMP, 2001. 588p

RODRIGUES NETO, Eleutério. **Saúde: promessas e limites da Constituição.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 260p.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.

Complementar

BERLINGUER, Giovanni. **A Doença**. São Paulo: Hucitec, 1999.

CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na Saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997. **BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 344p.

CAMPOS, Gastão W. S. **Efeitos paradoxais da descentralização no sistema único de saúde do Brasil.** fevereiro de 2005.

SOARES, Laura Tavares. Estado brasileiro e as políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. In: NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães (Org.). **Estado e políticas sociais no Brasil.** Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. p. 45-57.

VASCONCELOS, Cipriano Maia. **Paradoxos da mudança no SUS.** (UNICAMP - Tese de doutorado. Campinas, 2005. Capítulo 5. Disponível em arquivos Word.

Plano de Disciplina

Pastoral da Saúde: Fundamentos, Diretrizes de Ação da CHBB e Perfil da Capelania Hospitalar

Carga Horária: 32h

Objetivo Geral:

Evangelizar e humanizar o mundo da saúde mostrando como o profissional da pastoral da saúde deve participar de uma sociedade justa e solidária a serviço da vida.

Objetivos Específicos:

Vivenciar a presença samaritana junto aos doentes e sofredores nas instituições de saúde, na família e comunidade, atendendo a pessoa integralmente;

Promover e educar para a saúde (saúde pública e saneamento básico) bem como para a prevenção das doenças;

Atuar junto aos órgãos e instituições públicas e privadas que prestam serviço e formam profissionais na área da saúde;

Zelar para que haja uma reflexão bioética, formação ética e uma política de saúde sadia.

Conteúdo Programático

Histórico da Pastoral da Saúde no Brasil: Conceito de Pastoral de Saúde; Documento de Quito; Coordenação CNBB (Confederação Nacional dos Bispos do Brasil); Dimensões da Pastoral da Saúde: Solidária; Comunitária e Político-institucional; Objetivos da Pastoral da Saúde: geral e específicos; Desafios da Pastoral da Saúde na atualidade; Linhas de ação; Organização da Pastoral da Saúde na Comunidade; Formas de participação no Sistema Único de Saúde; Relato de Experiências: objetivos, atividades e desafios; Teologia e Bioética; Cuidado psico-espiritual do paciente; Campo de ação do capelão; Objetivos do Serviço religioso no hospital; Pluralismo religioso nas instituições de saúde; O perfil do capelão hospitalar; Pastoral do luto.

Metodologia de Ensino

Aula expositiva participante; Discussão em grupo; Leitura e análise de textos; Debates.

Metodologia de Avaliação

Participação nos debates e discussões de grupo; Trabalho elaborado a partir dos debates e discussões de grupo.

Bibliografia Básica

BALDESSIN, A. **Como fazer Pastoral da Saúde**. São Paulo: Loyola, 2000.

_____. **Reflexões para os agentes de pastoral.** São Paulo: Loyola, 2000.

_____. **Como visitar um doente**. São Paulo: Loyola, 2002.

_____. **Pastoral da saúde: orientações práticas**. São Paulo: Loyola, 2005.

_____. **Como organizar a pastoral da saúde.** São Paulo: Loyola, 2007.

_____. **Assistência religiosa aos doentes: aspectos psi-**

cológicos. São Paulo: Loyola, 2007.

_____. **Aids: o que precisamos saber para prevenir e cuidar?** São Paulo: Paulus, 2008.

BAUTISTA, M. **O que é Pastoral da Saúde**. São Paulo: Paulinas, 2000.

Boletim Informativo do Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde. São Paulo: ICAPS, 2008.

PESSINI L. **Ministério da vida**. 26.ed. Aparecida: Ed. Santuário, 2008.

Complementar

BARCHIFONTAINE, C. P. de. **O agente de pastoral e a saúde do povo.** 2.ed. São Paulo: Loyola, 1996.

BERMEJO, José B. **Relação pastoral de ajuda**. São Paulo: Loyola, 1999.

CAMILLIANUM: INSTITUTO INTERNAZIONALE DI TEOLOGIA PASTORALE SANITÁRIA. **Dizionário di Teologia Pastorale Sanitária**. Torino: Camilliane,1997. (Divulgado por Giuseppe Cinà, Efísio Locci, Carlo Rocchetta, Luciano Sandrin).

ICAPS. **Guia para a Pastoral da Saúde para a América Latina e o Caribe** São Paulo: Loyola, 2001.

Plano de Disciplina

Bioética: Gênese, Desenvolvimento, Temáticas e Abrangências, Perspectivas

Carga Horária: 32h

Ementa

Partindo da discussão e compreensão do contexto no qual nasceu a Bioética, estimula a reflexão de como este conhecimento deve se

desenvolver em uma realidade tão distinta como a Latino-Americana e a Brasileira.

Relaciona-se com todas as demais disciplinas, pois pretende fornecer o instrumental básico para as análises feitas posteriormente dos problemas relacionados ao início, desenvolvimento e fim de vida.

Objetivo Geral

Possibilitar o conhecimento dos aspectos relacionados à gênese, desenvolvimento, paradigmas emergentes e conceitos fundamentais da bioética.

Objetivos Específicos

1) Discutir o contexto no qual surgiu a Bioética; **2)** Discutir as peculiaridades da Bioética na América Latina e Caribe e no Brasil; **3)** Discutir as especificidades de alguns dos enfoques da Bioética; **4)** Promover o diálogo do principialismo com outros enfoques da Bioética.

Conteúdo Programático

1. Fundamentos da Ética: Natureza e Estrutura Conceitual da Ética; Objeto da Ética; Natureza da pessoa humana; Estudo e Análise da Moral: essência e problemas éticos.

2. Fundamentos da Bioética: Aspectos globais de sua gênese e desenvolvimento; Antecedentes histórico-culturais; Como surgiu este neologismo; Gênese: aspectos históricos e evolutivos; Características da Bioética nascente; Conceitos de Bioética; Alteridade como critério fundamental da Bioética.

3. Paradigmas emergentes e tendências mundiais - Panorama dos diversos enfoques, ênfase nos enfoques: Principialista; Virtudes; Casuística; Cuidado; Hermenêutica.

4. Bioética na América Latina e Caribe: Uma Bioética elaborada a partir dos pobres; Do Programa Regional de Bioética da OPAS à Rede Latino-Americana de Bioética; Carta de Buenos Aires.

5. Congressos Mundiais de Bioética; Bioética no Brasil; Institui-

ções e grupos; Linhas temáticas.

Metodologia de Ensino

Aula expositiva participante; Discussão em grupo; Leitura e análise de textos; Debates; Seminários.

Metodologia de Avaliação

Participação nos debates e discussões de grupo; Trabalho elaborado a partir dos debates e discussões de grupo.

Bibliografia Básica

ANJOS MF; SIQUEIRA JE. (orgs) **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida: Ideias e Letras, Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é Bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

BEAUCHAMP TL; CHILDRESS JF. **Principles of biomedical ethics.** 5. ed. New York: Oxford University Press, 2001.

DURAN, G. **Introdução Geral à Bioética**. São Paulo: Loyola, 2003.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C de P de. **Fundamentos de bioética**. São Paulo: Paulus, 2004.

PESSINI L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de **Bioética na Ibero America**; São Paulo: Edições Loyola, 2007.

PESSINI L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. **Problemas atuais de bioética**. 8. ed. Revisada e ampliada.São Paulo: Centro Universidade São Paulo e Loyola, 2008.

Complementar

BARCHIFONTAINE, Pe. Christian de P. de. **Bioética: alguns desafios.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2001.

BERLINGUER, G. **Bioética cotidiana.** Brasília: UnB, 2004.

COSTA, S.I.F. ; DINIZ, D. **Bioética: ensaios**. Brasília: Letras Livres, 2001.

CALLAHAN, Daniel. **Bioethics. In: Warren Thomas Reich**. Encyclopedia of Bioethics. 2.ed. New York: Macmilan, 1995. p. 247-256.

FERRER JJ; ALVAREZ JC. **Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. São Paulo: Loyola, 2005.

GARRAFA V; KOTTOW M; SAADA A. (coord.) **Estatuto Epistemológico da Bioética.** México: Universidad Autónoma de México, 2005.

JUNGES JR. **Bioética: hermenêutica e casuística**. São Paulo: Loyola, 2006.

GARRAFA V; Costa SIF. **A bioética no século XXI.** Brasília: UnB, 2000.

NERI D. **Filosofia Moral: Manual introdutivo**. São Paulo: Loyola, 2005.

SELLETI JC, Garrafa V. **As raízes cristãs da bioética**. Petrópolis: Vozes, 2005.

Plano de Disciplina

Nome: Questões de Bioética Ligadas ao Início da Vida Humana

Carga Horária: 32h

Ementa

A Bioética, como espaço de diálogo interdisciplinar, interprofissional e intercultural, tem um papel imprescindível em decisões referentes à saúde reprodutiva.

É importante que o discente sinta que, no centro da reflexão, precisamos discutir elementos que fundamentam uma tomada de decisão a partir da sacralidade da vida e/ou da qualidade de vida.

Objetivo Geral

Estudar, a partir da bioética, enfoques diferentes na tomada de deci-

são a respeito da saúde reprodutiva.

Objetivo Específico

1) Propiciar uma a reflexão acerca dos aspectos filosóficos, biológicos e teológicos; **2)** Discutir questões relacionadas a: reprodução assistida, mãe de aluguel, embriões supranumerários, implicações eugênicas, manipulação pré-implantação; **3)** Aprofundar a discussão sobre seleção sexual, estatuto do embrião e do feto, aborto; **4)** Aprofundar a discussão sobre os aspectos éticos e legais, aspectos éticos na medicina fetal, problemas éticos na anencefalia, direitos do nasciturno, inseminação artificial, ética na contracepção, clonagem e reprodução.

Conteúdo Programático

Bioética e Sexualidade: Concepção e Contracepção; Engenharia Genética: Manipulação genética; Doações de gametas; Genética Clínica e Bioética (aconselhamento, testes preditivos, eticidade do sigilo); As questões relativas aos embriões; Projeto Genoma Humano; Mapeamento genético; Patenteamento de sequência genéticas; Novas tecnologias Reprodutivas; Biotecnologias; Clonagem de seres humanos; Abortamento; Política de população e reprodução humana.

Metodologia de Ensino

Aula expositiva participante; Discussão em grupo; Leitura e análise de textos, Debates

Metodologia de Avaliação

Participação nos debates e discussões de grupo; Trabalho elaborado a partir dos debates e discussões de grupo.

Bibliografia Básica

BARCHIFONTAINE, C. P. **Bioética e Inicio da Vida: alguns desafios.** São Paulo: Ideias e Letras, 2004.

OLIVEIRA, S. B. **Da bioética ao direito: manipulação genética e dignidade humana**. Curitiba: Juruá, 2002.

PESSINI L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. **Problemas atuais de bioética**. 8. ed. Revisada e ampliada. São Paulo: Centro Universidade São Paulo e Loyola, 2008.

STRACHAN, T. **Genética molecular humana.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Complementar

HÄRING, Bernard. **Medicina e manipulação: o problema moral da manipulação clínica, comportamental e genética**. São Paulo: Paulinas, 1977.

JORDE, L. B. **Genética médica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

MOTTA, P. A. **Genética humana: aplicada a psicologia e toda a área biomédica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

OLIVEIRA, C. A. de. **O aborto: vida que morre na fonte.** Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto, 1991.

OLIVEIRA, D. C. A. **Reprodução assistida: até onde podemos chegar?: compreendendo a ética e a Lei.** São Paulo: Gaia, 2000.

OLIVEIRA, F. **Engenharia genética: O sétimo dia da criação.** São Paulo: Moderna, 2000.

VERARDO, M. T. **Aborto: um direito ou um crime?**. São Paulo: Moderna, 2001.

PLANO DE DISCIPLINA

NOME: Psicologia no Contexto da Saúde

CARGA HORÁRIA: 32h

EMENTA

A presença da Psicologia no mundo da saúde tem se firmado como um dos fatores fundamentais do processo de humanização, quer na perspectiva institucional, do cuidador ou do ser humano necessitado de cuidados.

OBJETIVO GERAL

Oferecer aos alunos uma visão panorâmica da psicologia no mundo da saúde, sua importância, abrangência temática e perspectivas futuras.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Proporcionar um conhecimento básico da personalidade humana do ponto de vista psíquico; **2)** Estudar a psicologia da doença e sofrimento humano. Aprofundar alguns casos paradigmáticos; **3)** Conhecimento do movimento da psicologia hospitalar no Brasil.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

A função do serviço de psicologia no hospital; Psicologia e sofrimento humano; Tomada de expectativas; Filme "O golpe do Destino" – discussão; A dimensão psíquica: o inconsciente, a dualidade das pulsões, o conflito, o sintoma; Etiologia Psíquica x Organicidade; O desenvolvimento emocional e a formação da identidade; A questão da normalidade; Mecanismos de defesa; Noções básicas de psicopatologia; Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático; Repercussões psíquicas do adoecer: a negação, as barganhas, a revolta, a depressão e a regressão. O paciente terminal; A questão da cronicidade psicológica; A doença nas diferentes etapas da vida: a criança e o idoso;

A família e o adoecer; O Hospital e a Equipe de Saúde: alcances e limites da atuação; Ciclos vitais segundo a perspectiva da Psicanálise Humanista; O Normal e o Patológico em nossa sociedade; O câncer como ponto de mutação; A vida e a morte no hospital.

Metodologia de Ensino

Aula expositiva participante; Discussão em grupo; Leitura e análise de textos; Debates.

Metodologia de Avaliação

Participação nos debates e discussões de grupo; Trabalho elaborado a partir dos debates e discussões de grupo.

Bibliografia Básica

BLEGER, J. Psico-higiene e psicologia institucional. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

HELOANE, J.R.; LANCMAN,S. **Psicodinâmica do trabalho: um método clínico de intervenção e investigação**. Produção. V.14, n.03, set.-dez. 2004.

MARCOS, W.B. **A convergência de referências na promoção da Saúde**. Saúde e Sociedade, v.13, n.01, jan.-abr.2004.

QUAYLE, J.; LUCIA, M.C. S. **Adoecer. As Interações do Doente com sua Doença.** São Paulo: Atheneu, 2003.

OSÓRIO, L.C. **Grupoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre, Artmed, 2007.

Complementar

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**. 2ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

FRANÇA, A C. **Stress e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1999.

JERUSALINSKY, A. e col. **Psicanálise e Desenvolvimento Infantil. Um enfoque multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. Cap.1.

MINAYO, M. C. S. **Desafios do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1996. cap: 2, 3 e 4.

NAZIO, J.D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro:Zahar,1997.

ORLANDO, J.M.C. **UTI**: **Muito além da técnica.** São Paulo: Atheneu, 2001.

RIZZUTO, A. M. **Por que Freud rejeitou Deus**. São Paulo: Loyola, 2001.

SPINK, M.J. **Psicologia Social e Saúde. Práticas, saberes e sentido**s. Petrópolis: Vozes, 2003.

SKINNER, Burrhus Frederic. **Ciência e comportamento humano**. 11.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 489p.

PLANO DE DISCIPLINA

NOME: Metodologia da Pesquisa Científica

CARGA HORÁRIA: 32h

EMENTA

No planejamento da presente disciplina, procurou-se oferecer aos alunos do Curso de Especialização em Bioética e Pastoral da Saúde subsídios para o desenvolvimento de trabalhos de investigação científica desde o seu planejamento até a sua execução, utilizando como principais ferramentas didáticas "o aprender fazendo" e a individualização do aluno no processo ensino-aprendizagem.

OBJETIVO GERAL

Que ao final da disciplina o aluno seja capaz: de conhecer os procedimentos básicos da metodologia científica.

Objetivos Específicos

1) Consumir criticamente os trabalhos de investigação científica; **2)** Elaborar um projeto de pesquisa dentro da área temática de interesse para posterior execução e divulgação de trabalho de investigação científica.

Conteúdo Programático

1) Desenvolvimento histórico do conhecimento; Levantamento preliminar das áreas temáticas para a investigação; **2)** O processo de investigação e suas etapas: planejamento, execução e divulgação; A definição do problema/ objeto da pesquisa; Aspectos éticos das pesquisas; Levantamento bibliográfico. Fontes. Normas da ABNT; Das finalidades e objetivos da pesquisa; Níveis da pesquisa; Caminho metodológico na pesquisa quantitativa: tipo, local, população/amostra, procedimento de coleta de dados, técnica e instrumento; Tratamento dos dados. Noções de estatística descritiva no programa Excel; Apresentação dos resultados e conclusões; Como elaborar plano/projeto/relatório final da pesquisa (Monografia).

Metodologia de Ensino

Seminários; Grupos de discussão.

Metodologia de Avaliação

Participação da classe; Apresentação de seminário; Trabalho escrito.

Bibliografia Básica

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. **Manual de orientação a trabalhos acadêmicos.** São Paulo, 2008. Disponível em: http:/www.scamilo.edu.br/bilbioteca

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos**

de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Cortez, 2007.

COMPLEMENTAR

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Normas sobre documentação**. Rio de Janeiro: ABNT, 1989-2003.

COSTA, S.F. **Introdução ilustrada à estatística**. 4. ed. São Paulo: Harbra, 2005.

COSTA, F.S. **Método Científico: os caminhos da investigação.** São Paulo: Habra, 2001.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3.ed. - Sao Paulo: Atlas, 1995.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. 21. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007

MARTINS, J. **Subsídios para redação de dissertação de mestrado e tese de doutorado**. 3.ed. São Paulo: Moraes, 1991.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

PARRA FILHO, D.P.; SANTOS, J.A. **Metodologia científica**. São Paulo: EDUSP, 1999.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados qualitativos**. 3.ed. Sao Paulo: Edusp, 2001.

REY, L. **Planejar e redigir trabalhos científicos.** 2. ed. São Paulo: Edgard Blucher, 1993.

SILVA, N.N. da. **Amostragem probabilística: um curso introdutório.** 2. ed. São Paulo: Edusp, 2004.

SITES DE INTERESSE:

Associação Brasileira de Normas Técnicas: www.abnt.org.br

Bireme: www.bireme.br/iahlil

Sistema de Bibliotecas da USP-SIBI: www.usp.br/sibi/sibi.html

Biblioteca Pe. Inocente Radrizzani: www.scamilo.edu.br/biblioteca.php. Pedidos por meio de e-mail: biblip@scamilo.edu.br (campus Pompeia)

Orientações e normas de Trabalhos Acadêmicos e Manual do CoEP: www.scamilo.edu.br

Plano de Disciplina

Nome: Antropologia Filosófica na Contemporaneidade

Carga Horária: 16h

Ementa

A tarefa própria da Antropologia Filosófica é responder à pergunta "o que é o homem". Na história da filosofia, essa pergunta percorre todos os grandes sistemas de pensamento. Mas é com Kant ("Antropologia de um ponto de vista pragmático", 1978) que a pergunta é posta com ênfase nova, e o termo "antropologia" se torna mais conhecido. Como disciplina filosófica autônoma e sistemática, a Antropologia Filosófica surgiu somente na década de 20, do século passado, por obra, entre outros, de Max Scheller (A posição do Homem no Cosmos, 1928).

Objetivo Geral

Ao apresentar as diversas configurações da antropologia filosófica, sua origem no pensamento moderno, seus desdobramentos e implicações na filosofia contemporânea, pretende-se propiciar a compreensão das complexas relações entre concepções do homem e a ética, subsidiando, dessa forma, os objetivos a que o curso se propõe.

Objetivos Específicos

1) Estudar as origens dessa nova compreensão do homem e sua cir-

cunscrição histórica e filosófica; **2)** Apresentar alguns dos principais representantes da filosofia moderna e suas concepções do homem; **3)** Capacitar o estudante para o diagnóstico da crise cultural e moral da contemporaneidade, as diversas concepções do humanismo, seus conceitos e seus fundamentos; **4)** Capacitar o aluno para a discussão dos valores necessários à vida ética; **5)** Aprofundar questões atuais, relevantes para a filosofia.

Conteúdo Programático

Antropologia Filosófica: Origem da pergunta pelo homem; Conceituação e legitimidade da Antropologia Filosófica; Métodos e estatuto epistemológico; Os temas (Fenomenologia e metafísica do humano); O Humano; Niilismo: raiz dos males da contemporaneidade ("a morte do homem"); A falência do sentido (do fim dos valores supremos); O bem-estar material como sucedâneo da felicidade; Individualismo autoreferente; O Utilitarismo como fundamento da ética; O homem como ser do desejo; O desejo como absoluto, segundo a filosofia; O homem como animal simbólico.

Metodologia de Ensino

Aula expositiva participante; Discussão em grupo; Leitura e análise de textos; Debates.

Metodologia de Avaliação

Participação nos debates e discussões de grupo; Trabalho elaborado a partir do estudo debates e discussões de grupo.

Bibliografia Básica

ARDUINE, Juvenal. **Antropologia – ousar para reinventar a humanidade**. São Paulo: Paulus, 2004.

GIANNETTI, E. **Felicidade: Diálogos sobre o bem-estar na civilização**. São Paulo: Cia das Letras, 2002.

GALANTINO, Nunzio. **Dizer homem hoje – novos caminhos da antropologia filosófica**. São Paulo: Paulus, 2003.

HABERMAS, J. **O Discurso Filosófico da Modernidade**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1998.

LIMA, Vaz C. **Antropologia Filosófica I-II**. São Paulo: Loyola, 2004

MONDIN, Batista. **O Homem, que é ele**. São Paulo: Paulus, 2005.

Complementar

AUZIAS, Jean-Marie. **A Antropologia Contemporanêa**. São Paulo: Convívio,1975.

CHARDIN, P. T. de. **O Fenômeno humano**. São Paulo: Helder,1965.

HEIDEGGER,M. **Sobre o humanismo.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro,1996.

GEERTZ, Glifford. **Nova Luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

LEPARGNEUR, H. **Antropologia do Prazer**. Campinas: Papirus, 1985.

LAPLANTINI, F. **Aprender Antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 1998.

PENÃ, J. L. R. de la. **As Novas Antropologias: Um desafio à teologia.** São Paulo: Loyola, 1988.

RABUSKE, E. **Antropologia Filosófica**. São Paulo: Vozes, 2001.

ROSSI, P. **A Ciência e a Filosofia dos Modernos: Aspectos da Revolução Científica**. São Paulo: UNESP, 1992.

RABUSKE, A. Edevino. **Antropologia Filosófica**. Petrópolis: Vozes, 2003.

Plano de Disciplina

Nome: Antropologia Teológica na Contemporaneidade

Carga Horária: 16h

Ementa

A Antropologia teológica tem uma dimensão moral que é, hoje,

absolutamente necessária para que não se caia nas armadilhas de uma nova ideologia, e figura como a esperança de uma base para confrontar as simplificações e reducionismos que caracterizam essa civilização tecnológica. De um modo geral, como reconhece a Encíclica *Evangelium Vitae*, é o niilismo (carência de ideais, perda dos valores supremos, ausência de Deus como lugar dos valores mais elevados), que Nietzsche descreveu de modo acertado há dois séculos, que está na raiz dos males da contemporaneidade, e é com ele que a Teológica têm de dialogar em busca de uma terapia para os tempos atuais.

Objetivo Geral

Ao apresentar as diversas configurações da antropologia teológica no pensamento moderno, seus desdobramentos e implicações na teologia contemporânea, pretende-se propiciar a compreensão das complexas relações entre concepções do homem e a ética, subsidiando, dessa forma, os objetivos a que o curso de Bioética e Pastoral da Saúde se propõe.

Objetivos Específicos

1) Capacitar o aluno para o diagnóstico da crise cultural e moral da contemporaneidade, as diversas concepções do humanismo, seus conceitos e seus fundamentos; **2)** Capacitar o aluno para a discussão dos valores necessários à vida ética; **3)** Aprofundar o conhecimento teológico e o diálogo entre a ética teológica e as éticas que reivindicam a reflexão autônoma; **4)** Aprofundar questões atuais, relevantes para a teologia, como a questão da racionalidade, da transcendência, da pessoa humana, da liberdade, e do pluralismo.

Conteúdo Programático

Modernidade: Ceticismo e ateísmo ("a morte de Deus"); O Reducionismo cientificista da razão Crítica iluminista da religião; Religiões; Humanismo ateológico: suficiência ou insuficiência do homem?; Projeto da modernidade da suficiência do homem (O homem–Deus como sentido da vida): transcendência na imanência; O homem insuficiente; Teologia como discurso crítico da

condição humana; O homem como ser do desejo; O desejo como absoluto, segundo a psicanálise; O desejo do absoluto segundo a teologia; O homem como animal simbólico; O empirismo e o esvaziamento da linguagem simbólica; O simbólico e o diabólico.

Metodologia de Ensino

Aula expositiva participante; Discussão em grupo; Leitura e análise de textos; Debates; Vídeos: Monja Coen, Oswaldo F.Pessoa: O Humano; Flávio di Giorgi, Rogério Duarte: A Transcendência; Rubem Alves: Os símbolos; José Guilherme C. Magnani, Ricardo Bonalume: O místico; Frei Betto, José Arthur Guianotti: Religiões; Peter Singer: Entrevista (Millenium, Globonews).

Metodologia de Avaliação

Participação nos debates e discussões de grupo; trabalho elaborado a partir do estudo, debates e discussões de grupo.

Bibliografia Básica

BLANK, Renold J. **Qual é o nosso destino final?** São Paulo: Paulus, 2003.

BRAKEMEIER, Gottfried. **O ser humano em busca de identidade**. São Leopoldo: Sinodal, 2002.

JAMES, W. **A vontade de crer**. São Paulo: Loyola, 2001.

JOÃO PAULO II, **Evangelium Vitae. Carta Encíclica sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana**. São Paulo: Paulus, 1995.

Complementar

AGOSTINI, N. **Teologia Moral. O que você precisa viver e saber**. Petrópolis: Vozes, 1997.

ASSMAN, H. **Paradigmas Educacionais e Corporeidade**. Piracicaba: UNIMEP, 1993.

BATISTIOLLE, J.V. **Teoria da Natureza Humana e Crítica da Religião em David Hume**. São Paulo: 1986. Dissertação.

BRITO, E.J.C.; GORGULHO, G.S. (Org.). **Religião ano 2000**. São

Paulo: Loyola, 1998.

BRUSTOLIN, Leomar. **Quando Cristo vem: a parusia na escatologia cristã.** São Paulo: Paulus, 2001.

CLETO, C. (Org.) **A Sedução do Sagrado: o fenômeno religioso na virada do milênio.** Petrópolis: Vozes, 1998.

COMBLIN, J. **Cristãos rumo ao século XXI: Nova Caminhada de Libertação.** São Paulo: Paulus, 1996.

FERRY, L. **O Homem-Deus ou o sentido da vida**. Lisboa: ASA, 1996.

JOSAPHAT, C. (FREI). **Moral, Amor & Humor**. Rio de Janeiro: Nova Era, 1997.

RITO, H. **Introdução à Teologia**. Petrópolis: Vozes, 1998.

TUGENDHAT, E. **Lições sobre Ética**. Petrópolis: Vozes, 1997.

PLANO DE DISCIPLINA

NOME: Liturgia no Mundo da Saúde: Celebrações e Sacramentos

CARGA HORÁRIA: 16h

EMENTA

O conhecimento e a vivência dos ritos e símbolos da liturgia cristã e católica no mundo da saúde são de fundamental importância no processo de humanização e desenvolvimento de uma espiritualidade de vida, saúde e esperança.

OBJETIVO GERAL

Proporcionar aos alunos um conhecimento fundamental a respeito dos principais rituais litúrgicos cristãos ligados à vida humana desde o nascer até o morrer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Explicitar conceitos básicos tais como: rito, símbolo, sacra-

mentos e liturgia; **2)** Ter conhecimento das normas ligadas aos principais sacramentos utilizados no mundo da saúde: unção dos enfermos, reconciliação e eucaristia; **3)** Aprofundar especificamente a história do sentido do sacramento da unção dos enfermos; **4)** Instrumentalizar os alunos na realização de celebrações criativas.

Conteúdo Programático

A importância da dimensão litúrgico–celebrativa no mundo da saúde; Conceitos básicos: rito, símbolo, liturgia e sacramentos; Principais ritos litúrgicos cristãos da vida humana desde o nascimento até a morte; Os sacramentos no mundo da saúde; O Sacramento da Unção dos enfermos: história, conceito, sentido e atualidade; Como realizar celebrações criativas?

Metodologia de Ensino

Aula expositiva participante; Discussão em grupo; Leitura e análise de textos; Debates.

Metodologia De Avaliação

Trabalho elaborado a partir do estudo, debates e discussões de grupo.

Bibliografia Básica

BUYST, Ione. **Equipe de liturgia**. São Paulo: Paulinas, 2006.

Ritual da Unção dos Enfermos e sua assistência pastoral. Trad.: CNBB. 7. ed. São Paulo: Paulus, 2000. p. 13.

BOFF, Leonardo. **Os sacramentos da vida e a vida dos Sacramentos: mínima sacramentalia**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

Complementar

AUGÉ, Matias. **Liturgia, história, celebração, teologia, espiritualidade**. São Paulo: Ave Maria, 1996.

AA.VV. **Liturgia e Terapia**. Padova: Messaggero, 1994.

BECKHÄUSER, Alberto. **Celebrar a vida cristã - Formação li-**

túrgica para agentes de pastoral, equipes de liturgia e grupos de reflexão. 8. ed. Petrópolis:Vozes, 1999, p. 158.

LUTZ, Gregório. **Liturgia ontem e hoje**. São Paulo: Paulus, 1996.

VALLE, Serginho. **Pastoral litúrgica**. São Paulo: Loyola e CDC, 1998.

Plano de Disciplina

Nome: Bioética, Ciência e Tecnologia

Carga Horária: 16h

Ementa

Propiciar uma reflexão bioética a partir da fundamentação teórico-prática sobre os avanços científicos e tecnológicos. Abordar as fronteiras da tecnologia da biotecnologia, da bioética e biossegurança; ética e fraude científica; ética no delineamento da pesquisa; nas publicações científicas; mídia e ciência.

Objetivo Geral

Oferecer aos alunos uma visão panorâmica da biotecnologia, sua importância, abrangência temática e perspectivas futuras.

Objetivos Específicos

1) Proporcionar um conhecimento básico de Biotecnologia; **2)** Capacitar os alunos para uma avaliação mais profunda sobre os benefícios e malefícios da biotecnologia; **3)** Oferecer subsídios para que o aluno tenha argumentos e discuta com o mundo científico; **4)** Refletir sobre os efeitos da biotecnologia no mundo da saúde e na produção de alimentos.

Conteúdo Programático

1) Histórico e evolução da engenharia genética; **2)** As ferramentas

e técnicas biotecnológicas; **3)** O contexto científico, tecnológico e ético dos projetos de pesquisa; **4)** As aplicações da engenharia genética e as implicações éticas; **5)** Biossegurança e ética na ciência e tecnologia: uso e abusos; **6)** Enfoque ético e científico da responsabilidade da ciência e tecnologia na biodiversidade; **7)** Bioética e saúde pública.

Metodologia De Ensino

Aula expositiva e participativa; Discussão em grupo; Leitura e análise de textos; Debates.

Metodologia De Avaliação

1) Participação nos debates e discussões de grupo; **2)** Trabalho elaborado a partir dos debates e discussões de grupo.

Bibliografia Básica

DRANE,J.;PESSINI,L. **Bioética, medicina e tecnologia: Desafios éticos na fronteira do conhecimento humano**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, 2005.

JOHNSON, S. **Cultura da Interface: como o computador transforma nossa maneira de criar**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

LEVY, P. **As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática.** São Paulo: Editora 34, 2000.

MASIERO, P. C. **Ética em computação.** São Paulo: Edusp, 2000.

MATTELART, A. **A globalizacao da comunicação.** Bauru/SP: Edusc, 2000.

OLIVEIRA, F. **Bioética & biotecnologias: um olhar feminista, anti-racista e classista**. S/L: S/E, 1994.

RIFKIN, J. **O século da biotecnologia: a valorização dos genes e a reconstrução do mundo**. São Paulo: Makron Books, 1999.

LEVY, P. **Cibercultura**. 2.ed. São Paulo: Editora 34, 2001.

SCHAFF, A. **A sociedade informática: as consequências sociais da segunda revolução industrial**. São Paulo: Brasiliense, 2001.

Complementar

ECOLOGIA, **ciência e tecnologia**. São Paulo: Cortez, 1982.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

Plano de Disciplina

Nome: Introdução à Administração Hospitalar

Carga Horária: 16h

Ementa

A disciplina aborda as questões sociais, econômicas e políticas fundamentais do setor saúde, vinculadas às necessidades do administrador hospitalar. Os temas enfocados procuram desenvolver no aluno uma visão crítica sobre a teoria geral da administração, as mudanças de paradigmas em recursos humanos. Aborda também as problemáticas dos serviços hospitalares a partir de uma visão sistêmica.

Objetivo Geral

Favorecer o desenvolvimento de uma visão abrangente e crítica do setor Saúde no Brasil, focalizando seus determinantes socioeconômicos, para compreensão das possibilidades e limites da atuação profissional, na administração de serviços hospitalares e de saúde.

Objetivos Específicos

1) Introduzir os conceitos essenciais de Teoria Geral de Administração - TGA; **2)** Discutir a importância da qualidade no processo de gestão de pessoas aplicada à administração hospitalar; **3)** Conhecer e entender a inter-relação entre os serviços hospitalares e sua importância para a garantia da qualidade de assistência ao paciente; **4)** Desenvolver uma visão sistêmica da administração hospitalar.

Conteúdo Programático

1) Teoria Geral da Administração: Teoria X e Teoria Y; **2)** Planejamento; **3)** Direção, gerência e supervisão; **4)** Motivação, liderança e comunicação; **5)** Administração transpessoal; **6)** Controle de qualidade; **7)** Mudanças de paradigmas em recursos humanos; **8)** O capital intelectual dos hospitais; **9)** O gerenciamento de pessoas e o diagnóstico organizacional; **10)** Conceitos essenciais de dimensionamento de pessoal; **11)** Desenvolvimento de pessoas, habilidades, competências e remuneração; **12)** Serviços hospitalares; **13)** Avaliação dos serviços hospitalares; **14)** Comissões hospitalares de Ética e Bioética; **15)** Uma visão sistêmica dos Sistemas de Saúde; **16)** Sistema de informação hospitalar; **17)** Ética e responsabilidade social no hospital

Metodologia De Ensino

Leitura compreensiva de textos previamente distribuídos; Trabalhos em pequenos grupos em sala de aula; Aulas expositivas com recursos audiovisuais; Apresentação de filmes; Técnicas de dinâmica de grupo.

Metodologia De Avaliação

Prova escrita individual ou grupal; Participação nas atividades propostas em sala de aula.

Bibliografia Básica

BUERMESTER, Haino (Coord.). **Manual de gestão hospitalar do CQH: livro de casos práticos**. São Paulo: Atheneu, 2003.

CHERUBIN, Niversindo Antonio dos Santos. **Administração Hospitalar Fundamentos**, 3. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

PEREIRA, Luciane Lúcio; GALVÃO, Claudia Raffa; CHANES, Marcelo (Org.) **Administração hospitalar: instrumento para gestão profissional;** São Paulo: Loyola, 2005.

COMPLEMENTAR

CHERUBIN, Niversindo Antonio. **Administrador hospitalar: um compromisso com a ciência e a arte**; São Paulo: Loyola, 1998.

NUNES, Luiz Antonio Rizatto; **Comentários à lei de plano privado de assistência à saúde.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MALAGÓN-LONDONO, Gustavo; MORERA, Galán; LAVERDE, Pontón. **Administração hospitalar.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MAXIMIANO, A. C. Amaru. **Fundamentos de Administração: Manual Compacto para cursos de formação tecnológica e Sequenciais**. São Paulo: Atlas, 2004.

OLIVA, Flávio Alberto; BORBA, Valdir Ribeiro. **BSC Balanced Scorecard**. **Ferramenta gerencial para organizações hospitalares**. São Paulo: Iátria, 2004.

PLANO DE DISCIPLINA

NOME: Comunicação e Relação de Ajuda no Mundo da Saúde

CARGA HORÁRIA: 16h

EMENTA

A comunicação no mundo da saúde, como um fator de humanização é de fundamental importância, tendo em vista que o ser humano é por excelência um ser relacional. Vivemos num momento histórico de muita informação e pouca comunicação humanizante. O desenvolvimento de técnicas de relação de ajuda e capacidades humanas se faz necessário frente a esse contexto.

OBJETIVO GERAL

Capacitar aos alunos a desenvolverem técnicas e processos de comunicação e relação de ajuda.

Objetivos Específicos

1) Compreender o processo de comunicação interpessoal e seus ruídos; **2)** Exemplificar comportamentos verbais e não verbais que fortalecem e que enfraquecem as interações; **3)** Capacitar alunos para que desenvolvam uma relação de ajuda frente a situações críticas da vida humana, tais como: dor, sofrimento, perda e morte.

Conteúdo Programático

1) O bê-a-bá da comunicação; **2)** Os sentimentos e sua influência na comunicação; **3)** Comunicação verbal; Comunicação não verbal; O jeito como falamos: paralinguagem ou paraverbal; **4)** A linguagem do corpo: cinésica; A distância entre as pessoas: proxêmica; **5)** Tocar: tacêsica; **6)** Fatores que afetam a percepção das relações; **7)** Aprendizagem da comunicação não verbal; **8)** Reflexões sobre a comunicação nas relações de grupos de trabalho.

Metodologia De Ensino

1) Aula expositiva participante; **2)** Discussão em grupo; **3)** Leitura e análise de textos; **4)** Debates; **5)** Interpretação de filmes.

Metodologia De Avaliação

1) Participação nos debates e discussões de grupo; **2)** Trabalho elaborado a partir do estudo, debates e discussões de grupo.

Bibliografia Básica

PESSINI, L; BERTACHINI, L. (org.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola; 2004.

SILVA, MJP. (org.). **Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de Enfermagem**. São Paulo: Edunisc/Loyola, 2004.

SILVA, MJP. **Comunicação tem remédio**. São Paulo: Loyola, 2006.

Complementar

CAMILLIANUM: INSTITUTO INTERNAZIONALE DI TEOLOGIA PASTORALE SANITÁRIA. **Dizionário di Teologia Pastorale Sanitária**.Torino: Camilliane, 1997. (Dirigido por G. Cinà, E. Locci, C. Rocchetta, L. Sandrin).

EDLER, R. **Ah, se eu soubesse...**São Paulo: Negócio, 1999.

GAIARSA, JA. **O olhar**. São Paulo: Gente, 2000.

MIRANDA, CF.; MIRANDA, ML. **Construindo a relação de ajuda**. Belo Horizonte: Crescer, 1996.

SATIR, V. **Contatos com tato**. São Paulo: Gente, 2000.

SILVA, MJP. **O amor é o caminho: maneiras de cuidar**. São Paulo: Loyola, 2005.

Plano de Disciplina

Nome: Bíblia e Saúde

Carga Horária: 32h

Ementa

Proporcionar mais segurança aos profissionais no trato dos pacientes, desenvolvendo as habilidades de favorecer maior proveito de paz e tranquilidade espiritual.

Objetivo Geral

Capacitar o profissional da saúde e o agente de pastoral para um serviço amoroso e competente à pessoa humana no momento em que ela mais necessita de ajuda - no tempo da doença e da morte.

Objetivos Específicos

1) Atualizar o conhecimento dos textos bíblicos relacionados com a saúde; **2)** Humanizar o serviço à saúde, sejam os profissio-

nais ou agentes da pastoral.

Conteúdo Programático

1) Os doentes no Antigo Testamento (AT); **2)** Doentes mencionados no AT; **3)** Reflexão teológico-pastoral; **4)** Resumindo; **5)** A cura física; **6)** Abordagem pastoral; **7)** Os doentes no Novo Testamento; **8)** Uma nova visão; **9)** Pregar o evangelho e curar os doentes; **10)** Visão geral das curas no NT; **11)** A cura dos doentes parte integrante da evangelização; **12)** Discurso inaugural de Jesus; **13)** Legação do Batista; **14)** Atividade de Jesus e missão dos Apóstolos; **15)** Missão universal; **16)** Na Igreja apostólica; **17)** Rumo à institucionalização do SUS e os excluídos; **18)** Impureza cultual; **19)** A mulher; **20)** A hemorroíssa; **21)** Na angústia a esperança (Jo 11,1-47); **22)** Curas da Bíblia hoje; **23)** Carisma e espiritualidade dos camilianos.

Metodologia de ensino

Aula expositiva participante; Discussão em grupo; Leitura e análise de textos; Debates.

Metodologia de Avaliação

Participação nos debates e discussões de grupo; Trabalho elaborado a partir do estudo, debates e discussões de grupo.

Bibliografia Básica

BRANDÃO A. **São Camilo de Lellis**. 11. ed. São Paulo: União Social Camiliana, 2008.

VENDRAME C. **A cura dos doentes na bíblia**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

Complementar

ALVES R. **A religião e a enfermidade**. In: MORAIS R. de. (Org.) **Construção social da enfermidade**. São Paulo: Cortez: Morais, 1998.

BAUTISTA M. **Jesus sadio, saudável e terapeuta**. São Paulo: Paulinas, 1997.

MELLO, L.G. de. **Antropologia cultural: iniciação a teorias e temas**. Petrópolis:Vozes, 1983.

OLIVEIRA, E. R. **O que é benzeção.** 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

QUINTANA A; A. M. **A Ciência da benzedura: mau olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise**. Bauru: EDUSC, 2001.

SPISANTI S. **Ética biomédica**. São Paulo: Paulus, 1990.

Plano de Disciplina

Nome: Biodireito

Carga Horária: 32h

Ementa

Contribuindo para a formação e capacitação dos profissionais que atuam no campo da Bioética e Pastoral da Saúde, oferecendo aprimoramento técnico-científico, esta disciplina colaborará com os conhecimentos necessários para o exercício das diversas funções exercidas pelos participantes, vez que possibilitará uma atuação com mais segurança, discernindo e, acima de tudo, com profundo respeito pela vida. Os participantes analisarão: os fundamentos do direito; o Direito Natural e o Direito Positivo; os Direitos Humanos; as regras de atenção integral à saúde da população e do disciplinamento das relações entre as esferas Federal, Estadual e Municipal de gestão do sistema de Saúde; o Estatuto da Criança e do Adolescente; os Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência; a Lei da Doação de Órgãos, Tecidos, Partes do Corpo e Transplante e sua Normatização; o Paciente, seu Prontuário e seus Direitos; a interface desses dispositivos legais com os demais vigentes no país. Assim, esta disciplina auxilia as demais do curso, visto tratar-se de componente complementar na estrutura da Especialização.

Objetivo Geral

Estimular a aplicação do direito como instrumento de promoção da saúde, fornecendo aos alunos contato inicial com os fundamentos do sistema normativo e a legislação mais diretamente relacionada com o direito à saúde.

Objetivos Específicos

1) Refletir sobre a natureza sobre as normas legais; **2)** Introduzir conceitos teóricos embasadores do sistema jurídico brasileiro; **3)** Diferenciar responsabilidade jurídica de natureza administrativa, civil e penal; **4)** Apresentar as principais normas vigentes que regulam o direito à saúde; **5)** Discutir a aplicação de tais normas em casos concretos.

Conteúdo Programático

1) Ética, Estado e Direito; Poder de polícia e vigilância em saúde; Cidadania e advocacia em saúde; **2)** Sistema jurídico brasileiro; Hierarquia de normas; **3)** Responsabilidade jurídica; **4)** Direito da saúde; **5)** Sistema de competências; **6)** Serviço de Saúde; **7)** Biossegurança; **8)** Exercício Profissional; **9)** Direitos dos pacientes; **10)** Pesquisa em seres humanos-Resolução CNS-196/96; **11)** Medicamentos; **12)** Transplantes de órgãos; **13)** Engenharia Genética; **14)** Comitês de Ética em Pesquisa.

Metodologia de ensino

1) Aulas expositivas; **2)** Debates.

Metodologia de Avaliação

1) Participação nos debates e discussões de grupo; **2)** Trabalho elaborado a partir do estudo.

Bibliografia Básica

CICERO, M. T. **Dos deveres**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

DINIZ, M. H. **O estado atual do direito.** São Paulo: Saraiva, 2001.

SOARES, M. M. **Bioética e biodireito: uma introdução**. São Paulo: Loyola, 2002.

COMPLEMENTAR

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

CENTRO DE ESTUDOS DE BIOÉTICA. **Bem da pessoa e bem comum: um desafio à bioética**. Centro de Estudos de Bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra, [20--?].

COHN, A. **A saúde como direito e como serviço**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1999.

DECLARAÇÃO dos direitos humanos: **declaração universal dos direitos humanos.** Bauru: Edipro, 1993.

DIREITOS humanos: **conquistas e desafios**. Brasília: Letra viva, 1999.

FORTES, P.A.C. **Ética e Saúde: questões éticas deontológicas e legais: autonomia e direitos do paciente: estudo de casos**. São Paulo: EPU, 1998.

GAUDERER, E. C. **Os direitos do paciente: cidadania na saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

MENDES, E. V. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

TORRES FERNANDES, M.C. **Ministério Público em São Paulo: Função Institucional de zelar pelo direito à saúde**. Dissertação (mestrado), 1999.

PLANO DE DISCIPLINA

NOME: Questões de Bioética ligadas ao final da Vida Humana

CARGA HORÁRIA: 32h

Ementa

O rápido desenvolvimento técnico-científico na área das ciências da vida e da saúde trouxe profundas mudanças na vida humana, que exigem um repensar das questões atuais fundamentais, tanto do início, quanto de fim da vida.

Objetivo geral

Aprofundar as questões éticas relacionadas ao final da vida humana.

Objetivos Específicos

1) Identificar, a partir de estudos de casos, os valores éticos implicados nas situações médico-hospitalares de fim de vida; **2)** Capacitar as pessoas para o discernimento dos valores éticos a serem salvaguardados em situações de decisões conflitivas; **3)** Analisar as principais questões éticas relacionadas aos temas da morte, eutanásia, suicídio, paciente terminal, transplante e doação de órgãos.

Conteúdo Programático

1) Sobre a morte e o morrer; **2)** Algumas balizas históricas; **3)** Morte na primeira pessoa do singular; **4)** Novo conceito de morte; **5)** O conceito atual da morte encefálica: Conselho Federal de Medicina; **5)** Declaração de Sidney sobre a morte; **6)** Pontifícia Academia das Ciências; **7)** Eutanásia e o direito de morrer com dignidade: Introduzindo o problema; **8)** A Eutanásia na história; **9)** O que se entende por Eutanásia; **10)** As associações para o direito de morrer com dignidade; **11)** O caso Karen Ann Quinlan; A voz da Igreja católica; Deixar morrer em paz e com dignidade; Eutanásia e América Latina; **12)** Paciente terminal, suicídio; **13)** Fatores em matéria de suicídio; **14)** Psicologia do suicídio. Algumas notas; **15)** Enfoque ético; Perspectivas histórico-religiosas; **16)** Dizer a verdade ao doente; **17)** Atitude Norte-Americana; **18)** Posicionamento de médicos brasileiros.

Algumas pistas de ação

1) Transplante e doação de órgãos: Notas históricas; **2)** Uma

visão panorâmica da problemática. **3)** Problemas que dificultam doações de órgãos e realização de transplantes. **4)** A realidade brasileira. **5)** Uma pesquisa - Doação de Órgãos. **6)** Testemunhas de Jeová: Recusa de transfusão de sangue e doação de órgãos. **7)** Reflexões conclusivas. **8)** AIDS: Algumas informações científicas; Aids: sintoma de uma sociedade enferma.

Pistas conclusivas

Metodologia de ensino

Aula expositiva participante; Discussão em grupo; Leitura e análise de textos e Debates.

Metodologia de Avaliação

1) Participação nos debates e discussões de grupo; **2)** Trabalho elaborado a partir do estudo, debates e discussões de grupo.

Bibliografia Básica

CLOTET, J; FEIJÓ, A, OLIVEIRA, MG; **Bioética: uma visão panorâmica**. RS: EDIPUCRS, 2005.

PESSINI, L **Distanásia**: **Até quando prolongar a vida?** São Paulo: Loyola, 2001.

PESSINI L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. **Problemas atuais de bioética**. 8. ed. Revisada e ampliada. São Paulo: Centro Universidade São Paulo; Loyola, 2008.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. (org.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

Complementar

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

BERLINGUER, G. ; GARRAFA, V. **O mercado humano: Estudo da compra e venda de partes do corpo**. Brasília: Editora

da Universidade de Brasília, 1996.

FRANÇA, G.V. de. **Comentários ao Código de Ética Médica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2000.

JOÃO PAULO II. **Evangelium vitae: carta encíclica sobre o valor e a inviolabilidade da vida humana**. São Paulo: Paulinas, 1995.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

_____. **Death: the final stage of growth** Nova Jersey: Prentice-Hall, 1975.

_____. **AIDS: O Desafio Final**. São Paulo: Best Seller,1988.

LEPARGNEUR, Hubert. **O lugar atual da morte: antropologia, medicina e religião**. São Paulo, Paulinas, 1986.

MARTIN, Leonard. **A ética médica diante do paciente terminal: Leitura ético-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica**. Aparecida: Santuário, 1993.

MOSER, Antonio. **Eles nos interpelam: pistas teológico-pastorais a partir da síndrome da Aids**. REB. v. 49, f. 193, p. 5-27, mar. 1988.

PESSINI L. **Morrer com dignidade**. 3.ed. Aparecida: Santuário, 1999.

ZIEGLER, Jean. **Os vivos e a morte** Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

SGRECCIA, E. **Manual de Bioética I: Fundamentos e ética biomédica**. São Paulo:Loyola,1996.

_____. **Manual de Bioética II: Aspectos médicos sociais.** São Paulo: Loyola, 1997.

Capítulo 6

Eventos, seminários e Assembleias sobre Saúde e Pastoral da Saúde: CRB e CNBB



A Igreja no Brasil sempre se preocupou com os doentes. Expressão concreta desse compromisso é a vitalidade da Pastoral da Saúde na dimensão solidária, com que atua nos hospitais ou a domicílio, ou em comunidade. Nessa caminhada de organização e crescimento, destacam-se alguns marcos referenciais que, pela importância histórica, numa linha de continuidade do processo, são apresentados a seguir sinteticamente. Os seminários de saúde organizados pela CRB (Conferência dos Religiosos do Brasil) através do GRS (Grupo de reflexão de Saúde) tinham o apoio da MISEREOR.

7.1 - RELAÇÃO DOS SEMINÁRIOS NACIONAIS DE SAÚDE, DA CRB E ENCONTROS DE PASTORAL DA SAÚDE (CNBB)

1984

Seminário Nacional de Saúde – CRB

Local: Mendes - RJ

Data: 18 - 24 de novembro de 1984

Tema: Vida Religiosa – serviço à vida

1985

Seminário Nacional de Saúde - CRB

Local: Belo Horizonte – MG

Data: 23 - 28 de setembro de 1985

Tema: A saúde na Nova República e a missão do religioso nessa conjuntura

1986

Encontro Nacional de Pastoral da Saúde – CNBB / CRB

Local: Brasília – DF

Data: 08 - 09 de maio de 1986

Tema: Organização de uma Coordenação Nacional da Pastoral da Saúde – CNBB – Colaboração dos Religiosos

1986

Seminário Nacional de Saúde – CRB

Local: Petrópolis – RJ

Data: 20 - 25 de outubro de 1986

Tema: O religioso no processo de democratização da saúde

1987

Seminário Nacional de Saúde – CRB

Local: Fortaleza – CE

Data: 17 - 21 de julho de 1987

Tema: A mística do religioso a serviço da saúde

1987

Seminário Nacional de Saúde – CRB

Local: Curitiba – PR

Data: 19 - 23 de outubro de 1987

Tema: A mística do religioso a serviço da saúde

1988

Seminário Nacional de Saúde – CRB

Local: Petrópolis – RJ

Data: 28 de agosto - 01 de setembro de 1988

Tema: Missão profética do religioso a serviço da saúde

1988

Seminário Nacional de Saúde – CRB

Local: Belo Horizonte – MG

Data: 17 - 21 de outubro de 1988

Tema: A inserção do religioso a serviço da saúde

1989

Seminário Nacional de Saúde – CRB

Local: Goiânia – GO

Data: 25 - 29 de agosto de 1989

Tema: O compromisso com a vida e o mundo da saúde

1990

Seminário Nacional de Saúde – CRB

Local: Rio de Janeiro – RJ

Data: 12 - 18 de setembro de 1990

Tema: Conjuntura sociopolítica, saúde e mulher

1991

Seminário Nacional de Saúde – CRB

Data: 21 - 26 de junho de 1991

Local: Cachoeira do Campo – MG

Tema: Saúde Comunitária: aspectos práticos e teóricos

Dimensão teológica e pastoral à luz da nova evangelização

1991

Seminário Nacional de Saúde – CRB

Local: Garibaldi – RS

Data: 7 - 12 de outubro de 1991

Tema: Os religiosos e as instituições de saúde: aspectos socio-econômico, político e teológico

1992

Seminário Nacional de Saúde – CRB

Local: Petrópolis – RJ

Data: 9 a 14 de setembro de 1992

Tema: Análise sociológica da conjuntura (Mercado, Sociedade Civil e Estado). Dimensão eticoteológica, saúde e conjuntura

1993

II Seminário Nacional de Saúde Comunitária – CRB / CNBB

Data: 24 - 29 de maio de 1993

Local: Fortaleza – CE

Tema: Política de saúde, saúde comunitária, visão eticoteológica.

Objetivo Geral

Fortalecer e animar os(as) religiosos(as) e agentes de Pastoral que atuam na área da saúde.

Obejtivos Específicos

1) Aprofundar as questões da política de saúde na atual conjuntura; **2)** Explicitar e avaliar a metodologia na nossa prática na saúde; **3)** Partilhar experiência e celebrar nossa caminhada; **4)** Estabelecer linhas de ação e articulação; **5)** Clarear nossa prática à luz da mística Cristã.

1993

II Seminário Nacional de Saúde – CRB

Data: 09 - 14 de setembro de 1993

Local: Curitiba – PR

Tema: Vida Religiosa – Instituições de saúde religiosas: identidade e missão

Nas conclusões do Seminário (agir), foi elaborado o seguinte objetivo geral: "Aprofundar a mística do Reino em nosso ser religioso a partir do testemunho de valores humanos, éticos e teológicos, para sermos sinal de esperança nas instituições de saúde e atual contexto sociopolítico e econômico, promovendo vida".

As três propostas de ação para atingir esse objetivo foram assim delineadas:

1 - Visar à formação da consciência crítica, aprofundar nossa mística e atualizarmo-nos sobre a conjuntura de saúde e questões de Bioética;

2 - Vivenciar e tornar conhecida a filosofia da instituição hospitalar,

integrando os leigos como protagonistas na missão evangelizadora;

3 - Integrar a instituição hospitalar com a comunidade, nos vários níveis de atuação e demanda dos serviços de saúde.

1977

I Seminário Nacional de Saúde – CNBB

Aparecem as principais experiências de Saúde Comunitária em algumas regionais.

1981

Campanha da Fraternidade – CNBB - Saúde para todos

Surgem em todo o país inúmeros grupos e iniciativas a partir desta campanha, visando atender o povo mais carente de orientações de educação para a Saúde. Em inúmeras dioceses, começa-se a organizar a PS. Começam os congressos de Pastoral da Saúde em São Paulo (SP).

1985

Seminário Nacional de Saúde – CRB

Data: 23 - 28 de setembro de 1985

Local: Belo Horizonte (MG)

Tema: A saúde na nova república e a missão do religioso nessa conjuntura.

Neste seminário, os religiosos ligados à área da saúde elaboraram uma carta endereçada à Previdência da CNBB, solicitando a "criação de uma comissão de PS" na CNBB, incluindo a PS setor da Pastoral Social – Linha 6 – CNBB. Como resposta vem a convocação para o encontro de 1986.

1986

I Encontro Nacional da Pastoral da Saúde – CNBB/CRB

Data: 8 - 9 de maio de 1986

Local: Brasília

Neste encontro foi oficializada uma Coordenação Nacional da PS e eleita a primeira coordenadora nacional, Irmã Cacilda Hammes, substituída em 1991 pelo Pe. Christian de Paul de Barchifontaine, e em 1994 pelo Pe. Léo Pessini. Definiu-se o que é PS – Serviço do Povo de Deus na Igreja, organizado, tornando presente no mundo de hoje a proposta de Jesus Cristo, na área da saúde, dimensionada no objetivo geral e objetivos específicos.

1987

II Encontro Nacional da Pastoral da Saúde – CNBB

Da pauta consta: Organização de equipes regionais. Articulação da Saúde comunitária e Institucional. Partilha de experiências. Priorização da Linha de Ação da PS. Definição e competência da equipe de coordenação.

Conclusões: Organizar a PS em nível de CNBB; estabelecer linhas prioritárias para a atuação da Igreja no Brasil no campo da Saúde; assessorar a CNBB nas questões de saúde; fornecer subsídios à direção da CNBB na questão Saúde; articular a pastoral com as pastorais da Linha 6 (sociotransformadora) e outras comprometidas com a promoção da vida; recomendar o processo de organização do povo e exigir seus direitos fiscalizar as instituições.

1991

I Seminário Nacional de Saúde CNBB – CRB

Data: 21 - 26 de junho

Local: Cachoeiro do Campo (MG)

Tema: Saúde Comunitária: Aspectos práticos e teóricos. Dimensão teológica e pastoral.

Princípios de ação:

1) Formação pessoal e comunitária, a partir da mística cristã, da cultura popular e do processo participativo, tendo como meta a promoção de Saúde integral do povo; **2)** Articulação com as forças transformadoras da sociedade, através da dinâmica libertadora, lembrando o serviço, a educação, a organização e a mobilização para a construção do poder popular democrático. **3)** Integração entre CRB/CNBB, apoio e diálogo, tendo em vista o compromisso com a saúde comunitária como serviço ao Reino de Deus.

1992

III Encontro Nacional da Saúde – CNBB

Data: 20 - 22 de novembro de 1992

Local: Cotia (SP)

Reuniram-se os coordenadores regionais e a coordenação nacional para refletir sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), a participação popular na gestão da Saúde e o aprofundamento da dimensão mística dos agentes e profissionais da saúde.

1993

Seminário Nacional de Saúde CNBB/CRB

Data: 24 - 29 de maio

Local: Fortaleza (CE)

Tema: Mística, saúde comunitária e política de saúde

Princípios de ação

1) Capacitar agentes da Pastoral da Saúde Comunitária para que sejam sujeitos de transformação, a partir da vivência da mística cristã e da formação sociopolítica; **2)** Articular-se com as entidades (eclesiais, sociais, políticas) que defendem a vida; **3)** Comprometer-se com as formas de organização e mobilização em favor da saúde integral e da nova sociedade.

1994

Encontro da coordenação nacional da PS e representantes regionais

Em São Paulo, de 9 a 10 de outubro, reuniu-se a Coordenação Nacional da PS e representantes de dez regionais da CNBB.

Resultados dos trabalhos de grupo

Entre as conquistas, destacaram-se:

1) Descoberta de um novo jeito de ser pastoral: passagem de uma visão e prática assistencialista (ótica do doente na cama) para uma visão e prática libertadora de promoção e defesa da vida e saúde.

2) Crescimento da consciência crítica, mobilização e organização popular que trouxeram importantes conquistas para o povo.

3) Participação nas instâncias decisórias na área da saúde.

4) Expansão, organização e articulação da PS em muitas dioceses.

5) Integração com outras pastorais afins, sobressaindo-se uma certa articulação com a pastoral da criança.

6) Participação de leigos nos seminários promovidos pela CRB-CNBB.

7) Crescimento da medicina alternativa popular, com o reco-

nhecimento de profissionais que atuam nesta área.

8) Descoberta e valorização da mística feminina.

9) Comemoração de datas significativas, por exemplo, Dia Mundial da Saúde (7 de abril), Dia Mundial do Doente (11 de fevereiro), Dia Mundial da Luta contra a AIDS (1 de dezembro).

10) Integração das três dimensões da PS (comunitária, dos enfermos, e institucional).

11) Existência de uma Coordenação Nacional de PS.

Entre os desafios levantados, destacaram-se:

a) falta de infraestrutura básica para a Coordenação da OS;

b) Visão de conjuntura e participação ativa e crítica nos Conselhos de Saúde;

c) Motivar a Igreja hierárquica para aceitar a OS;

d) Formação de liderança na área da saúde – leigos, padres, profissionais da saúde – numa visão transformadora;

e) Articulação da PS, sobretudo com pastorais afins, em nível nacional, bem como regional.

1995

III Seminário Nacional da Pastoral da Saúde – CNBB/CRB

Data: maio

Local: Salvador – BA

Tema: A Saúde e o excluídos

Objetivos

Diante do sistema capitalista neoliberal, gerador de excluídos, em nome do Deus da Vida, assumimos promover o desenvolvimento integral da pessoa pelo exercício e resgate da cidadania e da

ética, numa dimensão profética, à luz da mística cristã.

Princípios de ação

1) O GRS deve garantir, em nível nacional, seminários, encontros e cursos com a CNBB, Igrejas, movimentos e organizações populares e outros organismos nacionais e internacionais, para somar forças, usando a metodologia dialética no trabalho e na luta pela vida;

2) Lutar em favor da vida, criando e fortalecendo, em nível local, a integração e a mobilização entre as pastorais, movimentos e outras organizações.

3) Comprometer-se, junto às bases, repassando esse seminário e assegurando a continuidade.

4) Comprometer-se, investindo na formação e informação por meio de leituras, seminários, cursos, encontros, celebrações, vigílias, caminhadas, romarias e pelos mais diversos meios de comunicação social.

5) Comprometer-se, buscando garantir espaço nos conselhos, conferências e plenários de saúde, atuando junto aos poderes públicos para o exercício do controle social.

7.2 - ASSEMBLEIAS NACIONAIS DE PASTORAL DA SAÚDE (CNBB)

Tiveram início em 1981 com o estímulo da Campanha da Fraternidade – Saúde para todos. Coordenados pelo ICAPS – Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde e Bioética – em conjunto com PS da Arquidiocese de São Paulo, e, a partir de 1990, com apoio e envolvimento da Coordenação Nacional da PS da CNBB.

Registre-se a participação significativa de, em média, 500 participantes entre profissionais de saúde, leigos, agentes de PS, religiosos(as) e padres.

1995

I Assembleia Nacional da Pastoral da Saúde CNBB

Data: 10 - 12 de outubro

Local: São Paulo

Participaram a coordenação nacional da PS, equipe de assessoria técnico-cientíca, coordenadores diocesanos de PS e representantes regionais da CNBB. Treze regionais estiveram representadas, na sua maioria com os coordenadores diocesanos de Pastoral da Saúde, atingindo em torno de 96 dioceses brasileiras.

Entre as decisões da Assembleia, vale destacar: **1)** Carta ao Ministro da Saúde e Conselho Nacional da Saúde a propósito da caótica situação atual da saúde, revisão constitucional, imposto saúde etc. **2)** Recomendação para que todas as dioceses e agentes da OS tomem consciência da Cartilha dos Direitos do Paciente, elaborada pela Diocese de Osasco e fórum permanente das patologias clínicas (São Paulo), como instrumento de exercício da cidadania. **3)** Definição clara do que se entende por OS (identidade) bem como seu compromisso, detalhado no objetivo geral e nos específicos à luz dos clamores da realidade. Neste particular, ficou clara a necessidade de um aprofundamento e implementação da visão global da OS nas três dimensões fundamentais, que são interdependentes e mutuamente imbricadas, a saber: solidária, comunitária e político-institucional. Para que isso aconteç, faz-se necessário levar a sério a capacitação e formação integral e permanente dos agentes priorizando as urgências, bem como a necessidade de fazer parcerias com todas as organizações que se comprometem com a vida. **4)** Nova equipe de coordenação nacional da OS (período 1995-1998), com representantes das regionais e uma equipe multidisciplinar de assessoria técnico-científica. **5)** Participação e realização, em 1996, do Congresso da PS à luz do tema da CF: Fraternidade e Justiça.

Fonte: Boletim ICAPS – dezembro de 1995, n.º 27; janeiro e fevereiro 1996 – nº 128

7.3 - A CNBB e Pastoral da Saúde: um resumo da história, realidade e perspectivas

Introdução

A Comissão Organizadora do VIII Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde convidou-nos para participar deste evento, refletindo sobre o tema "CNBB e Pastoral da Saúde: realidade e perspectivas".

Agradecidos, aceitamos o convite pela consciência que temos da importância da Pastoral da Saúde no seu compromisso com a vida, que é a razão de ser desta Pastoral que nos desafia a cada dia no contexto da realidade em que vivemos.

A Pastoral da Saúde se fundamenta na mensagem e no testemunho do próprio Cristo, que veio "para que todos tenham vida e vida em abundância" (Jo 10,10).

Hoje, mais do que nunca, a vida está ameaçada e sendo destruída de forma cruel, violenta e institucionalizada. Urge, daí, a necessidade cada vez mais crescente de assumirmos efetivamente nosso compromisso de cristãos, engajando-nos nesta realidade, para transformá-la, cristianizá-la, recuperando, defendendo e cultivando os valores que favorecem a vida.

1 - Realidade da Pastoral da Saúde

A Conferência dos Religiosos do Brasil (CNBB) sempre se preocupou com a questão da saúde, já que um grande número de religiosos exerce seu apostolado nesse setor. E a partir de 1976 constituiu, inclusive, um Grupo de Reflexão da Saúde, que vem desempenhando a sua missão com muita competência e responsabilidade.

Entre as atividades desenvolvidas, anualmente se realizam seminários em nível nacional e regional. A CRB (Conferência dos

Religiosos do Brasil) tem o mérito de ter desencadeado e continuar motivando a Saúde Comunitária.

No seminário realizado em outubro de 1985, em Belo Horizonte, os participantes encaminharam moção à CNBB, solicitando que se organizasse a Pastoral da Saúde em nível nacional, com o objetivo, entre outros, de articulação.

"Em 1986, a CNBB, com o apoio da CRB, realizou o Encontro Nacional já previsto no "8º do Plano Bienal dos Organismos Nacionais da CNBB". Na página 164 desse plano se lê: "A Igreja, em sua larga tradição de zelar pela saúde e no espírito da CF de 1981 (Saúde para todos), deseja manter viva a preocupação pela saúde do povo brasileiro, como serviço de valor eminentemente evangélico" (cf. Relatório do Encontro Nacional de Pastoral da Saúde, CNBB/CRB, Brasília, 8 e 9 de maio de 1986).

Ressaltamos, entretanto, que a Igreja sempre se preocupou com os doentes, através da Pastoral dos Enfermos e, com a motivação da CRB, já desde o I Seminário Nacional de Saúde, em 1977, surgiram experiências de Saúde Comunitária em algumas regionais e que hoje já são uma realidade concreta.

No Encontro Nacional de Pastoral da Saúde de 1986, a partir das experiências relatadas por diversas regionais, constatou-se que há muitas atividades dentro do campo da saúde. Foram distinguidas três áreas:

- um trabalho com **enfermos** (hospitalar e domiciliar);
- um trabalho de **Saúde Comunitária** ou Popular;
- um trabalho em **nível de instituições**.

Os participantes frisaram a necessidade de

- destacar a Pastoral da Criança dentro da Pastoral da Saúde Comunitária;

• centrar o trabalho na educação transformadora a partir da Comunidade;

• atingir o homem todo, em seus aspectos biológico, psíquico, social e espiritual;

• priorizar a educação e a organização das comunidades em função da saúde, sob o impulso da justiça, solidariedade e mística;

• dar atenção à sabedoria popular;

• ver a mulher como agente de mudança e principal agente da Pastoral da Saúde;

• não esquecer o momento político no trabalho de saúde.

Enfatizamos que é fundamental somar as forças para atingir o objetivo geral da Pastoral da Saúde, que é o seguinte: "contribuir na promoção, prevenção e recuperação da saúde de todas as pessoas, dentro de sua realidade, para que tenham vida em abundância, que caracteriza a realização do Reino de Deus no mundo".

Para viabilizar as propostas do Encontro e dar continuidade ao processo foi encarregada a Irmã Cacilda Hammes, que acumula essa função com as atividades normais que já vinha realizando. Consequentemente, por enquanto, os passos são lentos e limitados.

O trabalho vem sendo assumido em equipe.

Dentre as atividades desenvolvidas, destacamos a realização do **II Encontro Nacional, em Brasília, de 1º a 4 de julho de 198**7, que teve como tema central "*A saúde comunitária legitimada pela instituição hospitalar*". A escolha desse tema baseou-se no fato de que o povo brasileiro está ainda muito dependente das instituições de saúde, principalmente médico-hospitalar, e de que o hospital, tendo visão mais global de saúde (não apenas de doença), favorecerá um avanço significativo na saúde comunitária.

Os objetivos do Encontro foram

•desencadear e dinamizar o processo de articulação entre Saúde Comunitária e Institucional (hospitalar);

• partilhar experiências;

• priorizar as linhas de ação da Pastoral da Saúde;

• somar forças na concretização das prioridades assumidas.

Foram muitos os questionamentos dentre os quais destacamos

• como fazer para que o povo se organize, conheça e exija os seus direitos à saúde, inclusive o direito de ser tratado na doença?

• como fazer para que o povo se torne agente de mudança?

• por que a Pastoral da Criança não está integrada com a Pastoral da Saúde?

• como Igreja, estamos dando força ao povo ou ajudamos a manter e fortalecer o sistema?

• nosso papel tem sido de denúncia ou somos coniventes com as injustiças?

• como cristãos, nos comprometemos com as lutas e o sofrimento do povo ou ficamos como meros espectadores?

Dentre as diversas propostas, focalizamos

• trabalhar com o povo para que haja sua participação em todas as fases, desde o planejamento de ações de saúde (serviços de saúde) até a cobrança de seus direitos à saúde;

• que nosso trabalho de Pastoral da Saúde e Pastoral da Criança e de outras Pastorais seja um trabalho em nível de organização

do povo e de caminhada numa perspectiva de fé libertadora.

Foram definidas as seguintes competências da equipe de Pastoral da Saúde

1) organizar a Pastoral da Saúde em nível de CNBB; **2)** estabelecer linhas prioritárias para a atuação da Igreja no Brasil no campo da saúde; **3)** assessorar a CNBB nas questões relacionadas com a Pastoral da Saúde; **4)** fornecer subsídios à direção da CNBB para que possa tomar atitudes proféticas diante de graves atentados à vida; **5)** motivar a formação de Equipes de Pastoral da Saúde em todos os Regionais e incentivar a articulação entre elas; **6)** incentivar a articulação dos setores de Pastoral da Saúde para que haja unidade: **7)** articular a Pastoral da Saúde com as Pastorais envolvidas com a promoção da vida e demais Pastorais da Linha 6.

2 - Perspectivas

a) elaborar e divulgar subsídios que sirvam para reflexão, formação e ação libertadora no campo da saúde;

b) fazer levantamento de experiências nas quais já acontece a articulação entre Saúde Comunitária e Hospitalar e promover encontros de partilha e aprofundamento;

c) promover, juntamente com a CRB, encontros com Provinciais e/ou Assistentes de Provinciais no setor da saúde e administradores de hospitais cristãos, para avaliar a presença e a atuação dos religiosos dentro dos hospitais;

d) intensificar o processo de conscientização do povo na linha de educação popular para a saúde, a fim de que conheça seus direitos, se organize e os exija, tanto em nível comunitário quanto hospitalar;

e) interpelar a prática dos hospitais através da prática da saúde

comunitária, com vista a uma participação popular no planejamento e fiscalização dos serviços de saúde;

f) comprometer-se a articulação de Saúde Comunitária e Hospitalar com a luta mais ampla na transformação da sociedade.

Concluindo, podemos afirmar que a missão numa Pastoral da Saúde Libertadora está sendo um desafio cada vez mais forte e crescente, e requer muita fé, audácia, perseverança, união e, sobretudo, amor pela causa.

Ir. Catarina Pereira de Figueiredo

Fonte: Boletim ICAPS, Outubro, 1987 nº 41



1997

III Assembleia Nacional da Pastoral da Saúde

Local: Casa de encontros das Irmãs Madre Paulina no Ipiranga (São Paulo – SP)

Data: 3-4 de setembro de 1997

Aprovação do documento:

Diretrizes de Ação da Pastoral da Saúde – CNBB

Documento elaborado na IEI Assembleia Nacional da Pastoral da Saúde – CNBB

O que é Pastoral da Saúde

É a ação evangelizadora de todo o povo de Deus comprometido em promover, preservar, defender, cuidar e celebrar a vida, tornando presente no mundo da saúde a ação libertadora de Jesus, nas seguintes dimensões:

I – Solidária – vivência e presença samaritana junto aos doentes e sofredores nas instituições de saúde, na família e comunidade (portadores do vírus HIV, AIDS, portadores de deficiências, drogas, alcoolizados etc.). Visa a atender a pessoa integralmente, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual.

II – Comunitária – visa à promoção e educação para a saúde; relaciona-se com saúde pública e saneamento básico, atuando na preservação das doenças. Procura valorizar o conhecimento, sabedoria e religiosidade popular em relação à saúde.

III – Político-institucional – atua junto aos Órgãos e instituições públicas e privadas que prestam serviço e formem profissionais na área de saúde. Zela para que haja reflexão bioética, formação ética e uma política de saúde sadia.

OBJETIVO GERAL

Evangelizar com renovador ardor missionário o mundo da saúde, à luz da opção preferencial pelos pobres e enfermos, participando da construção de uma sociedade justa e solidária a serviço da vida.

3 - DIMENSÕES

I – DIMENSÃO SOLIDÁRIA

A. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Sensibilizar a sociedade e a Igreja a respeito do sofrimento, denunciando a marginalização dos doentes, portadores de deficiências e idosos e, de maneira especial, em face das novas formas de sofrimento e de doenças contemporâneas (AIDS, doentes mentais e terminais etc.)

2. Zelar pela humanização e evangelização das instituições de saúde, visando ao bem-estar global de todos os que nelas se encontram (profissionais, funcionários, doentes e familiares).

3. Proporcionar atendimento pastoral aos doentes internados e a domicílio.

4. Favorecer políticas de humanização, colocando o doente como razão de ser das instituições de saúde, no resgate da dignidade humana, no processo de fortalecer a fé e a esperança cristã.

5. Sensibilizar e integrar a comunidade e as instituições de saúde, uma vez que estas fazem parte dela.

6. Preparar agentes de pastoral da saúde para anunciar a Boa Nova ao ser humano, diante do confronto com o sofrimento, a doença e a morte, bem como no respeito ao sigilo ético em relação às informações confiadas.

7. Relacionar-se com as diferentes tradições religiosas num diálogo que respeite a liberdade de consciência.

8. Celebrar, nas instituições de saúde (hospitais, ambulatórios, posto de saúde) e comunidade, datas significativas relacionadas com o mundo da saúde, tais como Natal, Páscoa, Dia do Enfermo (São Camilo), Dia Mundial da Saúde (7 de abril), Dia do Médico, Dia do Enfermeiro...

9. Contribuir para a humanização e evangelização das estruturas, instituições e profissionais da saúde, atuando junto a eles no seu processo de formação profissional a fim de cultivar valores humanos, éticos e cristãos.

B. Atividades a Desenvolver

1.Junto aos doentes e familiares

1.1. Atender os doentes nas casas, acompanhando-os no cotidiano e fortalecendo seu relacionamento com os familiares e comunidade;

1.2. Visitar os doentes que estão hospitalizados de forma sistemática e organizada, acompanhando especialmente os que estão

em situações críticas. Preparar os agentes de pastoral para atuar nas unidades especiais;

1.3. Programar e realizar celebrações litúrgicas criativas (missas, cultos e outros), que resgatem a dimensão celebrativa da vida numa perspectiva de fé e esperança;

1.4. Acompanhar os familiares dos doentes, ajudando-os nos momentos difíceis especialmente quando da perda de entes queridos (Pastoral da Esperança);

1.5. Possibilitar aos doentes e recepção dos sacramentos e sacramentais quando o desejarem;

1.6. Acompanhar solidariamente, de modo especial, os doentes terminais e os idosos da comunidade com cuidados de saúde;

1.7. Elaborar subsídios (livretos, mensagens, boletins etc.), que transmitam esperança, solidariedade e fé.

2. JUNTO À COMUNIDADE COM SEUS AGENTES, POR MEIO DE

2.1. Promoção e encontros e parcerias com grupos paroquiais, movimentos eclesiais e ecumênicos bem como outras entidades, para um trabalho de sensibilização na perspectiva de promover a saúde (educação preventiva) e cuidar solidariamente dos doentes;

2.2. Formação humana e cristã dos agentes de Pastoral da Saúde que são da comunidade e prestam serviço voluntário nas instituições de saúde ou nos domicílios;

2.3. Organização de reuniões, dias de formação e treinamento em termos de aconselhamento e atendimento pastoral, para capacitação humana, afetiva, ética e técnica das pessoas que desejarem prestar esse serviço;

2.4. Estímulo para que os profissionais da saúde prestem serviço de educação e cuidados de saúde em comunidades carentes, favelas, periferias e zonas rurais;

2.5. Empenho na criação de associações católicas de profissionais da saúde.

3. Junto aos profissionais da saúde e servidores das instituições de saúde, com ações que

3.1. Priorizem o atendimento pastoral aos profissionais da saúde que atuam nas instituições de saúde;

3.2. Programem e realizem, cursos, debates e círculos de estudos sobre assuntos de interesse ao mundo da saúde tais como: ética, bioética, relações humanas, evangelização, catequese, temas da Campanha da Fraternidade, cura na perspectiva bíblica, sofrimento humano na perspectiva cristã entre outros;

3.3. Engajem os profissionais da saúde e servidores no processo de humanização e evangelização;

3.4. Criem uma equipe multidisciplinar de apoio à Pastoral da Saúde.

II - Dimensão Comunitária

A. Objetivos Específicos

1. Conscientizar a comunidade a respeito do direito à saúde e o dever de lutar por condições mais humanas de vida, terra, trabalho, salário justo, moradia, alimentação, educação, lazer, saneamento básico e preservação da natureza.

2. Priorizar ações de educação, implementando uma verdadeira cultura de saúde, com ênfase preventivas permeadas pelos valores da justiça, equidade e solidariedade.

3. Resgatar e valorizar a sabedoria e a religiosidade popular, relacionadas com a natureza dos dons da mãe natureza e conservação do meio ambiente.

4. Refletir, à luz da fé cristã e da pessoa de Jesus, sobre a realidade

da saúde e da doença, bem como as implicações da ciência, tecnologia e bioética. Implementar os valores éticos da solidariedade e cidadania, visando à construção de uma sociedade justa e solidária.

5. Incentivar e desenvolver a formação e capacitação contínua dos agentes de pastoral da saúde, nos aspectos humanos, técnicos, éticos e cristãos, criando-se centros regionais de formação de agentes de pastoral.

6. Estar atento às diferentes práticas alternativas de saúde, que não pertencem a nossa cultura, usadas sem a necessária fundamentação e comprovação científica e que causam estranheza, insegurança, desconfiança e descrédito da ação pastoral na comunidade, evitando-se assim o fanatismo e o dogmatismo.

7. Priorizar a educação transformadora, a partir da comunidade, sob o critério dos valores da justiça, solidariedade e mística cristã.

B. Atividades a Desenvolver

1. Junto aos doentes e familiares

1.1. Oferecer presença e ajuda na solução dos seus problemas de saúde, numa atitude solidária e fraterna, mas permitir, igualmente, que ele seja agente do seu processo de decisão quanto ao tratamento imediato e quanto a sua conduta posterior;

1.2. Garantir das entidades prestadoras de serviços, através da participação comunitária, o cumprimento de sua missão na prestação de serviços que integrem os cuidados e assistência aos doentes e à população local;

1.3. Denunciar situações de cuidados precários de saúde, mau atendimento nas instituições de saúde, a não distribuição equitativa dos recursos, as cobranças indevidas e a existência de preconceitos quanto isso ocorrer;

1.4. conscientizar em relação às práticas alternativas de saúde, a

respeito de seus valores e limites, questionando-as e orientando-as com a necessária fundamentação e conservação científica.

1.5. Esclarecer os doentes e familiares a respeito de seus direitos.

2. Junto à comunidade com os seus agentes, por meio da

2.1. Motivação, organização e engajamento em ações educativas, utilizando-se de reuniões, palestras, cursos sobre saúde e suas diferentes práticas;

2.2. Garantia da continuidade das ações, na medida em que se complexificam, ou na medida em que se simplificam os recursos necessários, bem como oferecer apoio técnico e operacional para o desenvolvimento de tais ações e resoluções dos problemas;

2.3. Desenvolvimento da reflexão ética sobre os aspectos envolvido na prestação dos serviços de saúde à comunidade pelo Estado, bem como das relações de trabalho estabelecidas entre técnicas e comunidade;

2.4. Acompanhamento das ações dos agentes de pastoral da saúde, através do conhecimento da realidade de saúde com informações precisas que possibilitem a tomada de decisão, avaliação e planejamento das atividades;

2.5. Incentivo à criação de grupos e/ou associações de apoio a doentes crônicos e seus familiares.

3. Junto aos profissionais da saúde e servidores das instituições de saúde em ações que

3.1. Desenvolvam a função de ligação entre a população e os serviços de saúde implantados, nas suas atividades cotidianas, e nos Conselhos locais e distritais de saúde;

3.2. Capacitem a população a cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, ao mesmo tempo em que desenvolvam a efetiva consolidação da assistência à saúde local;

3.3. Promovam espaços de avaliação, planejamento e supervisão de todo processo que for desencadeado, com fins de aprofundamento, treinamento e atualização;

3.4. Busquem atendimento humanitário através de adequadas condições de trabalho, apoiando e valorizando os profissionais da área da saúde;

3.5. Ajudem a entender a saúde como direito fundamental da pessoa humana, cultivo de estilos saudáveis de vida e a ter uma boa qualidade de vida, para além das ações imediatas de cura.

III – Dimensão Político Institucional

A – Objetivos Específicos

1. Considerar a saúde como um direito fundamental da pessoa humana estreitamente vinculado à solidariedade e equidade.

2. Participar ativa e criativamente nas instâncias oficiais que decidem a política de saúde da Nação, estado, região e município.

3. Apoiar e criar espaços de luta política e solidariedade em favor da vida, valorizando as organizações populares e suas iniciativas.

4. Recuperar o compromisso constitucional da Seguridade Social, definida como um conjunto de ações do Poder Público e da sociedade, destinado a assegurar o direito à saúde, previdência e assistência social.

5. Envolver-se nas ações de política de saúde relacionadas com a elaboração do orçamento da saúde, formação e participação nos conselhos: locais, distritais, municipais, estaduais e nacionais.

6. Acompanhar e colaborar nas atividades dos Conselhos de Saúde no exercício do controle social, exigindo prestação de contas, em relação à qualidade dos serviços prestados.

7. Exigir que o Estado garanta os serviços básicos de saúde à população, reforçando a ideia de que a saúde pública é um direito social.

8. Estabelecer canais de comunicação com as instituições públicas e privadas que atuam na área da saúde e educação.

9. Definir estratégias e mecanismos que possibilitem ampliar a base de sustentação política para as novas práticas de saúde, considerando a participação dos gestores e prestadores de serviços e dos usuários dos processos.

10. Considerar, à luz do princípio da equidade, que a realidade de situações desiguais (diferenças sociais, econômicas, culturais etc.) exigem intervenções e ações diferenciadas para a solução dos problemas.

11. Articular a pastoral da saúde em outras pastorais, movimentos, organismos e instituições, a fim de viabilizar recursos materiais, financeiros, humanos, bem como ações e projetos comuns.

12. Cuidar para que, no âmbito do relacionamento e parcerias com os poderes públicos, a pastoral da saúde não substitua o que é função do Estado.

13. Possibilitar a formação específica dos agentes de pastoral da saúde que atuam como conselheiros, acompanhando-os e avaliando-os periodicamente.

14. Incentivar para que, nas universidades e instituições de ensino católicas, bem como nos seminários, sejam introduzidos cursos de aprofundamento em Pastoral da Saúde.

B – Atividades a Desenvolver

1. Junto aos doentes e familiares

1.1. Educar através de campanhas informativas, cursos, encontros a respeito de doenças, prevenção e promoção de saúde;

1.2. Conscientizar para o novo conceito de saúde como qualidade de vida e estilos de vida saudáveis, além de valorizar a perspectiva holística, isto é, vendo o ser humano nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual.

2. Junto à comunidade com seus agentes, por meio de

2.1. Divulgação de dados e informações sobre a realidade da saúde no país;

2.2. Formação dos Conselhos de Saúde locais, distritais, municipais e estaduais;

2.3. Acompanhamento e divulgação das atividades do Conselho de Saúde, visando ao aumento do controle social;

2.4. Orientação dos agentes de Pastoral da Saúde em política de saúde, especialmente no que se refere a: conselho gestor de hospitais; consórcios ambulatórios e especialidades, unidades básicas de saúde e normas operacionais do Ministério da Sáude.

3. Junto aos profissionais da saúde e servidores das instituições de saúde, com ações que

3.1. Possam se articular com os serviços básicos de saúde do município, no gerenciamento de unidades ambulatoriais e hospitalares, respeitando os princípios do SUS (equidade, universalidade, integralidade, descentralização);

3.2. Façam transparecer a efetiva retaguarda institucional garan-

tida por lei;

3.3. Expressem e assumam a perspectiva de ver saúde como qualidade de vida e o cultivo de estilos de vida saudáveis;

3.4. Garantam práticas de prevenção da doença, acompanhando o desenvolvimento dos demais temas vinculados aos direitos fundamentais;

3.5. Integrem equipes de saúde com distintos profissionais, necessários à realização de ações definidas para a solução dos problemas;

3.6. Avaliem periodicamente o impacto das ações de saúde sobre a realidade local, revendo constantemente o seu planejamento;

3.7. Colaborem na formação ética dos futuros profissionais da saúde, levando em conta as necessidades sociais. Formar profissionais da saúde para fazer o quê? No interesse de quem? A partir de quais critérios e valores?;

3.8. Divulguem as atividades desenvolvidas junto à comunidade, garantindo informações e efetivando o controle social na saúde.

Fonte: Boletim ICAPS – outubro 1997 – nº 147

7.4 - CRB – Conferência dos Religiosos do Brasil / GRS – Grupo de reflexão de saúde

A Conferência dos Religiosos do Brasil (CRB) sempre se preocupou com a questão da saúde, já que um grande número de religiosos exerce seu apostolado nesse setor. E, a partir de 1976, constituiu um Grupo de Reflexão da Saúde (GRS), que vem desempenhando sua missão com muita competência e responsabilidade. Entre as atividades desenvolvidas, anualmente se realizam seminários em nível nacional e regional.

No Seminário Nacional, promovido em outubro de 1985, em

Belo Horizonte, os participantes encaminharam moção à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), solicitando que se organizasse a Pastoral da Saúde em nível nacional, com o objetivo, entre outros, da articulação.

Em 1986, nos dias 8 e 9 de maio, em Brasília, a CNBB, com apoio da CRB, realizou o Encontro Nacional já previsto no 8º Plano Bienal dos Organismos Nacionais da CNBB. Na página 164 desse plano se lê: "A Igreja, em sua larga tradição de zelar pela saúde e no espírito da Campanha da Fraternidade de 1981, "Saúde para todos", deseja manter viva a preocupação com a saúde do povo brasileiro, como serviço de valor eminentemente evangélico".

Ressaltamos, entretanto, que a Igreja sempre se preocupou com os doentes, através da Pastoral dos Enfermos, e, com a motivação da CRB, já desde o I Seminário Nacional de Saúde, em 1977, surgiram experiências de saúde comunitária em algumas Regionais, que hoje são uma realidade concreta.

No Encontro Nacional de Pastoral da Saúde de 1986, foram distinguidas três dimensões na Pastoral da Saúde:

• **Pastoral de Saúde Comunitária**, que é popular, preventiva, curativa, integrada, educativa, transformadora e organizativa. A Pastoral da Criança entraria nesse trabalho;

• **Pastoral dos Enfermos**, hospitalar e domiciliar;

• **Pastoral da Saúde institucional**, que procura influir no Ministério e Secretaria da Saúde, Faculdade de Medicina, escolas e outras instituições de saúde.

Além da setorização da pastoral da Saúde, o Encontro traçou o objetivo geral e os objetivos específicos da Pastoral da Saúde, que são assim enunciados:

OBJETIVO GERAL

Contribuir para a promoção, prevenção e recuperação da saú-

de de todas as pessoas, dentro de sua realidade, para que tenham vida em abundância que caracteriza a realização do Reino de Deus no mundo.

Objetivos específicos

1. fortalecer a conscientização sobre os direitos à vida e deveres de lutar por condições dignas de viver: terra, trabalho, salário justo, habitação, alimentação, lazer e transporte, educação, saneamento básico e participação no poder de decisão;

2. Ajudar o povo a ser agente de sua saúde (e não objeto);

3. Capacitar o povo para desenvolver ações básicas de saúde e a formação de agentes de saúde entre pessoas indicadas pela Comunidade;

4. Apoiar a organização do povo na reivindicação de seus direitos;

5. Articulação de Saúde Comunitária com instituições de saúde, movimentos e organizações que promovem a vida;

6. Resgatar e valorizar a sabedoria popular, sua fé e religiosidade;

7. Centrar todos os esforços na educação transformadora, a partir da comunidade, sob o critério de três dimensões: justiça, solidariedade e mística;

8. Preparar Agente de Saúde para anunciar a Boa Nova ao homem, diante do confronto com o sofrimento, a doença e a morte;

9. Proporcionar assistência psico-espiritual aos enfermos internados e a domicílio;

10. Relacionar-se com instituições (Ministério, Secretaria, hospitais, escolas, editoras etc.) que exerçam atividades ou tomem decisões no campo da saúde, a fim de defender a vida.

7.5 - VIDA RELIGIOSA E INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Nos dias 9 a 14 de setembro de 1993, aconteceu o II Seminário Nacional de Instituições de Saúde, em Curitiba - PR, promovido pela CRB - Conferência dos Religiosos do Brasil, através do GRS -Grupo de Reflexão de Saúde. Com a presença de 100 religiosos(as) de todo o território nacional, procurou-se refletir sobre a temática Vida religiosa - instituições de saúde: identidade e missão, a partir da metodologia do ver-julgar-agir, com a seguinte justificativa: a XVI Assembleia Geral Ordinária da CRB (julho de 1992) assumiu como objetivo geral (1992-1995) aprofundar em todos os níveis a identidade da vida religiosa, no seguimento de Jesus pobre, em sua preferência pelos pobres, no dinamismo profético dos carismas específicos, em comunhão com todo o povo de Deus e os pastores, a serviço da vida, da justiça e da esperança.

O grande apelo é "aprofundar em todos os níveis a identidade da vida religiosa". O que significa isso na área da saúde e especificamente para a vida religiosa nas instituições de saúde?

Temos, no Brasil, um expressivo número de religiosas(os) que atuam em instituições de saúde. Constata-se um êxodo dessa realidade. Hoje, mais do que nunca, frente às urgências da sociedade de doenças ("cultura de morte"), inovações técnico-científicas idolatradas (tecnolatria), sem nenhuma referência ética, e desumanização crescente com cuidado, entre outros fatores, se pergunta com insistência, e não sem angústia, a respeito da identidade e missão da vida religiosa nesse contexto. Muitos pensam até que, nessa realidade, o novo da vida religiosa, tão transparente e vivo outrora, não pode mais acontecer. Será verdade?

7.6 - Vendo a questão

Assumindo essas inquietações, em continuação ao I Seminário de Instituições de Saúde (Garibaldi; RS, 1991), este II Seminário Nacional procurou aprofundar justamente dois aspectos fundamentais do ser religioso - sua identidade e missão nas instituições, bem como a própria identidade e missão das instituições de saúde.

Sem dúvida, fazem-se necessários um conhecimentos e leitura crítica da realidade das instituições de saúde no contexto maior da conjuntura nacional de saúde, tendo em vista o confronto entre a tendência privatizante e o processo SUS (Sistema Unificado de Saúde) no desdobramento da municipalização, garantida na Constituição de 1988, que, em muitas localidades, vem sendo pervertida pela politicagem da prefeiturização. Acrescente-se a isso possível revisão constitucional próxima, com sérias tendências de anular conquistas de direitos sociais garantidos. Na análise dessa conjuntura, fomos ajudados pelo Padre Christian de Paul de Barchifontaine, MI.

É importante frisar também que uma visão histórico-social evolutiva das instituições de saúde e da medicina nos ajudou a entender a problemática de hoje, para não cairmos facilmente em simplismos dogmáticos frente à complexidade da situação, que exige várias matizações e perante a qual não temos soluções mágicas. Nesta tarefa, a Irmã Dra. Maria Helena Guariento apresentou uma contribuição preciosa.

Do bojo dessa realidade, emergem, inevitavelmente, algumas questões muito sérias. Entre outras, levantamos:

* As instituições de saúde pertencentes e/ ou administradas por religiosas(os) servem a quem?;

* Estão abertas à comunidade ou, simplesmente, na estratégias de sobrevivência em tempo de crise, acabam elitizando seus serviços, utilizando-se necessariamente de técnicas e especialidade de última geração e, consequentemente, afetando as pessoas mais carentes da comunidade?;

* Essas instituições cultivam uma filosofia marcadamente cristã ou o mercado acaba sempre elegendo as prioridades?;

* Existe o empenho de se ter uma Pastoral da Saúde que envolva toda a realidade hospitalar (doentes, familiares e profissionais) e comunidade?;

* Como são encaminhadas as questões éticas ligadas ao nascer, bem como aquelas ligadas ao paciente terminal?;

No que toca à vida religiosa enquanto tal, a respeito da razão de ser e presença na realidade institucional:

• que educação (ética-teológica, humana e técnico-científica) as(os) religiosas(os) recebem?;

• que testemunho evangelizador transparece?;

• que mística deve alimentar o ser e agir da(o) religiosa(o);

• por que as gerações mais jovens de religiosas(os) não mais se entusiasmam em marcar presença nesse contexto?

Nesta perspectiva inquetadora, os objetivos deste Seminário foram os seguintes: a) analisar criticamente a conjuntura atual das instituições de saúde frente à Política Nacional de Saúde e compreender como esta situação interfere na identidade e missão da vida religiosa e instituições de saúde; b) oferecer espaço de reflexão sobre o ser religioso nos serviços de saúde institucionalizados; c) ajudar as(os) religiosas(os) a refletirem sobre uma Filosofia que explicite os valores evangélicos das Instituições de Saúde, à luz dos clamores do povo, caminhada de Igreja e pluralidade dos carismas; d) levantar pistas de ação em relação a questões éticas no contexto hospitalar que ferem a dignidade humana; e) oferecer subsídios para a organização da Pastoral da Saúde em ligação com a comunidade e, finalmente, partilhar experiências e celebrar a caminhada.

O julgar. No julgar (perspectiva eticoteológica), foram apresentadas oito questões fundamentais no processo de reflexão eticoteológica sobre Vida Religiosa - instituições de saúde: identidade e missão. São elas:

1. Lucidez crítica frente à realidade (espírito de discernimento);

2. Filosofia da instituição -valores e princípios que foram o nosso credo e inspiram a missão;

3. Educação e especificação das(os) religiosas(os);

4. Gerenciamento da instituição à luz da administração científica que prime pelo aspecto humano-eticopastoral;

5. Protagonismo dos leigos em cargos-chave com formação puramente técnica sem qualquer referência a valores eticoreligiosos;

6. A instituição de saúde como espaço para reflexão ética e solidariedade pastoral organizada;

7. O desafio do cultivo de uma espiritualidade exodal;

8. Pistas de uma ética missionária num contexto pluralista, ecumênico, que poderíamos chamar de "terra de missão".

Léo Pessini, sacerdote camiliano, membro do Grupo de Reflexão de Saúde-Conferência dos Religiosos do Brasil.
Fonte: Boletim Icaps – Outubro 1993 – nº 105.

7.7 - Coordenação Nacional da Pastoral da Saúde CNBB - Brasília (DF)

Coordenadores nacionais:

1) 1986 – 1990: **Ir. Cacilda Hammes** – Florianópolis (SC). Enfermeira, inserida na área de saúde comunitária.

2) 1990 – 1993: **Pe. Christian de P. de Barchifontaine** –

Camiliano, Enfermeiro, São Paulo (SP);

3) 1993 – 1997: **Pe. Léo Pessini** – Camiliano, bioeticista, São Paulo (SP).

4) 1997 – 2001: **Pe. Evangelista Moisés de Figueiredo -** Pertence ao clero da arquidiocese de Brasília (DF).

5) 2001 – 2003: **Pe. José Edson da Silva -** Ex-camiliano. Secularizou-se.

6) 2003 – 2011: **Dr. André Luiz de Oliveira -** Médico, leigo de Uberlândia (MG).

7) 2011 – : **Sebastião Geraldo Venâncio -** Leigo, Diocese de S. José dos Campos (SP).

7.8 - PRIMEIRO DOCUMENTO OFICIAL DA CNBB SOBRE AIDS

A IGREJA E A AIDS

Emitida com data de 1º de dezembro – Dia Mundial de Luta contra a AIDS, pela Presidência e Comissão Episcopal de Pastoral da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, a Declaração "Igreja e AIDS" assume ser também "importante problema pastoral" a enfrentar o representado pela AIDS no País, pois "em cada caso com que nos defrontamos, a AIDS tem um rosto humano, uma história singular". É esse o primeiro documento oficial da Igreja no Brasil sobre a questão. Foi elaborado a partir da assessoria da Coordenação Nacional da Pastoral da Saúde-CNBB, tendo como coordenador, na ocasião, o Pe. Christian de Paul de Barchifontaine. Deve, por isso, ser conhecido de todos os que atuam na Pastoral da Saúde. A Declaração é a seguinte, na íntegra:

Introdução

A AIDS ("Síndrome da Imunodeficiência Adquirida") é uma ameaça ao mundo inteiro e fortemente no Brasil.

Não se trata de um problema de apenas alguns segmentos da sociedade. A doença atinge a comunidade humana e se constitui numa ameaça à vida. Torna-se uma verdadeira pandemia. Levanta numerosas e complexas questões no campo científico, humano, social, ético e pastoral, para muitas das quais ainda estamos longe de ter respostas.

Diante desse fato, a Igreja enfrenta um importante problema pastoral, com posicionamentos assumidos já em diversos países. Por isso, sente o dever de elaborar e sinalizar algumas pistas de reflexão e ação, certa de que, mais do que denúncias e lamentações, a realidade exige ações de educação preventiva, bem como compreensão, misericórdia e solidariedade pastoral que sejam portadoras de esperança e encorajamento aos atingidos por tão grave problema.

Alguns dados

O alastramento da AIDS, também chamada doença do século, adquiriu aspectos preocupantes em todo o mundo.

O Brasil está entre os países que têm maior número de doentes de AIDS. Isto vem de saúde pública. O seu impacto poderá provocar graves consequências para o progresso social e econômico do País. Segundo o Centro de Referência da AIDS da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, no Brasil existem 700 mil pessoas infectadas pelo HIV. Em São Paulo, onde se encontra o maior contingente, 100 mil pessoas estão em tratamento. Sabemos, no entanto, que muitos casos não são notificados, devido aos inúmeros tabus que cercam a doença.

Capítulo 7

Dados da Organização Mundial da Saúde alertam sobre um número superior a 10 milhões de crianças no mundo que poderão ficar na orfandade, nos próximos anos, em razão da morte dos pais, provocada pela AIDS. Comenta-se, com insistência nos meios científicos, que deve aumentar em todo o mundo o contágio entre mulheres e crianças. Teme-se que, para o final do século, cada família terá um doente com AIDS.

As Dimensões do Problema

Precisamos encarar a AIDS não somente como um problema biomédico: doença causada pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência humana). Ela se situa no contexto maior onde vivemos, como reflexo de uma sociedade doente, de uma síndrome maior, que poderíamos chamar de "cultura da morte".

Entre os muitos sinais de morte com os quais convivemos, assinalamos o narcotráfico, a violência, a miséria, a marginalização, a destruição do meio ambiente, a sexualidade comercializada e reduzida à genitalidade, desvinculada da educação para o amor, para o respeito à própria vida e à dos outros.

Embora sejam o sexo e a droga os maiores meios propagadores desse vírus, a AIDS não pode ser restringida a uma questão meramente sexual, nem devemos pensar que essa doença atinge somente drogados, homossexuais, travestis e prostitutas. A AIDS pode atingir qualquer pessoa, uma vez que se transmite também por contato de sangue. Não bastam simplesmente as soluções paliativas, divulgadas pelos meios de comunicação, e campanhas, como se seringas descartáveis,uso de preservativos e pretenso sexo seguro resolvessem o problema.

É preciso empreender uma sólida educação preventiva para uma melhor qualidade de vida. Organizar e apoiar programas educativos que ajudem a impedir a difusão da doença. Há aspectos éticos a serem observados.

Estamos convencidos de que, atualmente, as únicas medidas realmente capazes de combater essa doença são as previstas pela educação e mudança de mentalidade e de comportamento. Todas as formas de transmissão da AIDS dependem do comportamento humano. Por isso, em princípio, poderiam ser todas evitadas.

Ética e solidariedade pastoral

Diante da complexa realidade da AIDS, precisamos assumir os valores e a pedagogia da ética evangélica.

Desejamos insistir na presença do amor, na misericórdia e na solidariedade em favor da vida, sem cair na utopia do exigir de todos a vivência plena desses valores.

Em cada caso com que nos defrontamos, a AIDS tem um rosto humano, uma história singular. Não devemos ver a AIDS como sinal do fim dos tempos, castigo de Deus ou vingança da natureza. Precisamos compreender e analisar a AIDS com a maior objetividade possível do ponto de vista humano, médico, sanitário, social e científico, e assumir o compromisso de uma atitude solidária e humana, superando o medo e os preconceitos contra os portadores da doença.

A Igreja deseja ajudar e entender os que sofrem. Este compromisso solidário procura desenvolver uma ação pastoral libertadora que resgate a pessoa vitimada pela AIDS como sujeito e não meramente como objeto de cuidados terapêuticos e pastorais.

As pessoas contaminadas com o vírus HIV com doença manifesta ou não, por sua vez,nos interpelam e evangelizam. A prática de Jesus frente aos doentes, e em especial os mais marginalizados pela sociedade de então, é iluminativa para nossa presença cristã marcadamente samaritana (cf. Lc 10, 29-37).

Para os cristãos, portanto, as situações de pessoas doentes de AIDS devem ser oportunidade de caminhar com os que sofrem, de sermos solidários e caridosos, de infundirmos força e coragem

a eles e a seus familiares. Proporcionar dignidade de vida. Evitar a injustiça que muitas vezes mata social e religiosamente os doentes com AIDS antes de sua morte física.

Importância da Educação

Além de incentivar a pesquisa científica para solucionar o problema, o governo, a sociedade civil e a Igreja precisam encontrar formas concretas de atender às necessidades dos soropositivos (portadores do HIV) e daqueles que se encontram com a doença instalada, os doentes com AIDS.

Um grande desafio que se apresenta frente ao problema da AIDS, no momento, é a educação que ajude a identificar as formas de contato e de transmissão, para evitá-las por comportamento consciente. Mas uma educação que ultrapasse o nível meramente informativo e contemple uma visão integral da pessoa humana, para além de uma perspectiva meramente biológica. Uma educação sexual que resgate a visão sadia da sexualidade humana, afetiva e psíquica. Que incentive a viver a fidelidade na união do homem com a mulher no matrimônio, superando forma de promiscuidade e libertinagem. Uma educação para o amor.

Enfim, uma educação que promova a cultura da vida.

Outras propostas de ação

A missão da Igreja não é a de substituir o papel do governo e demais instituições. Mas somar esforços e sinalizar pistas para a defesa da vida e a solução dos graves problemas que a ameaçam. No que se refere à AIDS:

1) Incentivar e apoiar atividades de compromisso humano e evangélico com a causa da vida.

2) Denunciar de modo veemente o narcótico, pois está comprovado que é sobretudo pelo uso da droga que se transmite a doença da AIDS em nosso meio.

3) Apoiar programas legislativos e educativos que visam a uma acurada informação sobre a AIDS. Promover dias de estudo, encontros, debates, esclarecimentos e formação de pessoas e elaborar subsídios a respeito do problema. Privilegiar essa formação para os jovens nas escolas.

4) Atuar junto aos órgãos de saúde pública para o cuidado na transfusão de sangue, no uso de seringas e materiais usados nas instituições de saúde, e para que garantam adequada e acessível assistência a todas as pessoas que dela necessitam, particularmente as atingidas pelo vírus HIV.

5) Conscientizar e sensibilizar as pessoas da própria Igreja: bispo, pároco, religiosos e religiosas, seminaristas, comunidades, agentes de pastoral, para agirem adequadamente e animar a formação de líderes para o desenvolvimento de ações de prevenção à AIDS.

6) Estimular a criação de uma pastoral específica no contexto da Pastoral da Saúde para a solidariedade aos doentes e familiares vitimados pela AIDS, ajudando a superar medos e preconceitos e a oferecer cuidados físicos, psicológicos e espirituais necessários.

7) Criar, quando necessário, casas de apoio e albergues para atender às vítimas da AIDS sem recursos ou abandonadas pelas famílias, especialmente as crianças que devem enfrentar a vida e a morte sem o carinhoso cuidado dos pais.

8) Promover eventos e celebrações específicas que visem à conscientização, educação e solidariedade. O Dia Mundial da Luta contra a AIDS (1º de dezembro) poderia ser o ponto alto.

Observações sobre a atuação junto aos grupos de risco

Situação especial apresentam os assim chamados "grupos de riscos", que mais de perto estão envolvidos com o problema da AIDS.

Ações imediatas que visam diminuir os riscos de contaminação não são suficientes.

Em geral, as campanhas de prevenção da AIDS, promovidas por órgãos públicos ou por outras iniciativas, visam transformar práticas de risco em práticas mais seguras. Com isso não se elimina o perigo da contaminação. É imperativo ético que essas campanhas contenham o alerta sobre o limite das técnicas preventivas que propõem.

Isso reforça a necessidade, também para os grupos de risco, de uma ação educativa continuada, à luz dos princípios éticos, que vise, a médio e longo prazos uma mudança de mentalidade, e o abandono das práticas que se constituem em risco de infecção de vírus HIV.

Isso comprova, igualmente, a validade dos princípios sempre apontados pela moral cristã. Ela propõe o respeito à vida, à dignidade de toda pessoa humana. Mostra o valor da sexualidade, assumida de maneira consciente e integrada na realização pessoal, dentro de critérios éticos, tanto do seu uso como de sua abstinência, em vista do valor da vida, do respeito ao outro e da expressão de verdadeiro amor. E aponta o amor conjugal, vivido na fidelidade mútua, como o ideal para a plena comunhão de vida entre homem e mulher, conforme o plano do Criador.

Vida e esperança

Diante do grave problema da AIDS, reafirmamos o compromisso de solidariedade assumido pela Igreja com a família humana. De fazer nossas "as alegrias e as esperanças, as tristezas e as angústias dos homens de hoje, sobretudo dos pobres e de todos os que sofrem"(GS 1). E nos colocamos, claramente, a serviço da vida e da esperança.

Fonte: Boletim ICAPS – janeiro/fevereiro 1997 – nº 97





A Pastoral da Saúde na América Latina e Caribe

Introdução

A Pastoral da Saúde, como uma instância organizada da igreja católica na América Latina e no Caribe, passa a existir somente a partir de 1989, com a realização do I Encontro de Pastoral da Saúde da América Latina e Caribe que abordou temas ligados a humanização dos cuidados de saúde e de ética assistencial.

Até o presente momento, foram realizados 5 encontros continentais, geralmente 1 a 4 anos, culminando com o último realizado em 2009, na cidade do Panamá e que aprovou as atuais diretrizes de ação da igreja no mundo da saúde, a partir do documento de Aparecida, para todo continente.

A equipe de apoio da Pastoral de Saúde do **departamento de justiça e solidariedade** do CELAM tem sido um fator importante da continuação desse processo Latino-Americano e Caribenho de Pastoral da Saúde. Destaque especial merece a atuação das lideranças camilianas do Centro Camiliano de Humanização e Pastoral da Saúde de Bogotá - Colômbia.

A equipe de apoio de Pastoral da Saúde do CELAM também realizou vários seminários abordando a problemática pastoral da AIDS ao longo desses anos.

O primeiro encontro se realizou na cidade de Bogotá, de 23 a 26 de agosto de 2004, com a participação de 18 países, e teve o seguinte objetivo: *sensibilizar as conferências episcopais, para que, a partir da Pastoral da Saúde, se assuma a problemática da AIDS como uma urgência e elaborar um documento de reflexão.*

Como fruto desse seminário, foi elaborado o documento: "A igreja católica Latino-Americana e do Caribe: Frente à pandemia da AIDS", aprovado pela diretoria do CELAM e publicado em 01 de dezembro de 2005, dia mundial da luta contra a AIDS. Este é o primeiro documento pastoral oficial em termos de igreja Latino-Americana que aborda a questão da AIDS.

8.1 - I ENCONTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE PASTORAL DA SAÚDE

O primeiro encontro Latino-Americano de Pastoral da Saúde aconteceu em Bogotá (Colômbia), de 2 a 16 de outubro de 1989, uma promoção da Federação Internacional de Associações Médicas Católica FIAMC e do DEPAS – CELAM. Deste encontro participaram representantes de 10 conferências episcopais. Tinha como **objetivo geral**: "examinar, num diálogo aberto à luz do Magistério da Igreja, os problemas éticos e de humanização do setor da saúde na América Latina e assumir os compromissos em harmonia com a competência e missão da Igreja neste campo". As memórias deste encontro foram publicadas na coleção documentos CELAM (n. 125 – junho de 1993), sob o título "***Evangelización de la salud***" .

Entre os objetivos específicos, destacaram-se:

1. Analisar a situação da saúde na AL e no Caribe, a partir de um marco socioeconômico, político e cultural, com as contribuições e experiências dos participantes;

2. Elaborar um diagnóstico a respeito da humanização da saúde, que permite identificar a urgência de futuros programas de sensibilização e capacitação dos agentes de saúde no continente;

3. Favorecer o intercâmbio de questões e experiências na Pastoral da Saúde;

4. Refletir sobre a problemática ética nos diferentes setores da saúde, com a finalidade de partilhar questões e aprofundar critérios de juízo para uma ação cristã coerente.

Os temas abordados em palestras e painéis foram: Evangelização e Pastoral da Saúde; Igreja e saúde humana; Humanização da medicina; Ética e medicina diante dos deficientes físicos; Problemas éticos em psiquiatria; O transplante: aspectos éticos; A nova

genética; Ética e medicina; O planejamento familiar; Assistência integral ao enfermo hospitalizado e Organização de médicos católicos e humanização.

8.2 - II Encontro Latino-Americano e do Caribe de Pastoral da Saúde

Quito, Equador

14-18 de setembro de 1994

O **Objetivo geral** deste evento foi assim descrito: "*Formular, com a colaboração de todos os países, linhas comuns, que orientem a ação da pastoral da saúde na América Latina e Caribe*". Em nível de **objetivos específicos** se propôs a: **a)** Estudar e analisar a situação da Pastoral da Saúde na América Latina e Caribe; **b)** Intercambiar de experiências pastorais significativas dos diversos países em torno da saúde, incorporando novos fenômenos como a medicina e a alimentação alternativas, a saúde comunitária[...]; **d)** Aprofundar os fundamentos teológico-pastorais da Pastoral da Saúde; **e)** Identificar as funções e o perfil dos agentes da Pastoral da Saúde; **f)** Estudar o papel que desenvolvem os centros de comunhão e participação na caminhada da Pastoral da Saúde; **g)** Definir algumas políticas e estratégias em nível latino-americano que sirvam de guia para a elaboração de planos nacionais de Pastoral da Saúde.

Participantes

Marcaram presença representantes de conferências Episcopais de 13 países da América Latina e Caribe, num total de 41 pessoas. Registrou-se a participação expressiva de profissionais da saúde, entre eles 11 médicos(as). Dentre as autoridades da Igreja: Dom Mario Enrique Rios, Bispo Auxiliar da Guatemala; Dom Augusto Aristizabal Ospina, Presidente da Comissão Episcopal de Pastoral

da Saúde da Colômbia e o Cardeal Luiz Aponte Martinez, de Porto Rico. Como convidados especiais: Pontifício Conselho para a Pastoral dos Operadores Sanitários; Caritas Internacional; Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e UNICEF.

O encontro foi solenemente inaugurado com a eucaristia presidida pelo Núncio Apostólico no Equador, Dom Francisco Canalini. O Cardeal Fiorenzo Angelini, Presidente do Pontifício Conselho de Pastoral dos Agentes sanitários, enviou uma longa carta, lida na sessão de abertura, na qual fala basicamente da "necessidade e urgência de uma idônea formação humana, cristã e profissional e ministerial dos agentes de pastoral da saúde" frente aos grandes desafios que a área da saúde apresenta hoje. O encontro foi coordenado pelo secretário executivo do CELAM, Pe. Leônidas Ortiz Lozada. Como peritos para apresentar a situação de saúde na América Latina e Caribe, representante da OMS/OPAS, Dr. Ítalo Barragén Arenas e da UNICEF, Dr. José Carlos Cuentas. Para a fundamentação bíblico-teológica, Pe. Júlio S. Munaro, do Brasil. A CNBB esteve representada pelo Pe. Léo Pessini.

DOCUMENTOS DO ENCONTRO

Partiu-se de um documento de trabalho, elaborado por um grupo de assessores do DEPAS-CELAM. Como instrumento de reflexão, buscava *"apresentar alguns elementos teológico-pastorais que possam ser úteis para a elaboração de um breve diretório da Pastoral da Saúde*".

São apontadas as seguintes Razões para oferecer à comunidade cristã orientações e pistas a respeito da pastoral do - e no - mundo da saúde:

a) Mudanças profundas no setor saúde.

b) Conquistas científicas e avanços tecnológicos e suas implicações éticas, mudanças socioeconômicas e políticas.

c) Situações de injustiça, violência, assassinatos, desrespeito

para com o meio ambiente, desnutrição, fome, enfermidades endêmicas que atingem os mais pobres, interpelam a Igreja a oferecer sua colaboração específica e a se comprometer lutando pela dignidade humana.

d) Necessidade de um projeto unitário de Pastoral da Saúde: Se a problemática do mundo da saúde se apresenta cada vez mais vasta e complexa, as respostas parciais e isoladas são insuficientes. "É necessário delinear um projeto unitário de pastoral de saúde com a colaboração de toda a comunidade cristã" (João Paulo II, 29. XI – 1981) com atitude de abertura e valorização das contribuições provenientes das ciências psicossociais e pesquisas médicas.

e) Em nível de organização e estruturação própria: "Urge, recuperar a nível latino-americano, nacional e diocesano, o específico desta pastoral, com uma fundamentação teológico-bíblica séria e uma estrutura e organização própria, para que chegue a ocupar o lugar que lhe corresponde numa pastoral orgânica de conjunto, se quisermos que os enfermos, como no tempo de Jesus, sejam também para a Igreja atual "porção escolhida, os prediletos do Senhor" (João Paulo II).

O documento final do encontro está sendo revisado e proximamente será levado a público para reflexão, estudo e aprofundamento e certamente se constituirá num ponto central de referência para toda e qualquer atividade de Igreja na área da Saúde América Latina e Caribe.

Consta de três partes fundamentais:

1. Situação de saúde na América Latina e Caribe;

2. Discernimento bíblico-teológico;

3. Pastoral da saúde: conceitos e objetivos;

3.1. Centros de comunhão e participação;

3.2. Estrutura da Pastoral da Saúde.

Em nível de **estratégias e coordenação e seguimento**, foi formada uma equipe continental de coordenação de Pastoral da Saúde que teria basicamente o trabalho de animação organização e acompanhamento do desenvolvimento das atividades de Pastoral da Saúde nos diferentes países. Os nomes indicados foram: Coordenador Latino-Americano e do Caribe: Pe. Júlio S. Munaro (Brasil). Coordenadores regionais: Cone Sul (Brasil, Argentina, Paraguay, Uruguay e Chile): Pe. Mateo Bautista (Argentina); Países Bolivarianos (Bolívia, Peru, Equador, Colômbia e Venezuela) – Ir. Maria Van Der Linde (Peru); América Central – Dom Mario Enrique Rios (Guatemala); Caribe – Dom Príamo (Bispo-médico da República Dominicana).

Ficou também definido que o terceiro encontro Latino-Americano e do Caribe de Pastoral da Saúde acontecerá em 1997 (a cada três anos), provavelmente no Peru ou Bolívia em data ainda a ser acertada.

As regionais começam a se organizar e a marcar seus eventos. Os países do Cone Sul se encontrarão em São Paulo (Brasil) nos dias 4 - 6 de setembro, que antecedem a realização do Congresso de Pastoral da Saúde.

Pela convivência, troca de experiências, partilha de subsídios, busca de pistas comuns de atuação na área da saúde, este evento foi profundamente enriquecedor e reanimador na esperança de uma melhor articulação e organização da atuação da Igreja na área da saúde na América Latina e Caribe.

Fonte: Boletim ICAPS – novembro 1994 – nº 117

8.3 - O III Encontro Latino-Americano e do Caribe de Pastoral da Saúde

Santo Domingo, República Dominicana

16-20 de setembro de 1988

O terceiro Encontro Latino-Americano e do Caribe de Pastoral da Saúde foi realizado em Santo Domingos (República Dominicana) de e 16 a 20 de setembro de 1998. Contou com a participação de 75 pessoas, representantes de 14 das 22 conferências episcopais dos países da região. Foi convocado pelo Departamento de Pastoral Social (DEPAS) do CELAM, juntamente com a Comissão Episcopal de Pastoral Social da República Dominicana e Universidade Católica de Santo Domingo. Como representantes da Coordenação Nacional da Pastoral da Saúde – CNBB, participaram do encontro o Dr. Dalton L. Ramos (Odontologia Social da USP) e o Pe. Léo Pessini (Centro Universitário São Camilo), ambos membros da comissão técnico-científica da PS- CNBB.

O encontro teve como objetivo principal "*Elaborar um guia pedagógico pastoral sobre a formação dos Agentes de OS*".

A partir desse horizonte temático, foram delineados cinco **objetivos específicos** assim identificados:

Objetivo 1 - examinar a situação da saúde e da Pastoral da Saúde na perspectiva da formação dos agentes de Pastoral da Saúde;

Objetivo 2 - Aprofundar a perspectiva teológica-pastoral das dimensões (humana, doutrinal, espiritual e pastoral) da formação dos Agentes de Pastoral da Saúde;

Objetivo 3 - Partilhar experiências de formação de Agentes de PS;

Objetivo 4 - Elaborar um guia pedagógico-pastoral para a

formação dos Agentes de Pastoral da Saúde;

Objetivo 5 - Desenhar um plano de ação para fortalecer a Pastoral da Saúde na América Latina e Caribe.

I) UMA RADIOGRAFIA DA SITUAÇÃO DA PASTORAL DA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

Aqui apenas selecionamos os itens de maior importância, destacando as contribuições dos vários países. Dos 22 países, 12 responderam aos dados de uma pesquisa preparatória do encontro levantando dados sobre a situação da PS, e proporcionando uma visão da situação dos trabalhos em andamento.

1) EM NÍVEL ORGANIZACIONAL

Os relatórios recebidos informaram que a Pastoral da Saúde (sob a responsabilidade de um Bispo) faz parte da Conferência Episcopal em 11 países e em 10 está estreitamente vinculada ao setor Pastoral Social e/ou Cáritas. Existe uma tensão forte em alguns países no sentido de se reivindicar autonomia da PS da Pastoral Social e/ou Cáritas, com identidade e autonomia próprias ("carta de cidadania própria") para não perder a especificidade de sua ação. Um plano nacional de Pastoral da Saúde com diretrizes claras e precisas existe somente em 6 países. Constata-se a existência uma riqueza imensa de material (livros, revistas, folhetos, cartazes etc.) produzindo nos vários países que procuram responder criativamente aos desafios na área da saúde a partir das necessidades locais.

2) A RESPEITO DA SITUAÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO CONSTATA-SE

Profunda crise social e econômica; transição demográfica; passagem de medicina curativa para a preventiva, valorização da me-

dicina tradicional e indígena; privatização dos serviços de saúde (mercantilização) e crise dos sistemas públicos de saúde (SUS-Brasil; Seguro social em outros países).

3) Em relação aos desafios que a PS enfrenta foram lembrados

Sensibilização da hierarquia da Igreja; média alta de idade dos membros das Congregações Religiosas que trabalham na saúde formação e agentes leigos de PS; integração com profissionais da saúde; maior presença diocesana e paroquial; maior número de voluntários; mais organização, formação e criatividade; encontro nacional das equipes para elaborar linhas comuns de ação; escassa preparação teológica e técnico-científica.

Necessidade de estudar política e legislação e saúde; Estudo, análise e reflexão obre os seguinte temas: indústria farmacêutica, saúde, cultura e desenvolvimento; medicina alternativa (medicina natural); maiores esclarecimentos e aprofundamentos a respeito do crescimento demográfico, AIDS, saúde comunitária e educação em saúde; necessidade de mais recursos econômicos, humanos e infraestruturais; desenvolvimento de trabalho, coordenação em questões complexas tais como: droga, suicídio, velhice, luto. Superação de uma mentalidade sacramentalista por uma perspectiva mais evangelizadora; assumir as três dimensões da PS: solidária, comunitária e político-institucional; profeticamente denunciar todas as manipulações da vida; problema frente à desumanização das instituições de saúde; acesso aos meios de comunicação.

4) No capítulo das prioridades da PS foram apontadas

Formação de líderes das equipes (leigos); profissionais da saúde, prevenção, promoção, cuidado e recuperação da saúde; saúde comunitária. AIDS, medicina natural; formação e capacitação de Capelães Hospitalares; estruturação e nível diocesano e paroquial; organiza-

ção e coordenação, assessoria, seguimento e acompanhamento.

5) Em relação aos programas elaborados

Formação de Agentes de Pastoral, encontros, centros de capacitação, escolas de Pastoral, revista, congressos nacionais de PS e bioética. Encontros para capelães, seminários e cursos para religiosas(os), programas de rádio, programas a distância, cursos de auxiliares para paramédicos, farmácia comunitária; formação de Ministros da Eucaristia.

6) Dificuldades encontradas

Pouca motivação e dinamismo dos pastores; falta de criatividade; escassa formação nos seminários para os futuros sacerdotes; pouca presença de profissionais cristãos; ausência de unidade de critérios e sistematização das atividades; carência de recursos humanos e econômicos; pouca atenção para a PS suburbana e rural; enormes distâncias geográficas; recuperação da medicina natural e indígena; dificuldade de diálogo com órgãos governamentais; pouca disponibilidade dos responsáveis nacionais e diocesanos da PS; coordenação precária entre os organismos de saúde da Igreja e PS sem identidade própria ou estrutura em muitos países.

7) Em relação às conquistas da PS, elencam-se

Existência de diretrizes (diretório) nacionais de PS emanadas a partir da Conferência episcopal (Argentina, Brasil, Equador, Colômbia); Organização e identidade própria (ser PS com carta de cidadania); coordenação com a Pastoral Social e/ou Cáritas; criação de comissões diocesanas; encontros nacionais com os responsáveis da PS; visão do novo conceito de saúde como qualidade de vida e cultivo de estilos saudáveis de vida; cooperação com as Faculdades de Teologia; rede nacional de saúde alternativa; participação de leigos e profissionais da

saúde; formação de agentes de PS que capacitam promotores e voluntários em saúde; equipes paroquiais de visitadores dos enfermos; publicações e programas de rádio; convênio com o Estado (assistência religiosa em hospitais); criação de associações de profissionais da saúde católicos (médicos, enfermeiros, dentistas etc.).

II) O Processo de Elaboração de um Guia Pedagógico de Formação para os Agentes de PS

Enfatizou-se muito que formação não se faz de um dia para o outro, é um processo complexo que exige levar em conta níveis diversificados (popular, rural, urbano, científico, básico, avançado etc.) da realidade de saúde na AL e Caribe; a elaboração de um guia como um instrumento valioso no processo de formação.

A realização do encontro de Santo Domingo privilegiando a temática da formação dos agentes de PS é o início de um processo que vai requerer a contribuição de todos os envolvidos na área da PS na região. Os trabalhos em grupo e discussões em assembleia, levantaram os elementos fundamentais a serem trabalhados por uma equipe de peritos do CELAM para elaboração de um documento a ser encaminhado a todas as Conferências Episcopais para as complementações, acréscimos e correções necessárias. Nesta apresentação, recolhemos o resultado das contribuições dos grupos de trabalho do encontro em cinco pontos fundamentais para a elaboração de guia de formação, como seguem.

1) Objetivos

Capacitar para uma visão integral e Saúde; promoção da Saúde e prevenção das enfermidades; despertar para a importância do trabalho multidisciplinar; capacitação e valorização do ser humano; conhecimento da realidade de Saúde; aprofundar uma espiritualidade encarnada de sabor samaritano; fornecer elementos de ajuda para enfrentar os novos, desafios ligados com a Saúde tais como:

cultura, economia e globalização, bioética e espiritualidade; evangelização das estruturas de Saúde.

2) PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS: FORAM IDENTIFICADOS QUATRO

a) Sacralidade da vida – como dom precioso de Deus;

b) Saúde como gérmen de salvação – novo conceito de saúde que abarca a dimensão da espiritualidade);

c) Jesus, o Bom Samaritano ("eu vim para que todos tenham vida e tenham em abundância"), modelo para o agente;

d) Comunidade eclesial - continua a missão de Jesus na promoção e cuidado da saúde, preferencialmente junto aos excluídos.

3) EIXOS TEMÁTICOS

a) *Antropológico-teológico*

- Pessoa humana como ser integral: bio-psico-social e espiritual;

- Condição humana: vida, enfermidade e morte; cultura; família.

b) *Ético*

- Direito à vida e à saúde, questões de bioética;

c) *Doutrinal*

- Conceito de saúde iluminado pela revelação (salvação), Bíblia e saúde documentos da Igreja, Páscoa Cruz e Ressurreição.

d) *Pastoral*

- Aconselhamento, relação de ajuda, espiritualidade, sacramentos;

e) *Sóciopolítico*

- Conhecimento da realidade da saúde e dos elementos intervenientes no processo (político, ecologia, economia etc.)

f) *Técnico-médico*

- AIDS, saúde mental, estruturas organizacionais e legislação em saúde;

g) *Litúrgico*

- Dimensão celebrativa da vida que envolve os sacramentos e celebrações;

h) *Liderança*

- Identidade do agente de PS;

i) *Metodologia*

- Ativa e participativa; técnica de comunicação.

4) Perfil do agente de Pastoral da Saúde

Retoma-se basicamente o que o documento do encontro de Quito (1994) diz a respeito, quanto à urgência de uma capacitação e formação adequada em três níveis fundamentais, a saber:

a) Nível humano: maturidade humana e psicológica, autoestima, capacidade de diálogo, escuta e relacionamento com os outros.

b) Nível cristão: ser pessoa de oração e silêncio, conhecedor da palavra de Deus, pessoa de Jesus e dos documentos da Igreja. Viver os valores evangélicos da compaixão, solidariedade, respeito, amor e serviço.

c) Nível técnico-proissional: conhecer a realidade da saúde; capacitado para promoção da saúde e prevenção das enfermidade; capaz de utilizar as ciências humanas e sociais, tais como psicologia, sociologia, medicina etc.

Foi lembrada também a Carta do Cardeal Fiorenzo Angelini sobre a formação dos Agentes de Pastoral da Saúde, elaborada por ocasião do encontro de Quito (1994) na qual ele sublinha algumas características do Agente de Pastoral: uma inteligência animada pelo coração; entrega total; um grande sentido sobrenatural e uma sincera piedade mariana.

Plano de Ação e Coordenação da Pastoral da Saúde a nível de CELAM

Foram eleitos os novos coordenadores regionais em número de seis. São sempre os coordenadores nacionais de PS de um determinado país: Cone sul (Argentina, Uruguai, Paraguai, Chile e Brasil) – Pe. Mateo Bautista; Pe. Evangelista Moisés de Figueiredo. Bolívia, Peru, Equador, Colômbia e Venezuela: Pe. Adriano Tarraran. Note-se que o Brasil ocupa um lugar singular pela sua extensão territorial e passa a ter representação própria. No entanto não foi definido um coordenador continental, o CELAM deverá indicar brevemente um entre os representantes regionais da PS.

O Próximo Encontro Latino-Americano e do Caribe de Pastoral da Saúde, que acontece sempre a cada 4 anos, está previsto para 2002, num país ainda a ser definido pelo DEPAS-CELAM. As preferências são pela Venezuela ou Brasil. Já surgiram, a partir do trabalho dos grupos, alguns sugestões de temas: Teologia da Pastoral da Saúde, Pastoral da Saúde e Bioética, Globalização e PS; Paróquia e PS; Espiritualidade na Pastoral da Saúde.

Concluindo estas notas fragmentárias, ficaríamos em dívida se não registrássemos o quanto de bem a Pastoral da Saúde tem feito para a promoção de vida e saúde e cuidado dos doentes, neste continente da esperança, mas fortemente golpeado pela "cultura de morte", através de milhares de Agentes, Voluntários e Leigos, verdadeiros samaritanos anônimos, que, neste limiar de um novo tempo, continuam o mandato evangélico de "pregar o evangelho e curar os doentes". O anseio de todos ao pensarmos no futuro da PS no Continente ficou muito bem claro numa das contribuições: optamos por uma Pastoral de Saúde Nacional e diocesana, dinâmica, audaz e aberta à mudança, que revitalize nossa presença missionária, a razão de ser no mundo da saúde em sentido evangelizador".

Nesta perspectiva, no encerramento do encontro, foi redigida uma mensagem de estímulo e esperança a quantos trabalham como

agentes na área da saúde a ser enviada a todas as coordenações nacionais de PS do Continente.

Nunca é tarde lembrar que os desafios e as necessidades de saúde, as diferenças e características culturais, políticas, econômicas, sociais e religiosas, quer no âmbito regional ou nacional, dão um matiz profundamente rico e diversificado da ação da Igreja no mundo da saúde na América Latina e Caribe.

Fonte: Boletim ICAPS – novembro 1998 nº 159.

8.4 - IV - Encontro Latino-Americano e do Caribe de Pastoral da Saúde

São Paulo, Brasil

5-8 de abril de 2003

O IV Encontro teve como objetivos

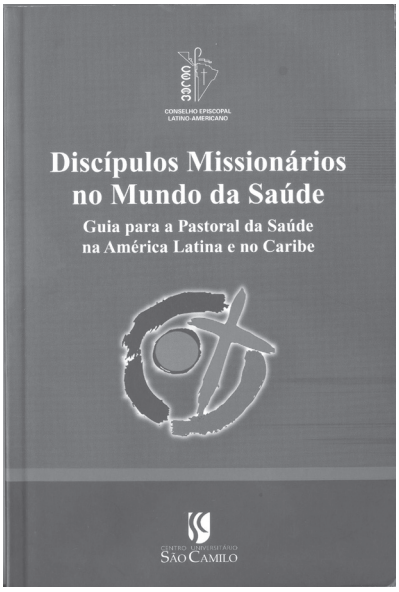
1) Traçar algumas linhas de ação para tornar possível a comunhão para a solidariedade a partir dos novos tempos; **2)** Fortalecer e consolidar o processo de estruturação e organização da OS na AL e Caribe.

Temáticas abordadas

1) Fatores estruturais e competências que incidem na saúde na AL e Caribe; **2)** Promoção, atenção, cura e reabilitação em saúde; **3)** Situações emergentes: violência, pobreza, Aids, dependência química; **4)** Bioética como horizonte de esperança para a humanidade.

8.5 - V - ENCONTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE PASTORAL DA SAÚDE

CIDADE DO PANAMÁ, PANAMÁ



23-27 DE NOVEMBRO DE 2009

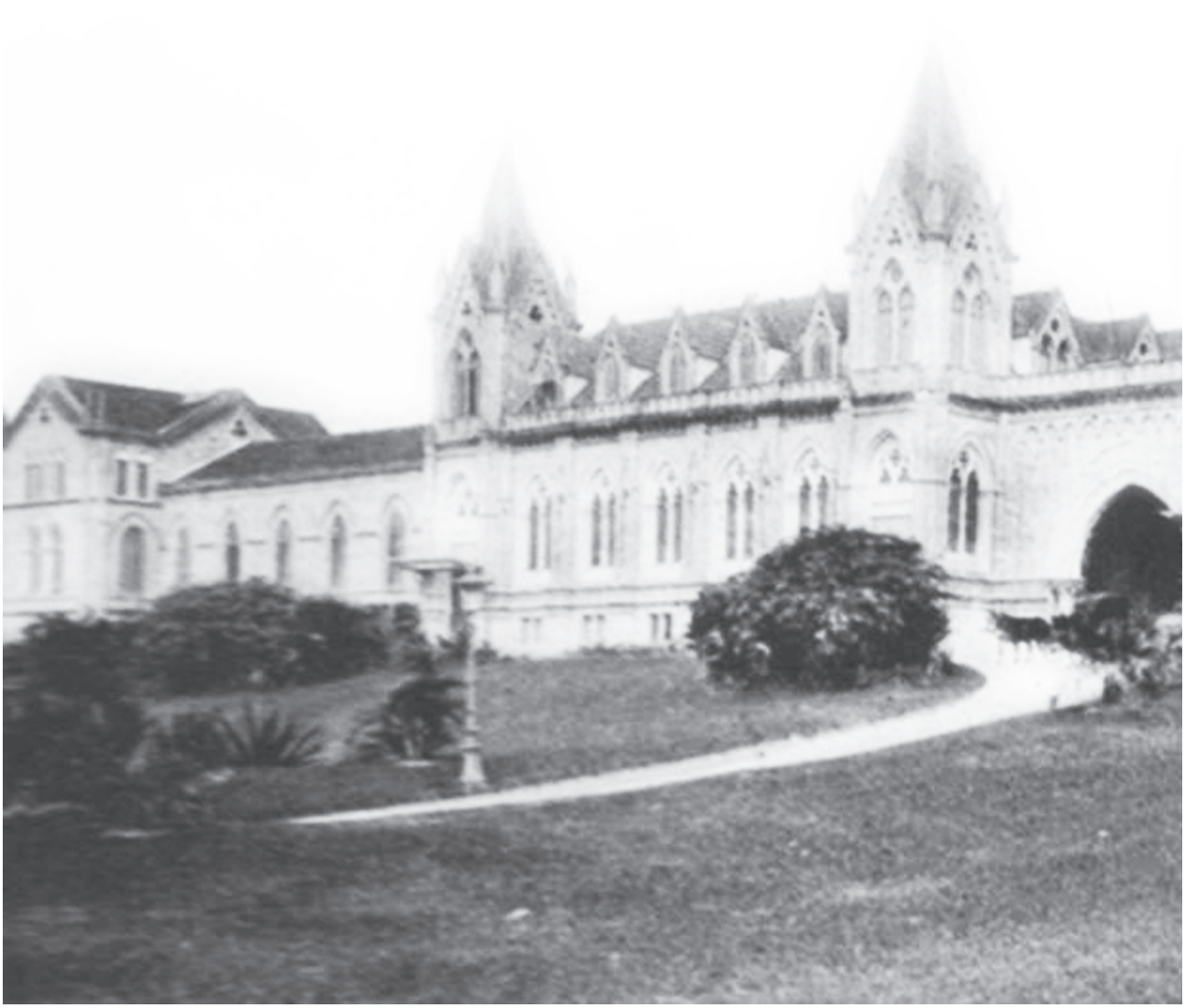
Teve como objetivo fundamental: **atualizar as diretrizes da PS para a AL e Caribe à luz do Documento de Aparecida (2007)**. A equipe de apoio finalizou o processo de revisão das Diretrizes da Pastoral da Saúde para a AL e Caribe. Por ocasião do Dia Mundial do Enfermo de 2010 (12 de fevereiro), foram oficialmente aprovadas pela diretoria do CELAM com o seguinte título: ***Discípulos Missionários no Mundo da Saúde - quia para a Pastoral da Saúde na América Latina e Caribe.***

8.6 - O CAMINHO ADIANTE

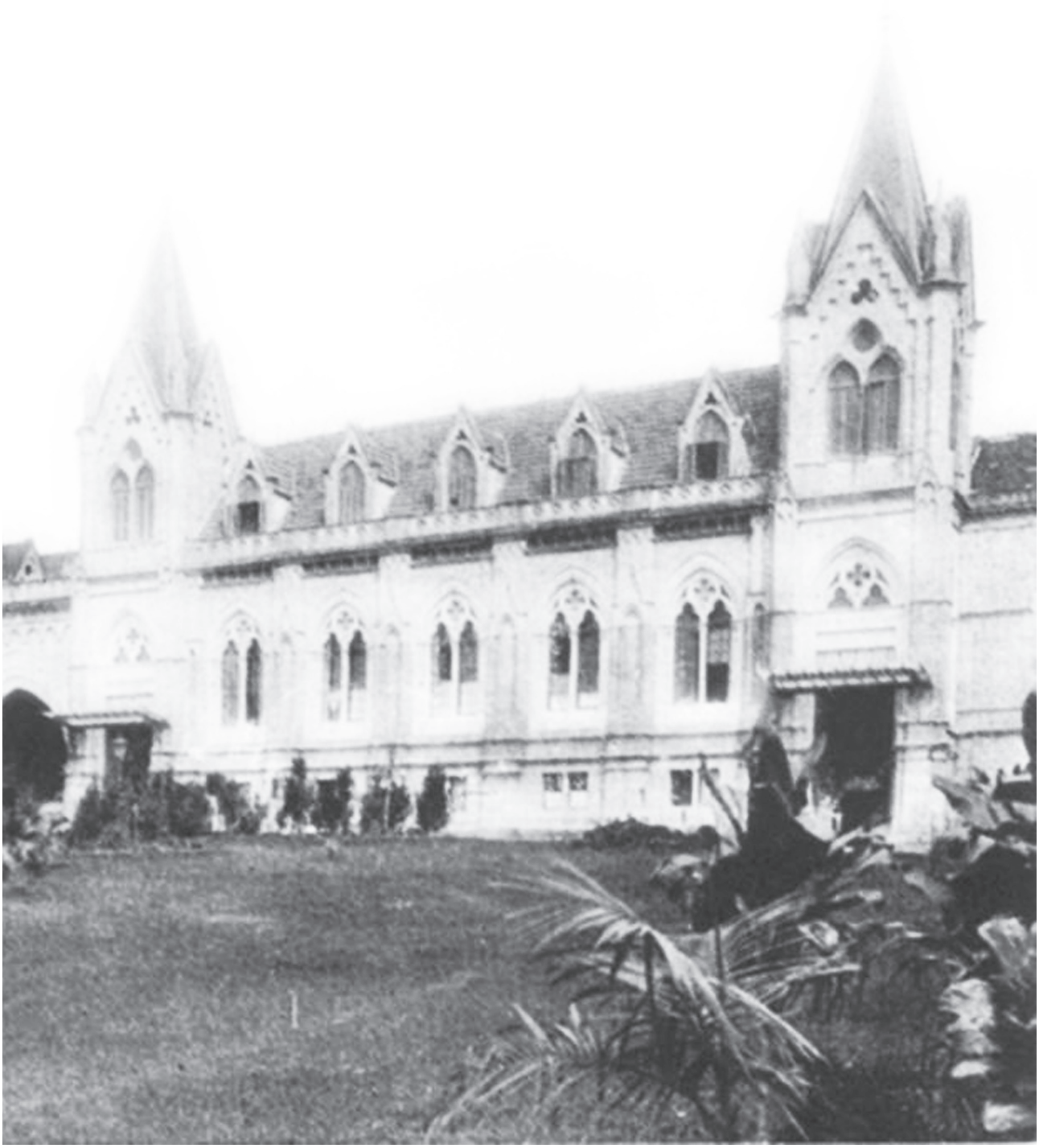
Um dos maiores desafios que se tem pela frente é que o documento **Discípulos Missionários do Mundo da Saúde: Guia para a Pastoral da Saúde na América latina e no Caribe** seja assumido por todas as conferências episcopais da região Latino-Americana e do Caribe.

Um outro desafio importante é que a instância central de coordenação da Pastoral da Saúde em nível de CELAM seja atuante, estimulante e esteja próxima das iniciativas de Pastoral em toda a região.

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: História da Capelania



Capítulo 9



Introdução

O Brasil era ainda colônia de Portugal quando se fundou a Santa Casa de São Paulo, como principal realização das misericórdias da cidade. Foi assim que, em 1714, Izidro Tinoco de Sá, provedor da irmandade da misericórdia propôs à mesa administrativa a criação de um hospital de caridade. A 24 de abril de 1715, instalou-se a primeira enfermaria da Santa Casa de São Paulo, em local ignorado. Porém, somente em 1741, portanto 26 anos depois, foram adquiridas 4 casas ao lado da Igreja da Misericórdia, na Rua da Quitanda, para adaptação de modo a funcionar como hospital. "Santa Casa" significa a "casa de Deus para os homens". Os objetivos da irmandade eram as 14 obras de misericórdia, definidas por São Tomás de Aquino: **1)** Espirituais: ensinar os Simples; dar bom conselho; castigar os que erram; consolar os tristes; sofrer as injúrias com paciência; rogar a deus pelos vivos e mortos. **2)** Corporais: remir cativos e visitar presos; curar enfermos; cobrir os nus; dar de comer aos famintos; dar de beber aos sedentos; dar pousada aos peregrinos; enterrar os defuntos.

Em 1825, o hospital passou a funcionar na Chácara dos Ingleses, no largo da Rua da Glória.

Em 1872, o Dr. Antonio da Silva Prado, o Barão de Iguape, era o provedor da Santa Casa, o único hospital existente em São Paulo na época, como também o único como casa de caridade. O hospital estava, porém, atravessando uma fase difícil, quer pela falta absoluta de pessoal habilitado ao trato dos doentes, quer pela deficiente organização dos serviços que devia prestar. Diante dessa dificuldade, pediu a vinda, da França, das irmãs de são José de Chambéry, e o próprio barão de Iguape custeou pessoalmente a viagem das cinco primeiras irmãs da França que aqui chegaram. A elas foram confiados os pacientes a quem serviam como enfermeiras, a escrituração do hospital, a preparação das receitas e o cuidado das refeições.

Em 1885, os doentes foram removidos para a nova Santa Casa, que foi construída pelo arquiteto Dr. Azevedo Ramos, no bairro de Santa Cecília, onde se encontra até hoje.

9.1 - ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE A CAPELANIA

Como capelão da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, preocupa-me a vivência cristã do ambiente da irmandade, em nome da qual estou presente, e de todas as pessoas deste grande dom da saúde. Os funcionários dão o melhor de si em benefício do bem-estar dos carentes. Ninguém mais tem sua moradia no hospital, no entanto, dependem muitíssimo dele. São para todas as horas importantes da própria existência humana.

As santas casas foram geradas pela fé e pela caridade cristã. Como isso aconteceu no passado e como ainda hoje atuam? Os tempos mudaram, a sociedade mudou a igreja também mudou no seu modo de agir. Estamos na era da ciência e da técnica. A sociedade secularizada não tem mais critérios religiosos de ação, e o hospital é sempre uma radiografia da sociedade a que pertence. O Concílio Vaticano II foi a resposta da igreja para os homens e mulheres do nosso tempo. Bossuet disse: "o homem se agita e Deus o conduz". A história da salvação continua a acontecer em nosso meio. Procuramos, com este estudo, entrever pistas de ação para um trabalho de Capelania com os leigos.

Este trabalho dirige-se prioritariamente a nossos colaboradores leigos que trabalham desinteressadamente e por amor a Cristo no campo da pastoral da saúde hospitalar. Formar para uma sensibilidade cristã na construção de uma fé consciente, adulta e pessoal é essencial, portanto.

Do compromisso da irmandade de 1618, ressaltamos alguns tópicos da espiritualidade própria da irmandade. Tratava-se realmente de uma associação religiosa, na qual seus membros endossavam uma série de práticas e deveres espirituais, como a obrigação da

confissão, comunhão e a assistência às missas. O espírito que animava seus membros à prática da caridade para com os pobres, doentes e toda sorte de excluídos era baseado à Nossa Senhora, padroeira e advogada. A expressão "ao serviço de Deus", aparece nada menos que 19 vezes, e outras 9 vezes, "exercitar-se em serviço de Nossa Senhora".

A presença da igreja e da Capelania católica pertenciam à essência da irmandade e de suas obras. Os irmãos não só deviam ser pessoas de fé católica, mas também dispor-se e doar-se em favor dos desvalidos com muito amor cristão. É verdade, como sempre pode acontecer, que não foram excluídos os valores humanos, como o espírito de liderança, a estima pública, as honras sociais e a participações na vida pública. Dentro dessa visão, podemos afirmar que as santas casas foram geradas pela fé e a caridade cristã. A presença constante de bispos e padres também atestam essa qualidade.

Do compromisso de 1992: observações

Nos dias de hoje, a irmandade ainda conserva a sua devoção a Maria "... Tendo como padroeira a virgem Maria Santíssima... Tem por objetivo o exercício da caridade e da misericórdia, para o socorro e assistência aos enfermos, idosos, inválidos e desamparados...".

A motivação cristã, entretanto, deixou de existir por completo, a saber, "exercitar-se em serviço de Deus". As atitudes de fé não estão mais presentes, e os irmãos podem ser admitidos "sem distinção de qualquer natureza", isso implica que não haja nenhuma distinção religiosa, contanto que tenham "ilibada conduta". Notamos, então, que para os componentes da mesa desaparecem os critérios de fé e continuam os critérios éticos, isto é, os deveres a serem cumpridos e a conduta ilibada.

Nos estatutos estão presentes o mordomo da capela e o capelão.

No regimento próprio, assim é resumido o papel de ambos: "elaborar, com o padre Capelão, os programas das missas, inclusive as de trigésimo dia por intenção de irmãos mesários falecidos, prestar assistência religiosa aos enfermos e funcionários e participar das comemorações da irmandade".

Observamos que a capela não está mais em função das irmãs e sim em função dos doentes e funcionários. Permanece uma visão tradicionalmente sacramentalista da assistência religiosa. O trabalho de evangelização proposto pelo Concílio Vaticano 2º quer em relação à confraria, quer em relação aos doentes e funcionários é desconhecido. Aliás, como os irmãos podem ser admitidos "sem distinção de qualquer natureza", abre-se um caminho para que as santas casas de misericórdia possam, pouco a pouco, deixar de ter uma orientação católica e mesmo perder o "espírito cristão".

Dos capelães: "regimento: [...] Prestar assistência religiosa aos enfermos e funcionários..."; "...programar o programa das missas..."; "no dia 15 de agosto de todos os anos, festejar-se-á Nossa Senhora, padroeira da irmandade...".

Conforme escreveu o saudoso mordomo da capela, Pe. Avelino Panni, são "responsabilidades do capelão as celebrações litúrgicas; prestar assistência religiosa aos enfermos e familiares (visita a pacientes internados, administrar bênção, unção dos doentes, ouvir confissões, encomendar corpo); prestar assistência religiosa a funcionários; participar de comemorações festivas da irmandade; ser presença da igreja e prover evangelização na irmandade, através da pastoral da saúde e funcionários cristãos; realizar celebrações ecumênicas de formatura de medicina, enfermagem e fonoaudiologia; celebrar missas de intenções; coordenar o serviço voluntário dos agentes da pastoral da saúde, através de reuniões mensais, distribuição das atividades diárias, visitas aos departamentos da irmandade etc.; distribuir os locais de visita para os agentes de pastoral da saúde."

9.2 - Capelães camilianos que passaram pela Santa Casa

1) 1923- 1924	Pe. Sílvio Silvestre
	Pe. Ludovico Zanol
2) 1924 - 1929	Pe. Carlos Quagliaroli
	Pe. Bruno Maurer
	Pe. Albino Tonelato
3) 1930 – 1935	Pe. José Simoni
	Pe. José Garzotti
	Pe. Domingos Guerra
	Pe. Antonio Lazzari
4) 1935 – 1946	Pe. Luiz Lourenzi
	Pe. João Caruzzi
	Pe. Novarino Brusco
	Pe. Domingos Gava
5) 1946 – 1957	Pe. Antonio Longato
	Pe. Fortunato Caresia
	Pe. Camilo Simeoni
	Pe. Albino Baretta
	Pe. Vitório Giovannini

	Pe. Ângelo Pasqual
	Pe. Giorgio Davanzo
6) 1957 – 1961	Pe. Ambrósio Zoia
	Pe. Novarino Brusco
	Pe. Inocente Radrizzani
7) 1962 – 1975	Pe. Vitório Giovannini
	Pe. Anízio Borges Queiroz
	Pe. Ivo Gelain
8) 1975 – 1987	Pe. José Bet
9) 1987 – 1993	Pe. Sidney Destri
10) 1993 – 1997	Pe. Renato Luiz Pasqual
11) 1998 – 2004	Pe. Carlos Alberto Pigatto
12) 2004 – 2005	Pe. Paulo Aniceto Rodrigues
13) 2005 – 2008	Pe. Camilo João Munaro
14) 2008 – 2012	Pe. Luciano Donizete Naves

9.3 - UMA RÁPIDA BIOGRAFIA DE CADA PADRE CAPELÃO

1º) Padre Sílvio Silvestre

Nasceu em Sevignano, Itália, aos 11/07/1889.

Ingressou na Ordem Camiliana aos 28/09/1903.

Ordenado Sacerdote em 10/08/1913.

Vindo para o Brasil, exerceu seu Primeiro Ofício na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo a partir do dia 08/10/1923. Foi o Primeiro Padre Camiliano nesta Benemérita Instituição.

No dia 04/02/1945, faleceu nesta mesma Santa Casa de São Paulo, confortado pelos Sacramentos da Igreja.

2º) Padre Bruno Maurer

De origem Alemã. Ingressou na Ordem Camiliana em Roemond Holanda. Trabalhou na Holanda, Itália, Áustria, Peru e Brasil.

Quando chegou no Brasil, em janeiro de 1927, exerceu, por menos de um ano, a função de Capelão da Santa Casa de Misericódia de São Paulo.

Faleceu em Essen, na Alemanha, no dia 18/08/1967.

3º) Pe. Carlos Quagliaroli

Nasceu em Piacenza, Itália, em 20/06/1888.

Foi ordenado no dia 10/08/1913 em Verona, Itália.

Em 1924 veio para o Brasil e assumiu a Capelania da Santa Casa de São Paulo.

Exerceu outros ofícios Eclesiásticos na Província Camiliana Brasileira, porém sempre esteve ligado à Santa Casa. Nos anais da Província, encontramos o Pe. Quagliaroli no ano 1955 como Capelão desta Santa Casa de São Paulo.

Faleceu no dia 30/10/1973, no Hospital São Camilo de São Paulo.

4º) Pe. Luduvico Zanol

Nasceu em Capriano, Província de Trento, Itália em 22/07/1893.

Entrou na ordem Camiliana no dia 22/10/1906 e foi ordenado no dia 24/03/1917.

Exerceu, em períodos diferentes, a função de Capelão da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Foi o grande idealizador e acompanhou a construção da Igreja Santa Terezinha, no Jaçanã, rua Guapira, onde exerceu o ofício de Pároco por muito anos.

Faleceu no Hospital São Camilo, no dia 15/12/1966.

5º) Pe. José Simoni

Nasceu em Sevignano, Itália, em 27/07/1896. Entrou na ordem Camiliana no dia 18/09/1909, e foi ordenado no dia 09/08/1920.

Já no ano de 1930, aparece como Capelão da Santa Casa de São Paulo.

Foi o primeiro Pároco da paróquia Nossa Senhora do Rosário de Pompeia, em São Paulo.

Faleceu no dia 22/09/1967, no Hospital São Camilo.

6º) Pe. José Garzotti

Nasceu em Verona, no dia 29/12/1905.

Foi ordenado no dia 27/01/1929, na Itália, e neste mesmo ano parte para o Brasil. Entre os anos de 1930 e 1942, em períodos diferentes, figura como Capelão da Santa Casa de São Paulo.

Faleceu no dia 03/09/1942, nesta mesma Santa Casa, confortado pelos sacramentos da igreja.

7º) Pe. Domingos Guerra

Nasceu em Vicenza, Itália, no dia 28/01/1907. Entrou na ordem

Camiliana no dia 17/10/1919 e foi ordenado no dia 05/04/1924 em Pádua, Itália.

No ano de 1930 veio como missionário para o Brasil e já a partir de 1931 figura entre os Capelães da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Faleceu na Itália.

8º) Pe. Antonio Lazzari

Nasceu em Treviso, Itália.

Vestiu o hábito Camiliano em 08/09/1923, e foi ordenado sacerdote no dia 14/07/1929 em Pádua.

Veio para o Brasil em 1931 e, a partir de 1932 encontramos exercendo seu ministério sacerdotal como Capelão da Santa Casa de São Paulo.

Faleceu no dia 23/02/1976 no Hospital São Camilo.

9º) Pe. Luiz Lorenzi

Nasceu em Fornace, Trento, Itália, no dia 23/09/1908.

Vestiu o hábito Camiliano no ano de 1926 e foi ordenado sacerdote no dia 02/07/1933.

Em 1934 parte para o Brasil, onde exerce seu ministério sacerdotal como Capelão da Santa Casa de São Paulo, nos anos 1935 a 1937.

Faleceu no dia 10/04/1970.

10º) Pe. João Caruzzi

Nasceu em Udine, Itália, em 1913.

Ingressou na ordem Camiliana em 1926 e foi ordenado em 19/09/1936. No mesmo ano, veio para o Brasil como mestre

dos postulantes em Iomerê-SC.

De 1941 a 1946 exerceu o oficio de Capelão na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Faleceu na Itália, no dia 22/04/1993.

11º) Pe. José Bet

Nasceu em Vittorio-Veneto, Itália, no dia 21/08/1906.

Entrou na Ordem Camiliana em 1917 e foi ordenado no dia 01/09/1929 na sua cidade natal.

Em 1936 veio para o Brasil e, dentre várias atividades, exerceu o ofício de capelão da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo a partir de 1975 até 1986.

12º) Pe. Domingos Gava

Foi provincial da Província Camiliana Brasileira, de 1947 a 1950 e de 1953 a 1959.

13º) Pe. Novarino Brusco

Nasceu em Alice Belcolle, Itália, em 27/02/1907.

Entrou na ordem Camiliana em 1919 e foi ordenado no dia 05/04/1930, em Pádua, Itália.

Em 1938, veio para o Brasil, como professor de Filosofia e Teologia dos Clérigos Camilianos. A partir do ano de 1943, assumiu como Capelão da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, até 1961, quando foi transferido para Brasília, onde faleceu aos 93 anos, 39 dos quais como Capelão do Hospital de Base. Sepultado na Igreja São Camilo de Brasília, é venerado como Anjo da Caridade.

14º) Pe. Antonio Longato

Nasceu em Treviso, Itália, em 17/01/1919. Em 1922, veio com sua família para o Brasil.

Entrou na ordem Camiliana em São Paulo, no dia 17/02/1933 e foi ordenado sacerdote no dia 08/12/1945.

No dia 08/12/1946, assume a capelania da Santa Casa de Misericódia de São Paulo até 1950, quando é transferido para a comunidade de Santos.

15º) Pe. Albino Baretta

Nasceu em Farroupilha-RS, em 08/07/1920.

Entrou na ordem Camiliana em 1934, e foi ordenado no dia 29/06/1946, na matriz de Vila Pompeia.

Nos anos de 1952 a 1953, figura entre os capelães da Santa Casa de São Paulo.

Faleceu em Mogi das Cruzes, em junho de 2001.

16º) Pe. Vitório Giovannoni

Nasceu em Trento, Itália.

Entrou na ordem Camiliana em 1923, e foi ordenado em Pádua, no dia 28/06/1936.

Em 1946, veio para o Brasil onde exerceu vários ofícios eclesiásticos. Aparece na lista dos capelães da Santa Casa de São Paulo a partir do dia 25/02/1954.

Por vários anos, foi vigário paroquial em Vila Pompeia, onde veio a falecer no dia 26/04/1988.

17º) Pe. Fortunato Caresia

Nasceu em Trento, Itália.

Ingressou na ordem Camiliana no dia 22/10/1922 e foi ordenado em 01/07/1934, na Itália.

No ano de 1938, veio para o Brasil e já assumia a capelania da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Faleceu na Santa Casa, no dia 20/09/1954, assistido pelos capelães e as irmãs de São José.

18º) Pe. Alberto Tonelato

Nasceu em Treviso, Itália.

Ingressou na ordem Camiliana no dia 04/10/1925.

Foi ordenado sacerdote no dia 05/04/1930 e, em 1936, veio para o Brasil.

No dia 07/01/1937, assume a capelania da Santa Casa de São Paulo, até sua transferencia para o Rio de Janeiro, em 1940.

Faleceu na Itália no dia 30/12/1967.

19º) Pe. Camilo Simeoni

Nasceu em Trento, Itália.

Entrou na ordem Camiliana, em Milão, no dia 07/09/1929, e foi ordenado no seminário de Pádua, no dia 28/05/1935.

Em 1937, veio para o Brasil destinado à casa de Iomerê.

No dia 19/09/1940, assume a capelania da Santa Casa de São Paulo até 1957.

Faleceu no dia 22/09/1967, na Itália.

20º) Pe. Ângelo Pasqual

Nasceu em Nova-Milão, próximo a Porto Alegre-RS, no dia 19/04/1925.

Ingressou no seminário de Iomerê no ano de 1937.

Foi ordenado sacerdote no dia 09/07/1949 por Dom Antonio (Maria) Alves de Sequeira em São Paulo.

No dia 27/02/1950, assume como capelão da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo até 1952 quando foi transferido para outra comunidade.

Ultimamente se encontra hospedado no Recanto São Camilo de Cotia.

21º) Pe. Ambrósio Zoia

Nasceu na Itália em 14/02/1914.

Ingressou na ordem Camiliana no dia 15/08/1931 e foi ordenado no seminário de Pádua no dia 06/07/1941.

Veio como missionário para o Brasil, no ano de 1946, onde exerceu vários ofícios na Província Camiliana Brasileira.

De 1957 a 1959, o encontramos como capelão da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, até ser transferido como capelão do Hospital do Mandaqui.

Faleceu na Itália, no dia 25/11/1966.

22º) Pe. Giorgio Davanzo

Nasceu na Itália no dia 28/11/1922.

Ingressou na ordem Camiliana no dia 29/06/1945.

Em 28/06/1946, veio para o Brasil onde exerceu seu ministério como formador, pároco e capelão.

Ao assumir como superior da Casa de Vila Pompeia no ano de 1952, assume igualmente a capelania da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, até o ano de 1955 quando é transferido para Santa Catarina.

23º) Pe. Sidney Carlos Destri

Nasceu em Nova Prata-RS, no dia 10/07/1959.

Entrou na ordem Camiliana, em Curitiba, no dia 11/02/1980 e foi ordenado sacerdote no dia 12/07/1987.

Aparece como capelão da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo de 1988 a 1993, quando passa a residir na casa de Vila Pompeia.

Faleceu no Hospital São Camilo, no dia 26/09/1997.

24º) Pe. Fermino Waldemar Pasqual

Nasceu em Iomerê-SC.

Entrou na ordem Camiliana no dia 13/04/1944, e foi ordenado no dia 17/03/1956, em Roma.

Foi Provincial, pároco e professor de Letras.

Exerceu o ofício de capelão na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo entre os anos de 1993 e 1997.

Faleceu no Recanto São Camilo de Cotia, no dia 09/07/2012.

25º) Pe. Renato Luiz Pasqual

Nasceu em Iomerê-SC, no dia 23/10/1923.

Entrou na Ordem Camiliana no dia 26/01/1937, na escola apostólica de Iomerê, e foi ordenado na Itália no dia 03/06/1950.

Exerceu vários ofícios na Província Camiliana Brasileira.

Figura, entre os anos de 1995 a 1997, como capelão da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Faleceu em 29/01/2011, em Vila Pompeia-São Paulo.

26º) Pe. Carlos Alberto Pigatto

Nasceu em Santa Maria-RS, no dia 04/02/1927.

Entrou na Ordem Camiliana, no Seminário de Iomerê, no dia 13/11/1936 e foi ordenado sacerdote no dia 09/07/1949, na Igreja Matriz de Vila Pompeia.

Exerceu vários ofícios na Província Camiliana Brasileira entre eles o de capelão da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo ,nos anos de 1998 a 2004, quando foi transferido para exercer o ofício de superior da comunidade São Luiz Gonzaga em Iomerê, onde continua até hoje.

27º) Pe. Paulo Aniceto Rodrigues

Nasceu no dia 21/02/1965, em Campo Belo – MG.

Entrou na ordem no seminário de Monte Santos de Minas no dia 20/01/1991, e foi ordenado sacerdote no dia 11/02/2001.

Exerceu vários ofícios eclesiásticos, entre eles a capelania da Santa Casa de São Paulo, de 2004 a 2005.

Foi transferido para a comunidade do Ipiranga, onde integra a equipe de formadores do seminário de Filosofia.

28º) Pe. Camilo João Munaro

Nasceu em Barra do Rio Azul, RS, no dia 09/07/1946.

Ingressou na Ordem Camiliana, no seminário de Iomerê, no dia 13/02/1960, e foi ordenado no dia 17/01/1976.

Foi, por muitos anos, formador e pároco

Atuou como capelão da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo de 2005 a 2008, quando foi transferido como pároco de Iomerê. Atualmente, está em Fortaleza (CE) como superior da comunidade Maria Madalena no Pirambu.

29º) Pe. Luciano Donizete Naves

Nasceu em São Sebastião do Paraíso – MG, no dia 10/04/1972.

Ingressou na Ordem Camiliana, no seminário de Monte Santo de Minas, no dia 07/04/1991, e foi ordenado no dia 19/02/2006.

Foi capelão do Recanto São Camilo de Cotia, e capelão do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Assumiu a capelania da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em março de 2008, onde continua a sublime missão junto aos enfermos até a data de hoje.

9.4 - Serviços prestados na capelania

Para garantia de um bom serviço religioso prestado aos enfermos da Santa Casa, bem como seus funcionários, o padre capelão conta com a colaboração preciosa da sua secretária e também de trinta e um agentes de Pastoral da Saúde que fazem visitas, levam a sagrada comunhão e também ajudam na distribuição de bíblias para os enfermos, brinquedos, roupas e kits de higiene pessoal para as crianças internadas.

As reuniões com os agentes - que antes eram realizadas mensalmente - neste ano de 2012, experimentalmente, faremos somente quatro encontros, onde sempre e possível orientar-mo-nos para melhor servirmos os nossos irmãos enfermos.

Anualmente, fazemos o retiro dos agentes de saúde da capelania num dia de encontro, descontração e oração, assim com também muita partilha das dificuldades, alegrias e testemunhos de vidas lições que temos, ao nos colocar diante do Cristo que se encontra nos irmãos e irmãs adoentados. Com a bondade de alguns colaboradores do hospital desta Santa Casa de São Paulo, bem como a bondade dos frequentadores da nossa capela, que sempre ajudam com doações de bíblias, brinquedos, roupas e material higiênico torna-se possível o nosso trabalho material junto aos enfermos.

Capítulo 9

Santa Casa de Misericórdia de Santos



Capítulo 10



Capelania da santa casa de santos

A Santa Casa de Santos foi o primeiro hospital construído no Brasil, por Brás Cubas, em 1543.

Introdução

A construção do complexo hospitalar da Santa Casa de Santos foi iniciada em 1542, a partir do engajamento e dedicação de Brás Cubas, auxiliado pelos moradores da região de Santos, litoral do Estado de São Paulo. A princípio, o local foi chamado de Hospital de Todos os Santos, inspirado no nome do grande hospital de Lisboa, Portugal. É provável que a região tenha sido chamada de Povoado do Porto de Todos os Santos e, posteriormente, de Porto de Santos, por conta do hospital ali instalado. A Santa Casa da Misericórdia de Santos, o mais antigo hospital brasileiro, foi inaugurada em novembro de 1543.

Atualmente, na Santa Casa, existem três grupos voluntários prestando serviços: **As Amarelinhas** ou Associação das Voluntárias da Santa Casa (AVOSC), com 55 anos de existência. As **Rosinhas** ou Associação Santa Isabel (ASI), que trabalham com os cancerosos. As **Verdinhas** ou grupo de Comissão de Controle de Qualidade (CCQ), que verificam o bom funcionamento do hospital.

O número de médicos soma 800, e os funcionários giram em torno de 3000. O Provedor é o Sr. Manoel Lourenço das Neves, desde 1994, e o Vice-Provedor é o Sr. Félix Ballerini, ambos católicos.

10.1 - Chegada dos Camilianos

O Pe. Inocente Radrizzani assim nos informa a respeito do início das atividades camilianas na baixada santista, num relatório escrito para o Capítulo da Província Lombardo Veneta, e apresentado aos capitulares no dia 14 de março de 1929:

Capítulo 10

"*Em 1925, Santos foi criada a diocese, desmembrando-se de São Paulo. O novo bispo pediu-nos com insistência para ter um padre para a Santa Casa. A comunidade à qual submeti o assunto achou por bem que aceitasse, podendo abrir caminho para uma futura comunidade, dado que Santos é uma cidade que cresce e, sendo porto de São Paulo, seria útil, como ponto de apoio para os padres que vão e chegam da Itália. O padre continua só, sempre pela falta de pessoal. A experiência, porém, mostrou que o caso de Santos deve ser estudado com mais seriedade, dada a falta do apoio prometido pela diocese e também pelo clima tropical que não permite abusar do esforço do padre, dado o nosso número limitado. De qualquer forma, sou deste parecer: ou formar uma pequena comunidade ou retirar o padre que lá está. Os ramos muitos distantes devem ser cortados*".

Venceu a tese de tornar a concretizar uma comunidade camiliana e, assim, ao longo destes anos, muitos religiosos passaram a residir em Santos, doando suas vidas no atendimento dos doentes em muitos hospitais da Baixada Santista e em domicílio, mas especialmente na Santa Casa de Misericórdia.

Nesse contexto, as histórias da Província Camiliana Brasileira e da Santa Casa da Misericórdia se cruzam, quando os primeiros padres camilianos desembarcaram no Brasil e vieram primeiramente a Santos, em 31 de maio de 1925, atendendo as insistências do Dom José Maria Pereira Lara – Bispo da Diocese de Santos, e tomaram conta da Capelania da Santa Casa de Misericórdia de Santos, até o fim de fevereiro de 1932, deixando muita saudade e espiritualidade camiliana.

Durante o período da construção da nova Santa Casa de Misericórdia de Santos, emissários da Mesa Administrativa foram à Vila Pompeia, em São Paulo, onde está sediada a Província Camiliana Brasileira, com o intuito de conseguir que os camilianos reassumissem o ministério espiritual do hospital. Por duas vezes o próprio vigário geral e capitular, Monsenhor Luiz G. Rizzo, esteve presente na reivindicação dos emissários da Santa Casa.

Nessa ocasião, eclodia a segunda guerra mundial, que trouxe muitas dificuldades, sendo assim fator determinante para que a Ordem

Geral Camiliana, com sede em Roma, determinasse que fossem interrompidos os esforços dos religiosos camilianos no Brasil, e adiado o comum desejo da realização do ministério espiritual na Santa Casa. No entanto, os padres da Congregação do Imaculado Coração de Maria – religiosos Claretianos – assumiram, em caráter provisório, a missão da Capelania da Santa de Misericórdia de Santos.

Em 1949, o Irmão Gaspar Reiter ficou internado na Santa Casa de Santos por vários meses. Esta situação de saúde resultou em visitas frequentes de seus superiores e em contato com a Administração do hospital. No mesmo período, ficou internado também o Bispo Dom Idílio José Soares, criando-se assim um ambiente favorável de maior aproximação e recíprocos entendimentos entre ambos.

O Padre Domingos Gava, então Provincial da Província Camiliana Brasileira, tendo vindo buscar o Irmão Gaspar para levá-lo a São Paulo, procurou Dom Idílio José Soares que se encontrava no Seminário Diocesano em São Vicente preparando exercícios espirituais do clero. O Bispo recebeu-o com muita cordialidade e respondeu afirmativamente ao pedido de ceder uma capela para residência dos padres e exercício de seu ministério sacerdotal. Na manhã seguinte, dia 7 de julho, na festa de aniversário do Provedor da Santa Casa de Santos, houve grande torcida para o retorno dos padres camilianos ao hospital.

Do Seminário de São Vicente, o Provincial foi visitar o Frei Manuel, da Ordem dos Capuchinhos, na Igreja Santo Antonio do Embaré, o qual aconselhou-o que fosse visitar a Capela da Santa Cruz que na época estava sendo administrada pela Irmandade de São Benedito, localizada na Rua Senador Feijó, 444, e posteriormente fosse essa capela requerida ao Sr. Bispo, como própria dos padres camilianos.

De fato, o padre Provincial gostou da sugestão e achou ótimo, o ponto, para ali começar um bom trabalho em Santos. No início do

mês de agosto de 1949, por meio de uma carta levada pelo Irmão Gaspar, Dom Idílio José Soares oferecia a Capela da Santa Casa velha. No dia 24 do mesmo mês, o Provincial veio a Santos e com o padre Emilio Viliotti, visitou o local, mas não gostou. Não achou o local adequado para moradia dos religiosos.

Porém, no dia 3 de janeiro de 1950, depois de vários arranjos, Padre Jorge Davanzo tomava posse do cargo de capelão na Santa Casa nova. Foi acompanhado pelo padre provincial para ter uma entrevista com a superiora das Irmãs da Congregação das Irmãzinhas da Imaculada Conceição que trabalhavam na Santa Casa e logo depois uma audiência com o Bispo Dom Idílio José Soares, então bispo da Diocese, que concedeu as faculdades de estilo tanto ao novo capelão quanto ao Padre Provincial.

No dia seguinte, Pe. Jorge apresentou-se ao Diretor Técnico, Dr. Odair Pedroso, e demais chefes, acompanhado pelo Pe. Emílio Viliotti, que fora capelão da Santa Casa desde o ano de 1933 até 1946. Porém, em maio daquele mesmo ano, Pe. Jorge foi transferido para a Comunidade de Iomerê, em Santa Catarina, sendo substituído pelo Padre João Caruzzi, que permaneceu pouco tempo, sendo também transferido para a Casa de Vila Pompeia. Em seu lugar foi nomeado o padre Bruno Casara para ser capelão da Santa Casa.

Em 23 de agosto de 1950, o Padre Domingo Gava assume a capelania da Santa Casa, e no início do mês de dezembro, o Padre Antonio Longato, que era capelão da capela da Santa Cruz, passa a ser o capelão definitivo da Santa Casa. O Pe. Antonio Longato permaneceu ali como Capelão até novembro de 1968.

No início, não havia uma capela. As missas eram celebradas num final de corredor. Somente no dia 02 de julho de 1959, foi inaugurada a nova capela que existe até hoje. É por isso que, em todos os anos, a festa do hospital ou de Santa Isabel é realizada nesta data, ou seja, o dia das Santas Casas.

10.2 - Capelães Camilianos que atuaram na Santa Casa

Nestes 62 anos de existência do serviço religioso camiliano na Santa Casa de Misericórdia, muitos religiosos camilianos passaram por lá. Alguns como efetivos, outros prestando ajuda em algumas ocasiões mais necessárias. Como preito de gratidão pelo serviço prestado, lembramos por ordem de chegada:

1) Pe. Jorge Davanzo
2) Pe. Bruno Casara,
3) Pe. Domingos Gava
4) Pe. Ludovico Zanol
5) Pe. Antonio Longato
6) Pe. Ângelo Pasqual
7) Pe. Clemente Pasqual
8) Pe. José Bett
9) Pe. Afonso Maria Gutierrez
10) Pe. Camilo Simioni
11) Pe. Arcídio Favretto
12) Pe. Firmino Waldemar Pasqual
13) Pe. Renato Pasqual
14) Pe. Ernesto Boff
15) Pe. Hilário Spader
16) Pe. Vitório Giovannini
17) Pe. Carlos Alberto Pigatto,
18) Pe. Heitor Nicolodi
19) Pe. Luis Gemeli
20) Pe. Ademar Rover
21) Pe. Albino Doná
22) Pe. Túlio Guarise
23) Pe. Miguel Fernandes
24) Pe. Mário Tedesco
25) Pe. José Carlos Romano
26) Pe. Favorino Mugnol
27) Pe. Augusto Zago
28) Pe. Ângelo Pigatto
29) Pe. José Carlos Romano

O Capelão atual, **Pe. José Carlos Romano,** é o religioso que mais tempo presta serviços pastorais na Santa Casa. Em 2012 completa 21 anos de capelania.

Capítulo 10

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP): Breve histórico da Capelânia



Capítulo 11





Introdução

As atividades de assistência religiosa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo existem desde a fundação do HC (1945). De acordo com os livros dos registros de crônicas da Capelania, no início essa assistência era desenvolvida apenas pelo serviço religioso católico, mais especificamente por padres diocesanos de paróquias próximas ao HC. Posteriormente, D. Carlos Carmelo de Vasconcelos Motta, então arcebispo metropolitano de São Paulo ofereceu aos padres franciscanos da Terceira Ordem Regular (TOR) da Paróquia Nossa Senhora de Fátima, à qual se jurisdiciona eclesiasticamente o Hospital das Clínicas, o trabalho no HC. No entanto, eles não aceitaram.

A capela do hospital foi inaugurada no dia 15 de maio de 1945. O primeiro capelão foi o Cônego Roque Viggiano, auxiliado pelo Pe. Miguel Sanjurjo (Espanhol), que exerceu o ministério no HCFMUSP até 29 de abril de 1960.

A participação católica e os padres camilianos na capelania do HC

Os padres da Ordem de São Camilo – Ministros dos Enfermos (camilianos) - que têm como carisma cuidar dos doentes e atuam no mundo da saúde fizeram o primeiro contato com o hospital, em 1951. O Cônego Roque pediu ao Superior da comunidade de Vila Pompeia, Pe. João Grimaz, que era também Provincial da Ordem, que o substituísse durante o período de suas férias, de 18 de maio a 10 de junho de 1951.

Aos 23 de abril de 1952, o Sr. Cardeal Dom Carlos Carmelo de Vasconcelos Motta consultou os Camilianos para assumirem a Capelania, oficializando-se, em 30 de abril de 1960, a achegada no HCFMUSP. Desde então, os Padres Camilianos atuam neste complexo.

Muitos foram os padres que, por longo ou curto período, colaboraram nesta capelania. Esta é a relação dos capelães, camilianos, diocesanos e de outras congregações que trabalharam e trabalham no HCFMUSP:

1) Roque Viggiano
2) Miguel Sanjurjo
3) Lídio Milani
4) Ângelo Pigatto
5) Ivo Gelain
6) Mário Tedesco
7) Dyonísio Luiz Costenaro
8) Francisco Ricci
9) Carlos Alberto Pigatto
10) Geraldo Bogoni
11) Alvísio Benedetti
12) Olívio Bulia
13) Emesto Cadore
14) Antônio Soligo
15) Ivo Cristofoli
16) Ozir Tesser
17) Abel Abatti
18) Francisco Resende
19) João Mezzomo
20) José Costenaro
21) Mário Buila
22) Ângelo Pasqual
23) Hubert Lepargneur
24) Olindo Mungnol
25) Alfonso Pastore
26) Léo Pessini
27) Raul José Matte
28) José Carlos Romano
29) Christian de Paul de Barchifontaine
30) José Maria Ronchi
31) Paulo Atanásio
32) Thomas Scott
33) João Inácio Mildner
34) Sebastião Antônio de Oliveira
35) Laurindo Martins de Almeida
36) Evangelista Moisés Figueiredo
37) Luciano Donizete Naves
38) Mario Kozik
39) Alexandre Martins
40) Anísio Baldessin
41) Augusto A. Mezzomo

De todos esses religiosos que prestaram serviço nessa Capelania, treze abandoram a vida religiosa no momento crítico da renovação da Igreja, no pós-Concílio Vaticano II (1962-1965).

11.1 - Camilianos que mais atuaram no HCFMUSP

O religioso Camiliano que há mais tempo atua no HCFMUSP é o Pe. Anisio Baldessin, que atua na Capelania há 20 anos, desde o dia 8 de novembro de 1992. Inclusive foi ordenado Diácono na Capela do Hospital do Instituto Central do HC (ICHC). Em seguida, temos o Pe. Geraldo Bogoni, que atuou de 15 de dezembro de 1963 a 26 de julho de 1977, quase 14 anos. O Pe. Léo Pessini atuou de 4 de janeiro de 1982 a 7 de novembro de 1992. O Pe. Christian de Paul de Barchifontaine de 1983 a 1990.

11.2 - Aspectos jurídico-institucionais da assistência religiosa no HCFMUSP

O Regulamento Geral do Hospital das Clínicas, no seu artigo 632, define que os Assistentes Religiosos subordinam-se diretamente ao Superintendente. Para melhor definir as funções, ampliar a normatização e especificar as atividades da Capelania, durante o ano de 1994 os capelães – convocados pela Superintendência, e em conjunto com os setores competentes -, elaboraram uma Ordem de Serviço em que se estabeleceram detalhes de sua composição jurídica e a criação do Serviço Religioso Católico e do Serviço Religioso Evangélico, para atuarem ecumenicamente. Esta ordem foi aprovada e publicada no órgão de comunicação do HCFMUSP, o "HC EM NOTÍCIAS", no dia 05 de janeiro de 2005.

A partir de então, os serviços de assistência religiosa passaram a ser supervisionados pela Coordenadoria criada e composta equitativamente por dois representantes de cada credo.

Em 2004, a Superintendência da Autarquia, com o objetivo de se adequar ao desenvolvimento da realidade mundial de assistência religiosa hospitalar, às novas leis governamentais que

tratam da assistência religiosa em instituições de saúde e às características internas do HC, convocou novamente os capelães, para que, em consonância com o Núcleo de Direito do HC, formalizassem documento substitutivo à Ordem de Serviço de janeiro de 1995.

Após diversas reuniões, um novo documento tomou forma e finalmente se concretizou na Ordem de Serviço nº 25/2004, de 08 de junho de 2004, após aprovação oficial do Conselho Deliberativo do HCFMUSP – órgão máximo da Autarquia – em sua 2726ª Sessão.

A nova Ordem de Serviço trouxe algumas novidades, apresentadas a seguir. Uma foi a nova denominação da capelania, que passou a ser Comitê de Assistência Religiosa – CARE – composto pelo mesmo Serviço Religioso Católico e Serviço Religioso Evangélico. Junto a estes, prevê-se a possibilidade – definida como necessária pelos membros do CARE – da criação de um outro Serviço Religioso. Outra é que, além dos dois representantes titulares e um suplente de cada serviço, o Comitê conta com um representante da Superintendência. Ademais, os leigos, que, já voluntariamente, desenvolviam trabalhos no complexo HC e que eram denominados Agentes de Pastoral ou colaboradores passaram a ser chamados, individualmente, de voluntário religioso.

Composição da Coordenadoria do CARE

A Coordenadoria Administrativa do CARE, segundo a Ordem de serviço 25/2004, será composta de, no máximo 07, (sete) membros, sendo 02 (dois) representantes da igreja católica, 02 (dois) representantes das igrejas evangélicas; se necessário, de 02 (dois) representantes de outros credos e 01 representante da Administração Superior do HCFMUSP. Acrescenta-se a essa coordenadoria a equipe dos voluntários religiosos.

Objetivo do CARE

O CARE tem o objetivo prestar assistência religiosa no Complexo HCFMUSP, constituindo-se para o exercício do conjunto das ações voltadas à boa prática dos credos e cultos, em prol dos pacientes, familiares e servidores, assegurando a autonomia de cada um.

Como ingressar no Care

Seguindo as atribuições do Regimento Interno do CARE 21/mar/2005, para que o interessado possa fazer parte do CARE é necessário preencher estes requisitos: apresentar carta do seu líder religioso; apresentar certificado de curso promovido pelo CARE; submeter-se a entrevista com representantes religiosos que integram, a Coordenadoria Administrativa.

Instalações do CARE

O Serviço Religioso Católico tem um conjunto de salas e outras dependências de apoio contíguas à Capela, no 11º andar do Instituto Central "Dr. Adhemar Pereira de Barros" do HCFMUSP – Fone: (11) 2661-6340. Este conjunto de salas passou a ser também sede do CARE, onde suas atividades administrativas são desenvolvidas.

O Serviço Religioso Evangélico dispõe de uma sala situada no 4º andar do Prédio dos Ambulatórios – Fone: (11) 2661-6376. O anfiteatro da Clínica Oftalmológica foi emprestado para os cultos celebrados.

Além destas salas, o CARE dispõe de duas Capelas. Uma está situada no Instituto Central. Esta Capela foi a primeira parte inaugurada de todo o Complexo HC, pelo então governador de São Paulo, Dr. Adhemar Pereira de Barros; ela é tombada pelo CONDHEPHAT como patrimônio histórico e cultural do Estado de São Paulo, por contar com as esculturas de Victor Brecheret, vitrais de Di Cavalcanti e pinturas de Mário Penachi. A outra capela está no prédio do

Instituto do Coração – InCor - HC – 8º andar, onde são realizadas as celebrações litúrgicas daquele Instituto integrante do Complexo HC.

Fonte: http://www.hcnet.usp.br/adm/care/index.htm#breve_historico

11.3 - Documento

ORDEM DE SERVIÇO Nº 25/2004

Reformula a prestação de assistência religiosa e dá nova denominação à "capelania do complexo hc".

O Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP, no uso de suas atribuições legais e considerando:

• os direitos e garantias individuais e coletivos, fixados na Constituição Federal de 1988, artigo 5º, inciso VII, que assegura a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares;

• a Lei Federal nº 9.982, de 14 de julho de 2000, que dispõe sobre a prestação de assistência religiosa;

• a Lei Estadual nº 10.066, de 21 de julho de1998, regulamentada pelo Decreto nº 44.395, de 10.11.1999, que disciplina a prestação de assistência religiosa nos hospitais da rede pública e privada;

• Resolução SS nº 40, de 12 de abril de 2000, que estabelece os procedimentos relativos ao credenciamento dos representantes das denominações religiosas, nos hospitais de internação coletiva da rede pública e privada de que trata o Decreto 44.395/99;

• a Portaria nº 17, de 02 de maio de 2000, da Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo, da Secretaria de Estado da Saúde, que determina às unidades hospitalares o dever de estabelecer normas internas para assistência religiosa aos seus pacientes;

• o artigo 632, do Regulamento do HCFMUSP (Decreto Esta-

dual nº 9.720, de 20 de abril de 1977), que estabelece subordinação direta dos assistentes religiosos ao Superintendente;

• a dimensão das atividades religiosas desenvolvidas no Complexo HCFMUSP e o necessário entrosamento entre os religiosos e os dirigentes das diferentes unidades da Autarquia, para assuntos administrativos e disciplinares, sem prejuízo da liberdade de crença;

• a necessidade de preservação do adequado desenvolvimento assistencial, em consonância com os princípios éticos, sociais, de confidencialidade, de privacidade e de autonomia do paciente, familiares e servidores,

Resolve

reformular a prestação da assistência religiosa no âmbito do Complexo HCFMUSP, bem como dar nova denominação à "Capelania do Complexo HC", conforme a seguir articulado.

Capítulo I

Das características da prestação de assistência religiosa no HCFMUSP

Artigo 1º - A prestação de assistência religiosa no Complexo HCFMUSP constitui-se no conjunto de ações voltadas às boas práticas dos credos e cultos, em prol dos pacientes, familiares e servidores, assegurada sua autonomia.

Artigo 2º - A prestação da assistência religiosa tem caráter voluntário, nos moldes da Lei Federal nº 9.982, de 14 de julho de 2000, da Lei Estadual nº 10.066, de 21 de julho de 1998, regulamentada pelo Decreto Estadual nº 44.395, de 10 de novembro de 1999 e Ordem Conjunta de Serviço nº 08/2000 (reformulada em 17 de junho de 2002), que disciplinam as atividades voluntárias.

Parágrafo Único - O serviço voluntário religioso é atividade

espontânea, não remunerada, prestada ao HCFMUSP por pessoa física, maior e capaz, não gerando vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim.

Capítulo II

Da alteração da denominação da "Capelania do complexo HC"

Artigo 3º - A "Capelania do Complexo HC", constituída pela Ordem de Serviço nº 05/95, passa a denominar-se Comitê de Assistência Religiosa - CARE.

Capítulo III

Da vinculação e Organização do CARE

Artigo 4º - O CARE vincula-se à Superintendência do HCFMUSP.

Artigo 5º - O CARE compõe-se de:

I - Coordenadoria Administrativa

II - Equipe Voluntária de Assistentes Religiosos

III - Apoio Administrativo

Seção I

Da Coordenadoria Administrativa Do Care

Artigo 6º - Os trabalhos do CARE serão operacionalizados através de uma Coordenadoria Administrativa, com base em princípios aplicados à área da pastoral da saúde, em consonância com os postulados de espiritualidade, teologia, ciências da religião e bioética.

Artigo 7º - A Coordenadoria Administrativa do CARE será

composta de, no máximo, 07(sete) membros, sendo 02 (dois) representantes da igreja católica, 02 (dois) representantes das igrejas evangélicas, 02 (dois) representantes de outros credos e 01 (um) representante da Administração Superior do HCFMUSP.

§ 1º - Os representantes de cada um dos credos serão indicados pelas respectivas instituições religiosas.

§ 2º - Caberá ao Superintendente designar, dentre os representantes indicados, titulares e suplentes, bem como o representante da Administração Superior do HCFMUSP.

§ 3.º - Para integrar a Coordenadoria Administrativa do CARE, o representante de cada credo deverá assinar o Termo de Adesão (Anexo II) e comprovar trabalho de assistência religiosa no HCFMUSP, pelo período mínimo de 12 (doze) meses.

§ 4º - A Coordenadoria Administrativa do CARE contará com um suplente para cada um dos credos que a compõe.

Artigo 8º - A Coordenadoria Administrativa do CARE será coordenada por um representante religioso eleito pela maioria.

§1º- O mandato dos integrantes da Coordenadoria Administrativa do CARE será de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 2º- Nas ausências do Coordenador, a Coordenação será exercida pelo segundo representante do mesmo credo.

§ 3º - A designação do Coordenador do CARE será formalizada por ato do Superintendente, publicado no Diário Oficial do Estado.

Seção II

Da Equipe Voluntária De Assistentes Religiosos

Artigo 9º - A Equipe Voluntária de Assistentes Religiosos é composta de pessoas cadastradas no CARE, de acordo com Regimento Interno.

Capítulo IV

Das competências/atribuições do CARE

Seção I

DA Coordenadoria ADMINISTRATIVA DO CARE

Artigo 10 - Incumbe a Coordenadoria Administrativa do CARE a:

I - deliberar sobre as atividades de assistência religiosa, de forma a oferecer a todos solidariedade, conforto humano e espiritual, respeitando a individualidade e as convicções religiosas de cada um, no âmbito dos Institutos/Departamentos, sem nenhum ônus para a Autarquia;

II - estabelecer os critérios para cadastramento de Voluntários Religiosos;

III - elaborar Regimento Interno e rotinas operacionais necessárias ao funcionamento do CARE;

IV - cumprir e fazer cumprir o Regulamento do HCFMUSP e as demais normas organizacionais, bem como a presente Ordem de Serviço;

V - promover cursos, seminários e palestras, no âmbito da assistência religiosa, gratuitamente, em locais previamente definidos e autorizados pelos respectivos Dirigentes;

VI - promover a interação do CARE com as diferentes Unidades do Complexo;

VII - coibir a prática de ato contrário aos interesses da Autarquia, proibindo a promoção pessoal dos integrantes do CARE, bem como negociações utilizando-se do nome e instalações do HCFMUSP.

Artigo 11 - Caberá ao Coordenador do CARE operacionalizar todas as decisões e resoluções da Coordenadoria, bem como zelar pelo fiel cumprimento desta Ordem de Serviço e demais disposições legais e institucionais.

Seção II

Da equipe voluntária de assistentes religiosos

Artigo 12 - À Equipe Voluntária de Assistentes Religiosos incumbe:

I – cumprir as deliberações do CARE;

II – oferecer solidariedade, conforto humano e espiritual, respeitando a individualidade e as crenças religiosas de cada um;

III – servir de apoio aos familiares de pacientes em situações críticas e de sofrimento;

IV – desenvolver ações de ajuda espiritual, fazendo com que os profissionais da saúde, independentemente de seu credo religioso, reconheçam os valores espirituais do paciente;

V – promover e participar de celebrações religiosas para os pacientes, familiares e servidores desta Autarquia, desde que solicitado;

VI – assessorar os profissionais da equipe multidisciplinar na solução de casos em que, de algum modo, estejam implicadas questões religiosas, espirituais e sociais.

Seção III

Do apoio administrativo

Artigo 13 - A Coordenadoria Administrativa do CARE poderá contar com suporte administrativo prestado por equipe de voluntários, nos termos da Ordem de Serviço nº 07/98.

Capítulo V

Do cadastramento dos voluntários religiosos

Artigo 14 - O interessado em integrar o serviço voluntário reli-

gioso deverá formular requerimento endereçado à Coordenadoria Administrativa do CARE (Anexo I).

Parágarafo único - Preenchidos os requisitos estabelecidos em Regimento Interno, o Coordenador encaminhará o requerimento ao Superintendente do HCFMUSP que:

a) determinará a autuação do requerimento;

b) instará a Divisão de Recursos Humanos a informar sobre a existência de registros cadastrais e de eventuais ocorrências;

c) analisará e deliberará sobre a formalização ou não do Termo de Adesão;

d) se deferido, determinará que a Divisão de Recursos Humanos proceda à formalização de Termo de Adesão, disciplinada pela Lei Federal nº 9.608/98 e Lei Estadual nº 10.335/99 (Anexo II).

Artigo 15 - Após a formalização do Termo de Adesão, a Divisão de Recursos Humanos encaminhará, à Coordenadoria Administrativa do CARE, o processo para ciência e anotações.

Artigo 16 - O Voluntário Religioso receberá crachá de identificação, nos termos da Ordem de Serviço nº 07/98.

Capítulo VI

Do funcionamento do CARE

Artigo 17 - A Coordenadoria Administrativa do CARE estará sediada em local determinado pela Superintendência do HCFMUSP.

Artigo 18 - Aos dirigentes dos Institutos/Departamentos incumbe disponibilizar espaço físico e infraestrutura material para instalação de postos avançados voltados ao desenvolvimento das atividades do CARE, zelando pelo uso adequado aos fins a que se destina.

Artigo 19 - A Coordenadoria Administrativa do CARE se reu-

nirá mensalmente, para discussão de assuntos regulamentares, administrativos internos e externos, bem como disciplinares e, extraordinariamente, sempre que necessário.

§ 1º- As decisões tomadas em reuniões ordinárias e extraordinárias serão por maioria de seus membros.

§ 2º - Na eventual ocorrência de empate, decorrente de ausência dos membros ou de seus suplentes, o voto de qualidade será do representante da Administração.

§ 3º - Os assuntos tratados nas reuniões serão lavrados em ata, que será encaminhada ao Superintendente.

Artigo 20 - Os integrantes da Equipe Voluntária de Assistentes Religiosos do CARE serão encaminhados, pela Coordenadoria Administrativa, aos Institutos/Departamentos do Complexo Hospitalar, obedecida a demanda religiosa.

Artigo 21 - A Assistência Religiosa será prestada diariamente e em tempo integral, em todo o Complexo HCFMUSP.

§1º - As celebrações religiosas obedecerão a horários preestabelecidos em rotina operacional, definidas pela Coordenadoria Administrativa do CARE.

§ 2º - As celebrações religiosas serão realizadas em locais apropriados, definidos pelos Dirigentes dos Institutos/Departamentos.

§ 3º- Ficarão suspensos os serviços de assistência religiosa durante os procedimentos fundamentais realizados na unidade hospitalar, devendo ser aguardada a respectiva liberação.

§ 4º - Salvo autorização especial do responsável de cada unidade hospitalar, durante a assistência religiosa não será permitido o uso de instrumentos musicais, tampouco de rituais incompatíveis com o ambiente.

Artigo 22 - Desde que chamado, o visitante religioso não inte-

grante da Equipe Voluntária de Assistentes Religiosos deverá obrigatoriamente apresentar sua identificação religiosa nas Portarias dos Institutos/Departamentos.

§ 1º- O horário das visitas de religiosos não integrantes do Voluntariado será das 8h00 às 19h00, respeitadas as peculiaridades do local de internação do assistido.

§ 2º- Em situações urgentes, a assistência religiosa poderá ser prestada fora dos horários normais de visita, desde que respeitadas as limitações locais e clínicas do paciente.

Artigo 23 - O acesso dos representantes religiosos nos setores de terapia intensiva e correlatos ficará condicionado às determinações dos respectivos dirigentes.

Capítulo VII

Do acesso às informações confidenciais e sua divulgação

Artigo 24 - O acesso à informação, quer sobre o paciente, quer sobre a Instituição Hospitalar, não garante ao Voluntário Religioso direito sobre ela mesma, nem confere autoridade para liberar acesso a outras pessoas.

Artigo 25 – É de responsabilidade do Voluntário Religioso cuidar da integridade, confidencialidade e disponibilidade dos dados e informações, devendo comunicar por escrito à Coordenadoria Administrativa do CARE quaisquer irregularidades, desvios ou falhas identificadas.

Artigo 26 – A revelação de segredo do qual o Voluntário Religioso se apropriar em razão de sua atividade no HCFMUSP se constitui em motivo para rescisão o Termo de Adesão, além das cominações legais da espécie.

Capítulo VIII

Das disposições gerais

Artigo 27 - É vedado tentar modificar o credo religioso ou retirar, transferir ou substituir objetos religiosos dos pacientes.

Parágrafo Único - Somente a enfermeira, se necessário e em função da exigência do tratamento, poderá recolher e guardar os objetos religiosos, para posterior devolução ao paciente/familiares.

Artigo 28 - A utilização do nome, logomarcas e símbolos dos órgãos governamentais, do HCFMUSP ou de seus Institutos/Departamentos em material de divulgação externa, é vedada aos integrantes do CARE, exceto nos casos previamente autorizados pelo Superintendente.

Artigo 29 - É vedada a emissão de opinião vinculada ao credo religioso, valendo-se da condição de voluntário do CARE.

Artigo 30 - O Voluntário Religioso que incorrer em faltas disciplinares estará sujeito às normas do Complexo HCFMUSP, da Instrução de Serviço nº 04/2004, no que couber, sem prejuízo das demais cominações legais.

Capítulo IX

Das disposições transitórias

Artigo 31 - A primeira Coordenadoria Administrativa do CARE será indicada mediante eleição dentre os componentes da atual "Capelania HC", obedecida a representatividade de credos estipulada no artigo 7º da presente Ordem de Serviço.

§ 1º- Caberá ao Superintendente designar os membros titulares e suplentes, bem como o representante da Administração Superior do HCFMUSP.

§ 2º - Não será permitida a presença no CARE, quer na Coordenadoria ou na Equipe Voluntária, de religiosos sem a celebração de Termo de Adesão.

Artigo 32 - A presente Ordem de Serviço entrará em vigor 30 (trinta) dias após sua publicação, com a designação da Coordenadoria Administrativa do CARE.

DE 2004

José Manoel De Camargo Teixeira

Superintendente

Anexo I

Requerimento para prestação de assistência religiosa voluntária no comitê de assistência religiosa CARE

Ao Senhor

Coordenador do CARE

I – Identificação do Requerente

Nome:.....

Religião: ..... **Grau**.....

Cédula de identidade nº .....

Órgão de Expedição: .....

CPF nº .....

Data de nascimento: ...../...../..... local: .....

Endereço residencial: .....

.....**nº** .....

Bairro .....**Cidade:** .....

Telefones ..... **Fax** .....

E-mail .....

II - Período: ...../...../..... a ...../...../.....

Horário .....

III - Jornada Diária, Semanal ou Mensal: .....

IV - Descrição de atividades de assistência religiosa: .....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

V - Demais informações que permitam avaliação de seus méritos:
.....
.....
.....
.....

CIENTE DE QUE O SERVIÇO VOLUNTÁRIO É ATIVIDAS-DE ESPONTÂNEA, NÃO REMUNERADA, NÃO GERANDO VÍNCULO EMPREGATÍCIO, OBRIGAÇÃO DE NATUREZA TRABALHISTA, TAMPOUCO PREVIDENCIÁRIA OU AFIM, tendo cumprido os requisitos e condições estipulados, vem, requerer autorização para prestação de assistência religiosa, na Equipe de Voluntários do CARE, do HCFMUSP.

Nestes termos

Pede deferimento

São Paulo,.....de .....de..... .

Anexo II

Termo de Adesão

Termo de adesão para assistência voluntária no Comitê de Assistência Religiosa - CARE, do complexo HCFMUSP

PROCESSO HC Nº. .....

PARTES:

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, entidade autárquica, criada pelo Decreto-Lei nº 13.192, de 19 de janeiro de 1943, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde e associada à Universidade de São Paulo, representada pelo seu Superintendente, nos termos do artigo 104, do Decreto 9720/77, doravante denominado HCFMUSP, e

Nome: .....

Cédula de identidade nº .....

Órgão de Expedição: .....

CPF nº ....., **Profissão**: .....

Religião ....., **Grau**.....

Endereço Residencial ....., doravante denominado Voluntário Religioso, nos moldes da Lei Federal nº 9.982, de 14 de julho de 2000, da Lei Estadual nº 10.066, de 21 de julho de 1998, regulamentada pelo Decreto Estadual nº 44.395, de 10 de novembro de 1999, da Ordem Conjunta de Serviço nº 08/2000 (reformulada em 17 de junho de 2002) e em

cumprimento à Ordem de Serviço nº....., que reformulou a prestação de serviços de assistência religiosa no Complexo HCFMUSP, celebram o presente **TERMO DE ADESÃO**, mediante as cláusulas a seguir enunciadas.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto deste Termo de Adesão a prestação voluntária de assistência religiosa, a ser exercida no Comitê de Assistência Religiosa - CARE, do HCFMUSP.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ATIVIDADE VOLUNTÁRIA

Para fins deste Termo, considera-se a prestação de serviços de assistência religiosa a atividade voluntária, não remunerada, efetuada no HCFMUSP, não gerando vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS DEVERES DO VOLUNTÁRIO RELIGIOSO

São deveres do Voluntário Religioso:

a) oferecer solidariedade, conforto humano e espiritual, respeitando a individualidade e as crenças religiosas de cada um;

b) servir de apoio aos familiares de pacientes em situações críticas e de sofrimento;

c) desenvolver uma ação de ajuda espiritual, fazendo com que os profissionais da saúde, independentemente de seu credo religioso, reconheçam os valores espirituais do paciente;

d) promover e participar de celebrações religiosas para os pacientes, familiares e servidores desta Autarquia, desde que solicitado;

e) assessorar os profissionais da equipe multidisciplinar na solução de casos em que, de algum modo, estejam implicadas questões religiosas, espirituais e sociais.

f) cumprir as Normas, Instruções, Regimento Interno e Dire-

trizes do CARE e do HCFMUSP, bem como determinações dos Dirigentes dos Institutos/Departamentos em que exerça suas atividades assistenciais

CLÁUSULA QUARTA - DO LOCAL E HORÁRIO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO VOLUNTÁRIO RELIGIOSO

4.1. O Voluntário Religioso será encaminhado pela Coordenadoria Administrativa do CARE aos Institutos/Departamentos do Complexo Hospitalar, obedecida a demanda religiosa.

4.2. O Voluntário Religioso prestará assistência no seguinte horário (JORNADA DIÁRIA, SEMANAL OU MENSAL).

4.3. A Assistência Religiosa será prestada no Complexo HCFMUSP, de acordo com a demanda religiosa de cada Instituto/Departamento.

4.4. Em situações urgentes, a assistência religiosa poderá ser prestada fora dos horários normais de visita, desde que respeitadas as limitações locais e clínicas do paciente.

4.5. Ficarão suspensos os serviços de assistência religiosa durante a assepsia dos pacientes ou nos momentos em que estiverem sendo ministrados medicamentos ou realizados procedimentos, devendo ser aguardada a liberação do local/paciente pela Enfermagem.

CLAUSULA QUINTA - DAS VEDAÇÕES

É vedado ao Voluntário Religioso

a) tentar modificar o credo religioso ou retirar, alterar ou substituir objetos religiosos dos pacientes;

b) a utilização do nome, logomarcas e símbolos do HCFMUSP ou de seus Institutos/Departamentos em material de divulgação externa, exceto nos casos previamente autorizados pelo Superintendente do HCFMUSP;

c) a emissão de opinião vinculada ao credo religioso, valendo-se da condição de voluntário do CARE.

CLÁUSULA SEXTA - DO ACESSO ÀS INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS E SUA DIVULGAÇÃO

6.1. O acesso à informação não garante ao Voluntário Religioso direito sobre ela nem confere autoridade para liberar acesso a outras pessoas.

6.2. É de responsabilidade do Voluntário Religioso cuidar da integridade, confidencialidade e disponibilidade dos dados, informações, devendo comunicar por escrito à Coordenadoria Administrativa do CARE quaisquer irregularidades, desvios ou falhas identificadas.

6.3. A revelação de segredo do qual o Voluntário Religioso se apropriou em razão de sua atividade no HCFMUSP se constitui em motivo para rescisão do Termo de Adesão, além das cominações legais passíveis.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PRAZO

7.1.O prazo de vigência do presente Termo de Adesão será de 24 (vinte e quatro) meses, a contar de sua assinatura.

7.2. A vigência do presente Termo de Adesão poderá ser prorrogada, condicionada à reavaliação da Coordenadoria do CARE e à aprovação da Superintendência, mediante a celebração de Termo Aditivo.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO

8.1. O presente instrumento poderá ser rescindido antes do termo final, interrompido ou suspenso, a pedido da Coordenadoria do CARE ou pela Superintendência do HCFMUSP, a qualquer momento, na ocorrência do descumprimento dos deveres, condições e preceitos éticos ou superveniência de norma administrativa expedida pelo Dirigentes da Unidades e da Coordenadoria do CARE.

8.2. A pedido do Voluntário Religioso, este Termo de Adesão

poderá ser rescindido, ressalvando-se a continuidade de atividades essenciais. Por estarem de acordo com as cláusulas e condições que norteiam o CARE, as partes formalizam TERMO DE ADESÃO, assinado em 02(duas) vias de igual teor e para um só fim, na presença de 02(duas) testemunhas.

São Paulo, de de .

Voluntário Religioso

Superintendente do HCFMUSP

Testemunhas:

Fonte: http://www.hcnet.usp.br/adm/pdf/ordemservico25_2004.pdf

11.4 - UMA REPORTAGEM

CAPELANIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

A presença viva e atuante da Igreja Católica no "Quadrilátero da Saúde", fundamentos e objetivos de sua atuação no maior complexo hospitalar da América Latina.

Se fosse uma cidade do interior, não seria das menores. Se fosse uma paróquia, poderia comparar-se a muitas, entre as maiores da capital do Estado, por exemplo. Afinal, são cerca de 80 mil pessoas que frequentam diariamente o local.

A gente está falando do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo ou, melhor dizendo, do complexo hospitalar que comumente se identifica com esse nome, embora envolvendo também outras instituições, mas sempre com muita coisa a ver com a saúde. E, evidentemente, da Capelania do HC, que tem à sua frente três sacerdotes camilianos, dedicados em tempo integral a esse tra-

balho, revezando-se nos períodos de permanência no local.

A Capelania é mesmo uma verdadeira paróquia, e das grandes, em razão da população atendida, que inclui médicos, enfermeiros e enfermeiras, atendentes, estudantes de medicina e enfermagem e, é claro, pacientes e, também com igual importância nas necessidades de atendimento pastoral, os seus parentes e familiares.

Ela existe desde a inauguração do Hospital das Clínicas.

Com escritório no 11º andar do edifício principal do Hospital das Clínicas, bem defronte à belíssima capela ali existente, a Capelania exerce, porém, sua atuação em todo o complexo, realizando o seu trabalho como verdadeira paróquia: promove batizados, oficia casamentos e batizados (em situações de emergência), ministra os demais sacramentos (e não apenas a Unção dos Enfermos, como alguém poderia supor, apressadamente), dispõe-se ao aconselhamento de todos quantos procuram os sacerdotes, independentemente do credo religioso de cada um.

É com especial devotamento que se dedica aos doentes, levando-lhes o conforto da presença amiga e fraterna, vendo-os como irmãos dos mais queridos.

Enfim, a Capelania do Hospital das Clínicas é a Igreja viva e atuante naquele mundo, onde, embora também haja cura, vida e alegria, nas intervenções cirúrgicas, transplantes bem sucedidos e partos, a dor parece ser a presença mais forte e traumatizante.

O quadrilátero da saúde

Concentrado numa área equivalente a 40 quarteirões médios da capital paulista, o complexo hospitalar do HC, inaugurado em 19 de abril de 1944, é constituído, hoje, por várias unidades diferenciadas, denominadas Institutos.

Existem oito deles, cada um com seu edifício próprio: o Instituto

Central, que o povo costuma identificar como Hospital das Clínicas; o do Coração (bastante conhecido pela sigla Incor), o de Ortopedia e Traumatologia, o de Psiquiatria, o da Criança, os ambulatórios...

Todo o complexo hospitalar tem capacidade para 2.300 leitos, com um quadro de pessoal superior a l0 mil funcionários, entre médicos, enfermeiros, atendentes, pessoal de apoio e serviços administrativos, merecendo as honras de ser o maior complexo de saúde na América Latina.

Não é difícil imaginar o que isso representa, tanto em recursos humanos e materiais somados, quanto em benefícios à população, especialmente a de baixa renda, fazendo convergir para o chamado «Quadrilátero da Saúde», pacientes de todo o País e mesmo de países vizinhos. O HC adquiriu merecida fama e reconhecimento pelo avanço da medicina que nele se pratica, envolvendo todas as áreas do atendimento à saúde, embora – em razão de ganharem mais espaço na imprensa - o destaque caiba às operações de transplantes de órgãos (coração, rins, fígado etc.).

Os serviços de saúde se integram no programa de formação de médicos e enfermeiros que cursam a Universidade de São Paulo (USP), cabendo, por essa razão, às diversas cadeiras do curso de Medicina, a responsabilidade pela realização de pesquisas de interesse da saúde, em suas áreas, com um volume de trabalho reconhecido em todo o mundo, inclusive no desenvolvimento de técnicas e produtos hoje utilizados na capela restaurada, celebrações quase diárias em outros centros de saúde.

O custeio das despesas (há serviços pagos, também, em alguns institutos, mas a grande parte dos atendimentos é feita gratuitamente) é garantido por verbas oficiais, consideradas, porém, insuficientes para todas as necessidades do complexo. Por isso, a exemplo do que já acontece no Instituto do Coração, estuda-se a criação de fundações, estrutura administrativa que permite maior flexibilidade no trabalho e na captação de recursos com que desenvolver o trabalho nas diversas áreas.

Buscando o bem

Mesmo esta ligeira ideia do que é o conjunto hospitalar do HC permite avaliar a complexidade do trabalho em que se envolve a Capelania do Hospital das Clínicas – um verdadeiro mundo, que reúne com os mesmos interesses (de trabalho ou de busca da saúde) pobres e ricos, cristãos e não cristãos, gente simples do povo e médicos de alto saber. Pode-se mesmo dizer que o HC é a grande encruzilhada onde a sociedade brasileira se encontra, vivenciando sentimentos comuns a todas as pessoas: de alegria pela recuperação da saúde; de dor pela perda de alguém; de vida que se inicia no nascimento; de morte que rompe vínculos familiares; de começo e de fim. E essa complexidade é um constante desafio aos que militam na Pastoral da Saúde, junto à Capelania, que também conta com o concurso de leigos (120 deles).

Capelães e leigos – estes dedicando habitualmente algumas horas de seu dia ao atendimento dos pacientes, em sintonia com o trabalho dos sacerdotes – exercem seu ministério em perfeita comunhão com a Pastoral da Saúde da Arquidiocese de São Paulo, coincidentemente dirigida por um padre camiliano Pe. Julio Munaro. E recebem de Dom Paulo Evaristo Arns, cardeal-arcebispo de São Paulo, estimulante apoio e permanente incentivo.

A Capelania do HC tem ainda uma particularidade especial: trata-se de serviço que o próprio Hospital das Clínicas considera como de valia, e reúne a atuação, na mesma linha humano-espiritual, de outras denominações religiosas, não sendo exclusiva da católica. Existe um serviço evangélico com o qual a Capelania procura trabalhar em comunhão. A atividade é exercida, assim, dentro de um amplo e verdadeiro sentido ecumênico, com respeito às opções pessoais e reconhecendo o contexto pluralista em que se atua no HC. É, por isso, comum a realidade de eventos conjuntos, como cursos e reuniões de estudos, uma das áreas, por sinal, que constitui preocupação básica da Capelania.

Característica importante da ação é que não se faz do trabalho da Capelania apenas um "pronto-socorro espiritual", que se esgota em

si mesmo, mas também, dadas as peculiaridades do complexo (e sua condição de forte núcleo de profissionais da saúde e centro de estudos), constitui ela também um recurso educacional de preparação profissional, especialmente de futuros capelães – padres, pastores, religiosos(as) – bem como de agentes de Pastoral da Saúde.

Objetivos da Ação

Por essa razão, a Capelania se empenha em estar sempre presente, no âmbito de suas atribuições, às manifestações que acontecem no HC, participando com artigos e mensagens no «Boletim do HC», divulgando ali suas atividades e fora do complexo a atuação do Hospital e inserindo-se o quanto possível na vida da comunidade.

Daí a Capelania realizar, no local, com o destaque apropriado, celebrações especiais nas principais festas do ano litúrgico (Natal, Páscoa, Dia do Médico, do Enfermeiro, entre outras), promover encontros de reflexão e retiros para os profissionais da saúde, jornadas e encontros de ética e humanização hospitalar etc.

Toda a programação visa dar cumprimento aos objetivos do trabalho definido hoje para a Capelania e que pode ser assim resumido:

- desenvolver uma ação evangelizadora que leve os profissionais da saúde, independentemente de seu credo religioso, a assumir a promoção da vida, na humanização do hospital, buscando o bem-estar do paciente, razão de ser do hospital;
- ser presença da Igreja, comunidade de vida, comprometida com a opção preferencial pelos pobres (doentes);
- testemunhar o amor misericordioso de Deus para com os que sofrem, seja através de atitudes, seja através da atuação dos profissionais do hospital;
- buscar uma resposta ao enigma do sofrimento e da morte à luz do mistério pascal e da visão de fé própria do doente;

• ajudar os profissionais da saúde a descobrirem o valor humano e cristão (ou, de qualquer forma, religioso) do seu trabalho;

• criar um clima de fraternidade, amizade, compreensão e colaboração entre os profissionais dos diversos serviços e comunicar a alegria do servir;

• objetivar a formação de uma comunidade hospitalar, uma comunidade de fé, esperança, amor, culto e serviço, na qual as pessoas possam viver em comunhão com Deus e entre elas, construindo o Reino;

• oferecer a todos os doentes o conforto da própria religião;

• ajudar os pacientes, para que a passagem pelo hospital sirva para uma revisão e/ou descoberta e aprofundamento do sentido da vida;

• apoiar os familiares e pacientes ante a dor e o sofrimento, infundindo coragem e esperança;

• assessorar a administração do hospital na solução de casos em que, de algum modo, estejam implicadas questões de religião e moral;

• colaborar na formação ético-humana dos profissionais da saúde que atuam na instituição hospitalar, para que sirvam com amor e competência;

• animar, orientar e oferecer formação psico-espiritual aos agentes de Pastoral da Saúde do complexo hospitalar;

• ser escola de formação de futuros capelães (padres, pastores, seminaristas, religiosos e religiosas) de toda a comunidade cristã.

Atividades

Para o cumprimento desses objetivos e em consonância com a orientação da Pastoral da Saúde da Arquidiocese de São Paulo e o carisma camiliano, a Capelania desenvolve, como atividades regulares, as seguintes:

• prestar assistência psico-espiritual e moral aos pacientes, familiares, funcionários e visitantes;

• programar e realizar atos de culto católico no complexo do HC;

• visitar diariamente os pacientes em estado grave (UTIs e Pronto-Socorro);

• administrar os sacramentos (Eucaristia, Reconciliação, Unção dos Enfermos, Batismo de emergência etc.) aos pacientes, funcionários e familiares que desejarem recebê-los;

• prestar orientação ético-religiosa para casos especiais ou grupos de pessoas;

• programar e efetuar a divulgação de literatura cristã católica (livraria) no complexo do HC;

• programar e realizar comemorações religiosas no complexo do HC (Natal, Páscoa, Dia do Enfermo, do Médico, da Enfermeira, dos Pais e das Mães, celebrações de Missas de 7º dia etc.);

• manter e supervisionar o funcionamento da Capelania (atendimentos individuais (*counseling*), distribuição de mensagens e folhetos, terços, santinhos e objetos de piedade popular;

• encaminhar solicitações de assistência religiosa de outros cultos, quando formuladas a pedido de pacientes e/ou familiares (judeus, protestantes etc.). Analisar, coordenar e pronunciar-se a respeito de solicitações de grupos que queiram prestar serviço voluntário religioso no hospital;

• manter um relacionamento de espírito ecumênico com outros credos cristãos e não cristãos;

• zelar pelo atendimento das necessidades psico-espirituais dos pacientes e vigiar para que não aconteçam atitudes anti-éticas e manipulações proselitistas em pacientes indefesos;

• ministrar aulas de ética médica e relações humanas para os profissionais da saúde do complexo do HC, enfatizando a vi-

são global da pessoa humana em seus três níveis fundamentais: nível psico-biológico, nível psico-social e nível psico-espiritual;

• dar formação psico-espiritual aos agentes de Pastoral da Saúde, programando dias de formação, reuniões de aprofundamento em termos de aconselhamento e atendimento espiritual;

• atuar junto às comissões multidisciplinares, em reuniões, mesas redondas, debates etc., em questões que envolvam humanização, ética e religião;

• manter vínculo permanente com o serviço de Relações Públicas para melhor entrosamento com a comunidade do HC na divulgação de eventos e mensagens através do «Boletim HC»;

• promover a publicação de artigos, boletins, livros e folhetos sobre Pastoral da Saúde;

• assessorar hospitais, paróquias e dioceses na implantação e organização de serviços de Pastoral da Saúde;

• ministrar cursos de bioética para os profissionais da saúde do HC e instituições e grupos interessados na questão.

Vivendo Solidariamente Junto

Vivendo intensamente o que ocorre no HC, a Capelania tem participado de acontecimentos marcantes da vida do Hospital das Clínicas e do País, que mereceram a atenção destacada da imprensa brasileira e mesmo internacional.

Esses episódios são aproveitados no trabalho pastoral como elemento de posicionamento do ministério exercido pela Capelania, embora, vez por outra, a divulgação do trabalho por parte da imprensa leiga (e o fato deve ser encarado, por isso mesmo, com naturalidade) possa deixar impressão diferente.

Apenas para citar dois dos episódios mais recentes - a internação e morte, no Instituto do Coração, do presidente Tancredo Neves e do

cardeal-primaz do Brasil, Dom Avelar Brandão Villela -, esses acontecimentos permitiram à Capelania não apenas tornar mais conhecido (e compreendido) o seu trabalho, como originaram experiências valiosas.

No caso da morte do presidente Tancredo Neves, elas foram reunidas em um livro («Eu vi Tancredo morrer», de autoria do Pe. Léo Pessini), que procura aprofundar o significado dos momentos de intensa emoção e religiosidade manifestados durante os vários dias da internação e deles recolher, como lição a ser aprendida, o que significa e como pode ser desenvolvido o atendimento religioso no ambiente hospitalar.

Da mesma forma, quando da internação do cardeal Dom Avelar Brandão, viveu-se na Capelania um período extremamente rico, que se procurou difundir por todos os meios. Todo o trabalho realizado pelos capelães - como se tem enfatizado - mantém perfeita sintonia com a Pastoral da Saúde da Arquidiocese de São Paulo, cujo titular, o cardeal Dom Paulo Evaristo Arns, faz questão de ser presença constante no HC, especialmente por ocasião de celebrações especiais (como Páscoa dos funcionários e dos doentes, Natal e outras).

A Superintendência do HC também apoia integralmente os trabalhos da Capelania e, malgrado as dificuldades, tem demonstrado a consideração com que cerca a sua atuação.

Foi graças ao empenho pessoal do atual superintendente do HC, Dr. Vicente Amato Neto, por exemplo, que pôde ser reinaugurada oficialmente, em 13 de junho deste ano, a capela do Instituto Central, juntamente com a residência e escritório dos capelães.

A remodelação integrou o projeto de reforma global por que passou o Instituto Central do HC e, no tocante à capela, visou preservar o acervo que abriga, com pinturas de alto valor histórico, artístico e cultural. Pouca gente sabe, mas a capela do HC tem, em suas paredes, pinturas de Penacchi e os quadros da Via-Sacra de autoria de Brecheret, nomes famosos no mundo das artes brasileiras.

Fonte: Boletim Icaps - Outubro de 1988, Ano VI, Nº 51, p. 4-6

Pastoral da Saúde no Hospital São Francisco de Concórdia - SC



O Hospital São Francisco de Concórdia - SC, no meio oeste Catarinense, foi assumido pelos camilianos em 1984. Hoje, é um hospital muito bem equipado, conta com 206 leitos e mais de 600 colaboradores. Esta instituição integra a Beneficência Camiliana do Sul.

O serviço de Pastoral da Saúde é coordenado pela enfermeira Ir. Alice Gaio e por uma equipe de agentes de Pastoral e assessorado por um Sacerdote Franciscano, como capelão.

12.1 - OBJETIVO GERAL

Assumir em conjunto, hospital, paróquia e diocese, a vida e a saúde do povo, valorizando a própria vida.



12.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Atender às necessidades da empresa e comunidade, revisar ação no campo da ação e da saúde, aproveitar subsídios da CNBB no atendimento das reais necessidades da população, integrar multiprofissional e multisetorialmente a valorização do doente como ser humano e fazer do hospital um centro de irradiação e promoção integral de todos.

12.3 - ATIVIDADES REALIZADAS

Visitas domiciliares, visitas diárias a pacientes internados, priorizando os casos mais graves e respeitando credos, participação em eventos profissionalizantes, incremento a equipes de trabalhos com avaliações periódicas, treinamento de lideranças e realização de encontros que englobam ética, inter-relacionamento com integração da equipe, desenvolvimento da personalidade, senso cristão e, sobretudo, humanização do hospital. Destacamos, ainda, aquisição de material educativo, elaboração de frases em datas significativas, participação em atividades afins: Clube de veteranos, mães, vocacionais e vulgo benzedores. Em especial atendemos a domicílio com verificação de dados vitais, orientações de patologias, higiene, saneamento e conforto espiritual. A visita do sacerdote propiciada por este serviço é vital para o conforto e a recuperação que engloba o biopsicossocioespiritual do ser humano, onde, em alguns casos, é acompanhado o terço e a celebração da eucaristia a domicílio.

Todas as ações visam humanizar o hospital e o despertar do censo crítico da equipe multiprofissional para que o ser humano

seja cuidado no seu "todo". A dimensão espiritual é prioritária no prestar um cuidado integral.

Uma iniciativa pioneira a partir desta Instituição de saúde tem sido a realização de Jornadas Anuais de Pastoral da Saúde. Esses eventos reúnem número expressivo de agentes de Pastoral da Saúde de toda a região do oeste de Santa Catarina e muitos do Rio Grande do Sul.

Numa Sinergia de esforços entre o Hospital São Francisco, Paróquia local dirigida pelos religiosos franciscanos e Diocese de Joaçaba, sob a liderança de Ir. Alice Gaio, essas últimas jornadas têm reunido mais de 1.200 participantes por edição. Apresentamos a seguir toda a história dessas jornadas.

12.4 - Jornadas da pastoral da saúde

Hospital São Francisco – Concórdia - SC

I Jornada da Pastoral da Saúde, realizada no dia 04 de outubro de 2001

Tema: Qualidade, ética e cidadania no serviço da Pastoral da Saúde: Construindo o compromisso Social

II Jornada da Pastoral da Saúde, realizada no dia 24 de outubro de 2002

Tema: Assistência Pastoral aos doentes: Uma obra de misericórdia

III Jornada da Pastoral da Saúde, realizada no dia 23 de outubro de 2003

Tema: Dignidade na assistência Pastoral

IV Jornada da Pastoral da Saúde, realizada no dia 21 de outubro de 2004

Tema: Cuidar da Saúde obrigação de todos

V Jornada da Pastoral da Saúde, realizada no dia 05 de novembro de 2005

Tema: Cuidar das pessoas: Missão da Pastoral da Saúde

VI Jornada da Pastoral da Saúde, realizada no dia 19 de outubro de 2006

Tema: Pastoral da Saúde: Construindo Compromisso Social, junto aos necessitados

VII Jornada da Pastoral da Saúde, realizada no dia 18 de outubro de 2007

Tema: Pastoral da Saúde: Solidariedade com a vida

VIII Jornada da Pastoral da Saúde, realizada no dia 23 de outubro de 2008

Tema: Pastoral da Saúde: Contribuindo na defesa e no cuidado com a vida

IX Jornada da Pastoral da Saúde realizada no dia 22 de outubro de 2009

Tema: Pastoral da Saúde: Saúde Dom de Deus e responsabilidade humana.

X Jornada da Pastoral da Saúde, realizada no dia 21 de outubro de 2010

Tema: Pastoral da Saúde: Promover, proteger, cuidar da vida e da Saúde é MISSÃO SAGRADA e DEVER de TODOS.

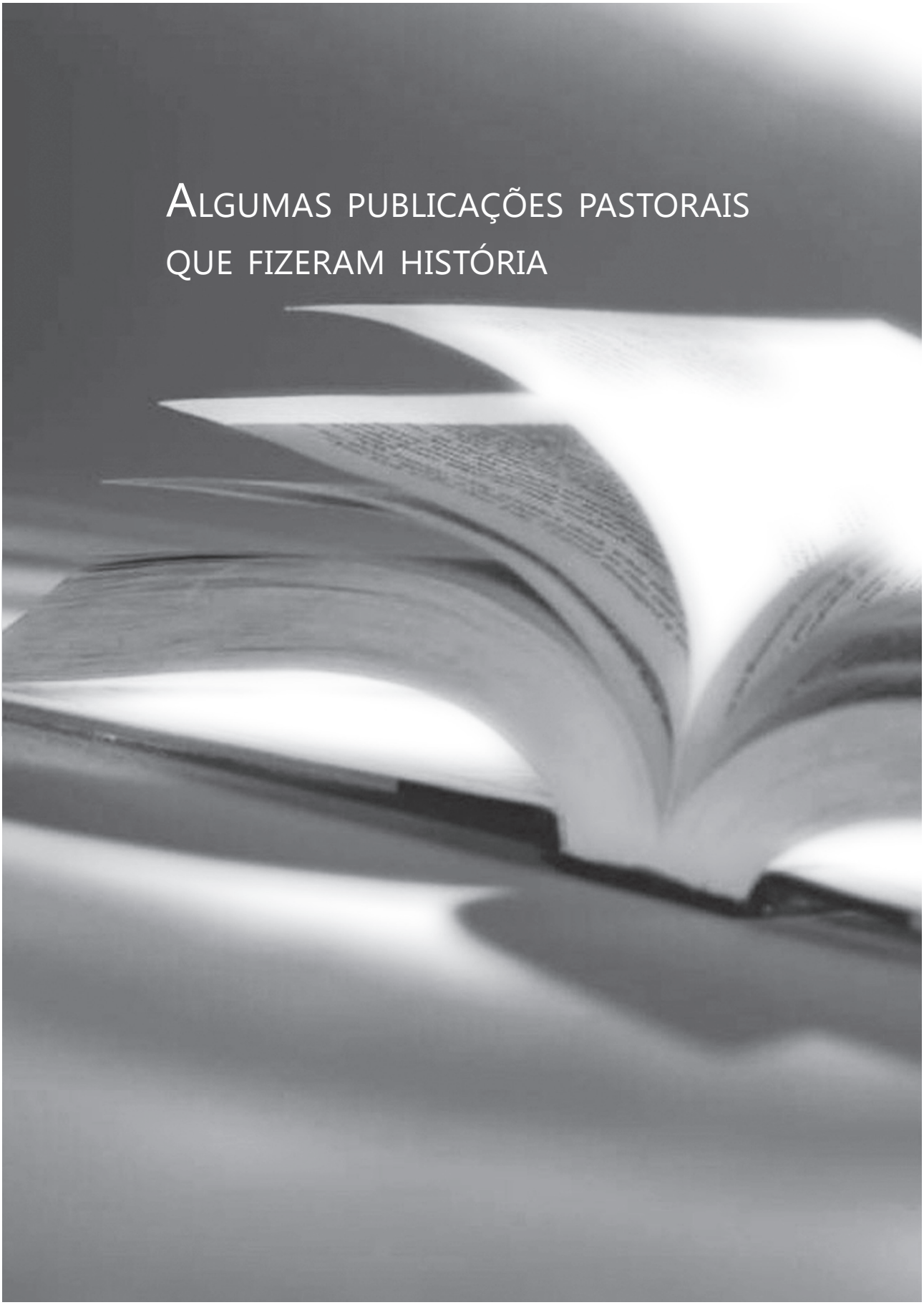
XI Jornada da Pastoral da saúde, realizada no dia 20 de outubro 2011

Tema: Pastoral da Saúde: Ética ambiental e o valor da VIDA!

XII Jornada da Pastoral da Saúde realizada no dia 04 de outubro 2012

Tema Campanha da Fraternidade 2012: Fraternidade e Saúde Pública: compromisso e ação.

Algumas publicações pastorais que fizeram história



Capítulo 13



Publicação no. 1:

Um Livro diferente sobre a doença e morte de Tancredo

Tentar "o resgate de alguns aspectos fundamentais no tocante ao atendimento espiritual no caso Tancredo Neves e destacar os momentos mais significativos do ocorrido no Hospital das Clínicas, desconhecidos do grande público, envolvendo a presença da equipe de Pastoral da Saúde e Capelania do HC junto a Tancredo Neves e seus familiares" – eis o objetivo que o próprio autor, Pe. Leocir Pessini (Pe. Léo) se dispôs a alcançar, com seu livro "Eu vi Tancredo morrer". Com 109 páginas de leitura fácil, "sem ser pietista ou pretender uma narrativa histórica – como acentua o autor -, o livro acaba de ser publicado pela Editora Santuário (Caixa Postal 4, Aparecida, SP, 12.570). E, como se diz na contracapa, nele se pode "perceber um perfil talvez menos salientado do cristão Tancredo Neves. O perfil de um homem que, passo a passo, vai caminhando até corajosamente se encontrar com a certeza da morte. E que na morte não vê o fim, mas o começo. O perfil de um homem de fé".,



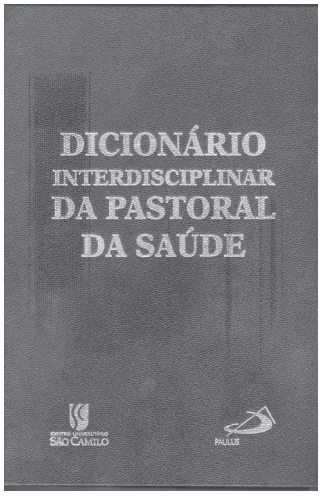
Quem ler o livro – apenas agora tendo sua distribuição iniciada – certamente o aprovará, em sua forma e conteúdo, tal como o fez a própria esposa do ex-presidente, dona Risoleta Neves, que escreveu ao Pe. Léo para dizer que "o livro terá o mérito principal de transmitir

às pessoas a força da fé esperança que foram companheiras de Tancredo até o momento exato em que se procedeu a sua transição entre o concreto da vida e o infinito do e". Para dona Risoleta, o livro "testemunha a solidariedade e o apoio pelo qual nós, a família Tancredo Neves, fomos cercados no Instituto do Coração, bem como o belo trabalho desenvolvido pela Pastoral da Saúde naquele hospital. É um trabalho sem dúvida repleto de amor e solidariedade".

Em seu relato, Pe. Léo, após situar o Instituto do Coração – onde o ex-presidente ficou internado até sua morte – no complexo hospitalar do HC paulista e instituições de saúde a ele ligadas, vai revelando, dia a dia, os episódios vividos no INCOR e extraindo deles as lições a aproveitar. Rememora as celebrações litúrgicas, a que a família sempre fazia questão de estar presente,os contatos mantidos com o ex-presidente (com a preocupação, porém, de "preservar, por questões éticas, os valores que devem ser cultivados") e desfila, passo a passo, o acontecido no hospital. São tocantes as revelações que faz, em especial as dos últimos momentos do ex-presidente.

Como ele próprio enfatiza, Pe. Léo não foi apenas um espectador. Viveu os acontecimentos e admite que, em seu relato, se comporta como "um ser humano apenas", talvez diferentemente do que, quase sempre e equivocadamente, se espera de um pastor – alguém dotado de fortaleza incomum, impermeável a sentimentos. No entanto, pergunta ele: "como salvar alguém em meio a um incêndio sem correr o risco de queimar-se?" Além dessa característica,que só valoriza a publicação, o texto constitui ainda um verdadeiro manual para quem atua na Pastoral da Saúde. E merece ser lido.

Fonte: Boletim ICAPS nº 22 - novembro e dezembro 1985



Publicação no. 2

Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde

Entrevista com o Pe. Léo Pessini, um dos coordenadores da edição brasileira do Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde, que acaba de ser publicado no Brasil pela Editora Paulus em parceria com a Editora do Centro Universitário São Camilo.

Como nasceu o projeto do dicionário?

Pe. Léo - Esta obra foi originalmente publicada na Itália, por Edizioni Camilliani (Turim), para comemorar o décimo aniversário do início das atividades do Instituto Internacional de Teologia Pastoral da Saúde, o CAMILLIANUM, em 1997. É provavelmente a primeira vez que um conjunto tão numeroso de questões relacionadas com a saúde do ser humano, trabalhadas numa ótica da teologia cristã em diálogo com as ciências humanas e biológicas, seja abordada num projeto único.

Trata-se, como falam os editores da edição italiana, de um primeiro trabalho num campo vasto e inexplorado, com mais de duzentos verbetes, elaborados por especialista na área com o objetivo de "aprofundar a reflexão sobre toda a ampla temática relacionada com o mundo da Saúde".

Que contribuição esta obra traz para a teologia e para área da Saúde?

Pe. Léo - Sem dúvida, trata-se de uma contribuição importantíssi-

ma para a teologia pastoral em geral, mas especialmente para a Teologia Pastoral da Saúde, ainda em estado bastante incipiente em nossas terras. Diz o Pe. Ângelo Brusco, na apresentação da edição original: "Como toda realidade complexa, o mundo da saúde não pede mais ação, mas sim mais reflexão, contemplação e discernimento" . Uma constatação: a reflexão teológica sobre a presença e ação da Igreja no mundo da saúde, ao longo dos séculos, ficou muito a desejar. Quer dizer, temos uma longa e heroica folha de serviços à humanidade, muita ação, mas com pouca reflexão. O dicionário, neste sentido, sem dúvida preenche uma lacuna.

Além do mais, convivemos, com uma escassez gritante em termos de subsídios bibliográficos na área da Pastoral da Saúde. Faltava uma síntese, teórica e prática, orgânica e articulada que oferecesse uma visão global da questão "teologia e saúde".

Outra contribuição que o dicionário traz é uma forte chamada de atenção sobre a evangelização da cultura do mundo da saúde, para além do "sacramentalismo" frio e vazio, englobando a discussão bioética contemporânea, o desafio da humanização das estruturas da saúde, visão crítica sobre as políticas públicas de saúde e dicas preciosas de capacitação em termos de presença solidária no mundo da saúde.

Trata-se de mais um dicionário entre os outros da área teológica ou tem alguma característica própria?

Pe. Léo - Acredito que a originalidade maior está na dimensão interdisciplinar, isto é, o diálogo, nada simples, entre a teologia (espiritualidade, pastoral, antropologia cristã), as ciências humanas (psicologia, sociologia, psiquiatria), as ciências biológicas (medicina, biologia, genética) e ciências sociais (políticas públicas de saúde, justiça na alocação de recursos etc).

É claro que, em se tratando de uma obra coletiva, com participação de muitos autores, percebe-se que nem todos os conteúdos abordados apresentam a mesma cientificidade desejada. Todos, porém, trazem uma informação básica e fundamental sobre a

questão abordada e remetem o interessado às indicações bibliográficas para um desejado aprofundamento. São inevitáveis, num projeto deste estilo, algumas repetições e a diversidade de estilos.

A que público interessa esta obra?

Pe. Léo - É importante frisar que o dicionário não é uma obra popular e para iniciantes na área da Pastoral da Saúde, que melhor se beneficiarão consultando textos e manuais introdutórios, que temos até em abundância em nosso meio. Trata-se de uma obra de referência, consulta e aprofundamento. Levando em conta esta característica fundamental, penso que será de extrema valia para os profissionais da saúde cristãos (médicos, enfermeiros, nutricionistas, administradores hospitalares etc.; estudantes de teologia, agentes de pastoral da saúde, enfim todos os que buscam dar as "razões de sua esperança", para além da competência técnico-científica, aliam também competência humana, marcada pela ternura samaritana.

Como o dicionário é estruturado?

Pe. Léo - O dicionário se distende em três grandes áreas temáticas, que são a Teologia da Saúde, a Pastoral da Saúde e Ética da Vida e da Saúde (Bioética), e nele encontramos os verbetes dispostos em ordem alfabética, de A a Z. Para uma compreensão orgânica, os organizadores desta obra pensaram em verbetes estruturais ou fundamentais (em negrito), verbetes de aprofundamento (letra normal) e de informação (em itálico). Vejamos brevemente em que consiste cada parte desta obra.

O primeiro momento corresponde à Teologia da Saúde, abordando, entre outros, os seguintes temas básicos: bíblia, antropologia (fé e graça), pessoa, corporeidade (sexualidade), mal, sofrimento (na Bíblia, fora do cristianismo, na literatura, no cinema, nas artes plásticas), morte, Jesus Cristo (cruz, mistério pascal), Saúde, salvação (curas, milagres) e ressurreição.

O segundo grande momento trata do âmbito da Pastoral da Saúde propriamente dito, privilegiando temas como: história e conceitos, sua estruturação nos diversos países, os santos(as) da caridade (S. Camilo de Lellis, São João de Deus, São Vicente de Paulo...); aspectos históricos da assistência à saúde), Igreja (sacramentos – unção dos enfermos, eucaristia, reconciliação, liturgia, bênçãos) espiritualidade, sofrimento na perspectiva bíblico-cristã, o bom samaritano, compaixão, oração, santos(as), a Relação Pastoral de Ajuda, a psicologia da saúde e da doença (psicoterapia, psiquiatria, psicopatologia e pastoral).

A terceira parte trata especificamente de Ética da Vida e da Saúde (Bioética). São trabalhados alguns temas da ética cristã que sempre estão na pauta do dia de nossas discussões, entre outros: bioética (gênese, desenvolvimento e busca de uma perspectiva latino–americana) aborto, eutanásia-distanásia-mistanásia, suicídio, inseminação artificial, genética, clonagem, pesquisa em seres humanos, conceito de morte, paciente terminal, cuidados paliativos, transplantes, AIDS, profissões e códigos de ética dos profissionais da saúde, justiça e saúde, direitos humanos, humanização, ecologia e saúde, drogas psicotrópicas no Brasil etc.

Como se iniciou o projeto de tradução e adaptação para o Brasil?

Pe. Léo - O trabalho de tradução e adaptação à realidade brasileira começou em novembro de 1997, quando um grupo de camilianos liderados pelo Pe. Calisto Vendrame, ex-geral dos Camilianos e idealizador do Camillianum (Roma), decidiu assumir o desafio de torná-lo realidade entre nós. Importante destacar estas pessoas: Christian de Paul de Barchifontaine, Júlio S. Munaro, Geraldo Bogoni, Hubert Lepargneur e Leocir Pessini. Estabelceu-se uma parceria entre Paulus Editora (coordenação gráfica e revisão)e a União Social Camiliana/ Centro Universitário São Camilo com o engajamento de inúmeros especialistas nas várias áreas da saúde, que deram sua preciosa contribuição científica. Foram dois longos anos de trabalho ininterrupto,

silencioso e invisível, mas venceu a ousadia da esperança, e o projeto que era sonho finalmente tornou-se realidade.

O que a edição brasileira acrescenta de novo em relação à original?

Pe. Léo - É toda uma nova perspectiva que se abre de ver a realidade brasileira e latino-americana a partir de nossos olhos e não a partir de um "olhar europeu" pura e simplesmente, o que caracterizaria uma simples tradução.

A edição original reflete mais uma preocupação centrada no mundo eclesiástico, mais que cristão, com questões éticas e legislativas ligadas à Itália e à Europa prevalentemente e com uma visão de Pastoral da saúde ligada ao mundo do enfermo, doença, sofrimento e morte. É a ótica da pessoa na cama.

A edição brasileira abre-se mais para as questões ligadas com as políticas públicas de saúde, promoção da saúde, inculturação, questões de bioética com normatizações e legislação brasileira pertinente, saúde e ecumenismo, pluralismo multidisciplinar, questões que a sociedade secular levanta para o cristianismo na área da saúde, entre outros temas.

No todo, são 34 verbetes novos e mais 14 atualizações, totalizando praticamente 200 páginas originais entre as 1447 do dicionário. Para uma visão completa das colaborações dos especialistas brasileiros, basta ver, na introdução do dicionário, a página dos autores da edição brasileira e suas respectivas contribuições.

Então o conceito de Pastoral da Saúde é diferente na versão original e na versão brasileira?

Pe. Léo - Diria que são complementares, mas sem ser excludentes, com ênfases distintas, priorizando o que é mais urgente em função das necessidades da realidade. Por exemplo, na versão original, a Pastoral da

Saúde é entendida como sendo a "presença e ação da Igreja, para levar a luz e a graça do Senhor aos que sofrem e a quem a eles se dedica". Esta ação acontece de três maneiras na atuação pastoral: como evangelização (no campo da saúde/doença/vida e morte), como celebração (sacramentos) e como testemunho (diaconia – serviço e koinonia - Comunidade).

A versão brasileira, seguindo as diretrizes de ação da Pastoral da Saúde – CNBB, entende a pastoral da saúde como sendo "a ação evangelizadora de todo o povo de Deus comprometido em promover, preservar, defender, cuidar e celebrar a vida, tornando presente, no mundo da saúde, a ação libertadora de Jesus, em três dimensões a saber: a) solidária: vivência e presença samaritana junto aos doentes e sofredores; b) comunitária: promoção e educação para a saúde; c) Político-institucional: atuação junto aos órgãos e instituições, públicas e privadas, que prestam serviço e formam profissionais na área da saúde. Em termos de América Latina e Brasil, realidade de grandes contrastes e carências, marcada em geral pelo descaso dos governos em relação à saúde, a Igreja exerce um papel supletivo e a pastoral toma um forte acento de promoção da saúde, educação para a cidadania (direitos), envolvimento com as terapias alternativas, para além do atendimento espiritual e do trabalho evangelizador.

Qual a sua mensagem final em relação a este projeto?

Pe. Léo - A minha esperança é que esta publicação, que custou tanto esforço, sacrifício, empenho, bem como expressivos investimentos, tanto da Editora Paulus como do Centro Universitário São Camilo, possa ser de ajuda efetiva a todos os que amam a vida e trabalham na área da saúde, por profissão e vocação. Ela nasce do coração do carisma camiliano como serviço para toda a comunidade eclesial e sociedade. Nós camilianos estamos lançando esta obra no Brasil, em comemoração aos 450 anos do nascimento de São Camilo, que celebraremos no dia 7 de abril de 2000, dia Mundial da Saúde.

Fonte: Boletim ICAPS – abril 2000 – nº 174

Publicação nº 3

Vida religiosa e saúde do povo

Editado pela Conferência dos Religiosos do Brasil (rua Alcindo Guanabara, 24, Rio de Janeiro, RJ, 20031-000) e impresso por Edições Loyola (rua Mil Oitocentos e Vinte e Dois, 347, São Paulo, SP, 04299-0970), acaba de ser publicado "Vida religiosa e saúde do povo", de autoria do Pe. Christian de Paul de Barchifontaine, camiliano e coordenador da Pastoral de Saúde da CNBB. A apresentação da obra é do Pe. Léo Pessini e tem o seguinte teor: O anúncio da Boa Nova da vida, da saúde integral, constitui-se na síntese do projeto de Jesus de Nazaré entre nós. Sua ação libertadora do mal, das doenças que deprimiam, marginalizavam e oprimiam o povo tem muito o que dizer e inspirar os cristãos de hoje e, de modo todo particular, os religiosos(as).

A Vida Religiosa na área da saúde, no seguimento de Jesus, descobre que não basta apenas cuidar da vida adoecida que grita por pão, saúde, atenção e ternura humana. É um lado da medalha. É necessária uma postura de ser e ação profética embasada numa mística libertadora que alcance as raízes do mal, que atenue as causas das doenças que marginalizam e colocam à beira da estrada da vida centenas de milhares de irmãos nossos. Nestas circunstâncias, a vida é marcada e temperada pela amargura, pela tristeza e sofrimentos e não pela alegria,fraternidade, paz e saúde que são os sinais do Novo acontecendo, da presença do Reino, no aqui e agora urgente de nossa história.

Vivemos numa sociedade marcada pela antivida, pela "cultura da morte". O tecido social doente gera enfermos e mortes prematuras, perfeitamente evitáveis. As altas taxas de mortalidade infantil, a baixa expectativa de vida, o elevado número de acidentes de trânsito e trabalho, a violência cotidiana, a inexistência de saúde pública, só para citar alguns exemplos, falam por si do descaso frente à vida. É preciso

reacender nossa sensibilidade humana e cristã, cultivar uma santa indignação ética e agir consequentemente.Não sem inquietações e perplexidades, o campo da saúde constitui-se hoje num novo "areópago" e, a exemplo do apóstolo Paulo, somos desafiados a ser criativos e corajosos na promoção da "cultura da saúde", a partir de uma Nova Evangelização, com novo ardor, métodos e expressões.

Nessa perspectiva, o presente subsídio, "Vida religiosa e saúde do povo", chega em boa hora. Justamente num momento em que a Igreja, e particularmente a Vida Religiosa, repensam sua identidade, sentido de sua presença e atuação evangelizadora na América Latina. Sem dúvida, preenche uma lacuna e será de grande valia para os religiosos(as), profissionais de saúde cristãos e agentes de Pastoral da Saúde que atuam, quer na Saúde Comunitária (promoção da saúde), quer na vivência solidária - voluntária ou profissional - no cuidado dos enfermos nos hospitais, domicílios ou comunidade. Traz em seu bojo a utopia evangélica de uma sociedade a ser transformada à luz dos valores do Reino, em que Deus "enxugará toda lágrima (...) e não haverá mais morte, nem luto, nem grito, nem dor" (Apc 21,3b-4). Aprofunda uma visão e dimensão política da presença e atuação na área da saúde. Fornece um instrumental de análise crítica da situação de saúde hoje no Brasil (= um grande hospital rico de gente pobre doente), resgata a dimensão da participação popular e cidadania, a partir de uma perspectiva histórico-evolutiva dos momentos mais significativos da política de saúde do Brasil, nos últimos nos.Finalmente, uma palavra sobre o autor, Pe. Christian de Paul de Barchifontaine. Belga de nascimento, brasileiro de coração, é portador de uma longa folha de serviços e experiência na área da saúde, como enfermeiro, capelão, administrador e religioso camiliano. Apaixonado pela vida na causa da saúde, é um entusiasta animador do ser religioso na área da saúde, através do GRS (Grupo de Reflexão de Saúde) da CRB nacional. Suas reflexões, fruto da experiência na área e competência profissional, sem dúvida, serão inspiradoras para todos nós, no sentido de sermos ousados e criativos em gerar mais vida, saúde e esperança no meio do povo doente e sofrido.

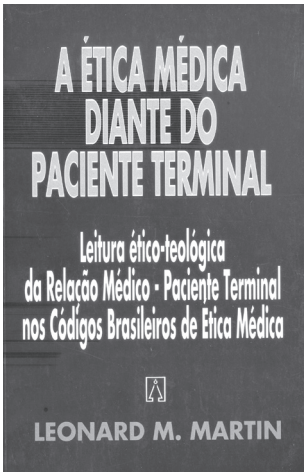
Fonte: Boletim Icaps – março 1993 nº 98

Publicação nº4

Ética Médica e paciente terminal

A Ética no mundo da saúde e especificamente na Medicina ganha, a cada dia, uma relevância maior, na medida em que as evoluções técnico-científicas em curso começam a interferir profundamente na vida humana, desde antes do nascer até o morrer. O que antes era atribuído à natureza, ao destino ou a uma transcendência, passa a ser racional e conscientemente controlado e alterado pelo ser humano. Isto não acontece tão pacífica e tranquilamente quanto parece à primeira vista. Existem valores políticos, sociais, culturais e religiosos em jogo. Surgem muitas dúvidas e questionamentos em "até que ponto podemos interferir?" Será que tudo o que é tecnicamente viável logo seria eticamente aceitável? Há quem diga que o futuro da humanidade não dependerá tanto do progresso técnico, mas sim do progresso ético. Nasce, neste contexto conflitivo, uma reflexão interdisciplinar, ainda incipiente em terras brasileiras, a Bioética.

Nesta perspectiva da redescoberta da importância da Ética, ou melhor dizendo, da Bioética, o trabalho "A Ética Médica diante do paciente terminal, leitura ético-teológica dos códigos brasileiros de Ética Médica" ganha uma atualidade e importância ímpar, e vem preencher um grande vazio na reflexão sobre a Ética Médica brasileira codificada. Não se trata pura e simplesmente de um texto a mais que vem enriquecer a ainda exígua bibliografia na área da Ética Médica brasileira, o que já não deixaria, por si, de ser uma nobre contribuição, doravante, dificilmente qualquer estudo sério sobre códigos de Ética Médica brasileira poderá dispensar referência ao trabalho de Leonard M. Martin. É uma tese



doutoral criticamente aclamada. Entre outros, é interessante ressaltar o depoimento do Prof. Dr. Carlos da Silva Lacaz, catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: "A tese é de grandíssimo valor para a Medicina brasileira e traz novidades em relação à Ética Médica". O trabalho foi defendido no Alfonsianum - Instituto de Teologia Moral e Faculdade de Teologia Nossa Senhora da Assunção (São Paulo, capital), sob a douta orientação do Prof. Dr. Márcio Fabri dos Anjos e redigido pacientemente ao longo de três anos de pesquisa e convivência a partir da capelania junto aos doentes e profissionais da saúde, notadamente médicos, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A Editora Santuário está de parabéns pela coragem em publicar este monumentoso estudo, tornando-o possível a um público maior, profissionais da saúde e interessados na questão. Ele contribui decisivamente para que nossa sensibilidade, indignada com tanto descaso frente à vida, grite não só por Ética na política, tão necessária, mas também por uma urgente revolução ética na saúde.

Com certeza, este texto vai constituir-se num verdadeiro divisor de águas, pela originalidade de seu conteúdo. Será um instrumento de grande ajuda e valia para o estudo e reflexão a todos os que procuram enaltecer a dignidade humana, hoje tão sofrida e espezinhada, sobretudo na área da saúde. Estudantes de Medicina, médicos, religiosos, capelães hospitalares e enfermeiros, entre outros profissionais, encontrarão em "A Ética Médica diante do paciente terminal" pistas para entendimento do ethos médico e pistas para dialogar. Trata-se de um verdadeiro trabalho de "arqueologia", tirando da poeira do tempo os diversos códigos de Ética Médica produzidos no Brasil, analisando-os com referência especial à problemática do paciente terminal, procurando identificar elementos que favorecem ou dificultam o diálogo entre a tradição secular a Ética Médica e a Ética Teológica.

Nesta empreitada hermenêutica de descobrir um fio condutor de evolução nestes códigos, a partir do relacionamento médico-paciente terminal, estabelecem-se oito passos fundamentais, que sinalizamos a

seguir. O autor inicia com um breve histórico dos códigos brasileiros de Ética Médica (capítulo 1) e passa a examinar, nos capítulos subsequentes, como os diversos códigos tratam a relação entre o médico e o paciente terminal. Inicia com o código de 1945, no qual é detectado como modelo determinante o paternalismo benigno (capitulo 2) e no código de 1953 emerge um novo modelo dominante, a benignidade humanitária (capítulo 3). O código de 1965 representa basicamente a consolidação do paradigma da benignidade humanitária desenhado pelo código anterior (capítulo 4). O código de1984 apresenta sinais de ameaça à Ética humanitária, pois é plasmado num contexto de médico-centrismo autoritário (capítulo 5), ameaça efetivamente rechaçada pela benignidade humanitária e solidária que se firma no código de 1988 (capítulo 6).

Com o resgate da memória histórica dos códigos, são examinadas as dificuldades de diálogo entre a Ética Médica codificada e a Ética Teológica (capítulo 7) e, finalmente, explora os possíveis pontos de aproximação na discussão atualíssima a respeito dos diretos do paciente terminal (o direito de decidir, o direito à verdade, o direito de não ser abandonado pelo médico e o direito ao alívio da dor e a não ser morto, discussão em torno da eutanásia, entre os achados deste trabalho, ressalte-se: l) a tradição brasileira de Ética Médica codificada é de uma riqueza desconhecida. Para comprovar isso, basta ler e refletir sobre os códigos; 2) trata-se de uma tradição secular, imbuída de valores humanitários, mas sem se preocupar em fundamentar os princípios éticos na religião; 3) os princípios humanitários assumidos nos códigos refletem-se nos direitos do paciente terminal e 4) o diálogo interdisciplinar entre Ética Médica codificada e a Ética Teológica pode ser enriquecedor para ambas. Finalmente, faz-se necessário tecer uma palavra sobre o autor. Leonard Martin é irlandês de nascimento, chegou ao Brasil como missionário no Nordeste, há mais de uma década, é sacerdote redentorista e doutor em Bioética. Atualmente, reside em Fortaleza - CE, onde é diretor do Instituto de Teologia e leciona Bioética para estudantes de Teologia e profissionais da saúde. **(LéoPessini)**.

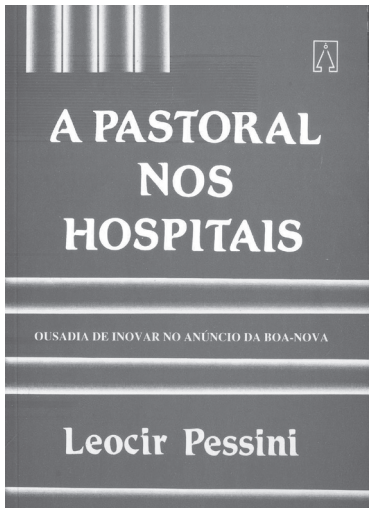
Fonte: Boletim Icaps – maio de 1993

PUBLICAÇÃO Nº5

OUSADIA NO ANÚNCIO DA BOA-NOVA

"Pastoral nos hospitais ousadia de inovar no anúncio da Boa-Nova" constitui-se em mais um subsídio de grande valia e atualidade a todos os que se dedicam à árdua tarefa de zelar pela vida humana sofrida e doente, cuidando da saúde - autêntica infraestrutura da felicidade - na área hospitalar.

Os autores dos artigos que compõem este texto fazem parte da Equipe ICAPS - Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde, que, em 1992, completou 10 anos de existência, publicou, nesse período, mais de uma dezena de livros na área da Ética e Pastoral da Saúde e realizou mais de 350 cursos nos níveis básico, intermediário e avançado. São profissionais diretamente envolvidos na área da saúde, com responsabilidades e especializações tais como assistência psico-espiritual, capelães, administradores, psicólogos, teólogos da Moral e educadores. Esperamos que essas reflexões possam ser de ajuda a todos os que labutam nos hospitais, em especial aos capelães e profissionais cristãos em serem criativos e arrojados no servir à vida com competência e amor.



Este livro recolhe seletivamente textos de conferências apresentadas nos III e IV Encontros Nacionais de Capelães Hospitalares do Brasil, realizados em São Paulo, nos anos de 1991 e 1992, respectivamente, sob a coordenação do ICAPS. Dirige-se prioritariamente a capelães, sacerdotes, pastores, religiosos(as), seminaristas de nível superior e profissio-

nais da saúde de nível universitário, que tenham sensibilidade cristã no educar para a saúde e cuidar samaritanamente dos doentes.

Os hospitais constituem-se, hoje, verdadeiramente, em "novos areópagos" a serem atingidos com a força transformadora do Evangelho e, a exemplo de Paulo, somos chamados a falar do "Deus desconhecido" em meio a tantos deuses (ídolos). Os desafios são imensos.

No dizer de Carlos Gentile de Mello, ilustre sanitarista brasileiro, "o ideal seria que as pessoas não adoecessem; adoecendo, que fossem tratadas sem necessidade de hospitalização; hospitalizadas, que tivessem alta o mais rápido possível; afinal, conforme reconhecem os especialistas, o hospital é um lugar insalubre por vocação".

No entanto, estamos muito longe, na nossa realidade, do ideal entrevisto pela Organização Mundial da Saúde, que vê o hospital como o guardião da saúde da comunidade. Nele se aglomeram todas as mazelas sociais de todos os níveis, culturas, credos e raças. Num contexto profundamente hostil à vida, o hospital não deixa também de ser parte da "cultura da morte". Já foi dito que o Brasil é um grande hospital, rico de gente pobre doente. Há que se organizar e desenvolver uma ação pastoral libertadora nessa realidade, que promova a "cultura da vida". Para além do sacramentalismo vazio, humanização e evangelização se fazem necessárias.

Nessa perspectiva, o livro "Pastoral nos hospitais - ousadia de inovar no anúncio da Boa Nova" vem preencher uma lacuna e abrir novos horizontes.Seu conteúdo parte de uma visão ampla a respeito das prioridades da Igreja, Pastoral da Saúde e hospitais (capítulo I), procura desenhar um novo perfil do capelão e da capelania hospitalar (capítulo 2). Apresenta o que existe nos EUA na área de formação de capelães na área da saúde (capítulo 3). Avança aprofundando biblicamente a questão tão atual das curas dos doentes e evangelização (capítulo 4) e detalhadamente, numa

perspectiva psicológica, trabalha a questão da pastoral consolatória ou pastoral da consolação (capítulo 5) e sinaliza a questão do pluralismo religioso e secularização na área hospitalar (capítulo 7). Repensa em forma de questionamento eticoteológico o serviço do religioso(a) nas instituições de saúde (capítulo 8) e finaliza com uma análise do Código de Ética Médica de 1968 e suas implicações para a atuação pastoral (capítulo 9).

Esperamos que estas reflexões possam ser de ajuda a todos os que labutam nos hospitais, em especial para os capelães e profissionais cristãos em serem criativos e arrojados no servir à vida com competência e amor.

Boletim Icaps – setembro 1993 nº 104

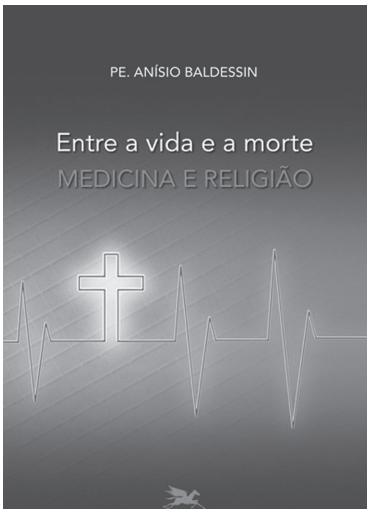
Publicação nº6

Entre a vida e a morte: medicina e religião

A "catedral" da saúde

Capítulo 4

Na civilização medieval, a cidade era dominada, inspirada e orientada pela presença da catedral. A catedral era, ao mesmo tempo símbolo, centro e síntese da história da cidade. Em volta e dentro da catedral, viviam-se e reviviam-se todos os acontecimentos felizes e tristes daquele povo. Diante de suas portas realizavam-se os teatros que contavam a vida da população, à luz da fé. Os vitrais eram catecismos coloridos de suas crenças. Todas as corporações celebravam dentro da catedral o dia de seu padroeiro e suas reuniões corporativas. A vida, as festas, as alegrias, as tristezas, a morte e as esperanças de ressurreição. Enfim, a vida inteira do povo era celebrada dentro daquele edifício sagrado que era a catedral. Hoje, na civilização moderna, a catedral da cidade está sendo substituída por outros tipos de templos sagrados, novas catedrais. É o caso das catedrais do lazer, os grandes estádios; das catedrais da riqueza e da poupança, que são os bancos; das catedrais do saber, que são as universidades. E no meio de tantos novos templos, temos as catedrais da saúde, que são os hospitais.



Dentro de um hospital, como nas antigas catedrais, recapitulam-se as mais variadas fases da vida do homem. O nascimento, com suas festas e esperanças, as doenças, a cura, as pesquisas, as lutas, as cruzadas das

campanhas preventivas, as vigílias das UTIs. As corporações ou as equipes reunidas no combate ao inimigo das infecções, sem esquecer o silêncio das mortes e a esperança das sobrevidas.

Visitando essa catedral com um olhar cristão, é possível captar todas as mensagens que ela encerra.

Na celebração dos 25 anos do Hospital das Clínicas de Curitiba, o então bispo auxiliar, dom Albano Bortoletto Cavalin, em sua homilia, "visitou" aquele hospital com esse olhar que transcrevo a seguir. Acompanhemos a narrativa dessa visita.

Vamos começar pela portaria. Ali, como na porta das antigas catedrais, é onde o drama e a história da cidade se desenrolam. Ali se encontram a vida e a morte, a alegria e a tristeza, a doença que chega e a saúde que se recupera, o necessitado de transfusão de sangue e o doador, o rico doente e o pobre doente, o jovem e o velho, a criança e os pais, o médico e os enfermeiros, o vendedor e os auxiliares, o motorista esperançoso da ambulância e o motorista do carro fúnebre, o padre e o pastor, o estagiário e o professor, os olhos mal dormidos e angustiados dos parentes e o olhar tranquilo da pessoa de informações, a presença respeitosa dos guardas e a presença caridosa dos religiosos e voluntários, a soma de sofrimentos da terra e as esperanças do céu, os retratos dos fundadores e de Jesus pregado numa cruz. Tudo isso me fala da importância de um hospital para a cidade e do fato de que todos somos irmãos e, mais dia menos dia, precisamos uns dos outros.

Subindo os andares do prédio, vou encontrando as mais variadas clínicas. Cada uma é uma esperança para os mais variados órgãos: vista, ouvido, membros, cabeça, coração... E o milagre da medicina que repete episódios da vida de Jesus: "Senhor, fazei que eu veja, que eu ouça, que eu ande". Vêm, depois, as enfermarias. Aqueles leitos emparelhados nos dão uma lição de fraternidade. A grandeza das pessoas, quer vestidas ou nuas, mede-se não pelo que elas têm (riqueza, prestígio), mas pelo que elas são — indivíduos da raça humana, pessoas humanas portadoras da dignidade de filhos de Deus.

Há lugares no hospital, assim como nas catedrais, que são o "Santo dos Santos": as salas de cirurgia e as UTIs. Ali na sala de cirurgia o bisturi colabora inteligentemente para recuperar o primitivo vigor da natureza, extirpando tudo o que é prejudicial ao conjunto do organismo; na UTI, os segundos vão se transformando em pulsações luminosas de esperança. Mas, assim como no corpo humano, no hospital todas as instalações são nobres. Uma delas é a cozinha, com seus alimentos e sobretudo com o pão. Esse lugar e esse pão me falam como os homens devem ser solidários, pois para que um pedaço de pão chegue ao leito de um enfermo, é preciso, na prática, que um exército de camponeses trabalhe.

Vamos descer até as lavanderias e ali aprenderemos o valor e a importância das assepsias e da pureza na vida, para que não se acuse o risco de contaminação, seja na saúde, seja na política ou na religião.

Para os leigos em assuntos hospitalares, há três lugares que muito nos impressionam: o pronto-socorro, a maternidade e o necrotério. Em todos eles, costumamos entrar em silêncio e com respeito, pois ali são maiores o contato e a vizinhança com o ser humano. O pronto-socorro nos impressiona pelo sangue, pela pressa, rapidez e, sobretudo, pela disponibilidade do corpo médico. À vista daqueles corpos, em geral desconhecidos ou desfigurados, impressiona-nos o carinho dos profissionais que tratam dessas pessoas como se fossem um irmão, um pai ou um filho.

A maternidade, porque toda vida nova é uma esperança. O primeiro choro de uma criança amparada poderá, na idade adulta, transformar-se na voz de um defensor da justiça, da ciência ou da religião. Plagiando o padre Vieira, diria: "Senhor, só de pensar nos causa horror que, em algum lugar do Brasil, alguma maternidade já foi transformada em túmulo de anjos".

O necrotério é, em geral, um lugar de silêncio. E de respeito ao corpo, que é nobre, filho de Deus. Tem alma. Por falar nisso, todo hospital tem alma. São as pessoas que lá vivem e trabalham. São, em primeiro lugar, os doentes, os pacientes. Ricos ou pobres,

conhecidos ou desconhecidos, não importa: com um olhar cristão, nós vemos, em todos eles, irmãos nossos, filhos de Deus.

Com que carinho, admiração e agradecimento olhamos para os médicos, os novos sacerdotes, as enfermeiras, "mudas testemunhas" que, nesta catedral, sobre o altar dos leitos e a hóstia dos corpos humanos, realizam milagres de transformação, como os sacerdotes na hóstia da Missa. Olhando os sacerdotes e pastores, as irmãs, os psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, auxiliares de limpeza, nutricionistas, voluntários que se cruzam nos corredores, parecem anjos que velam ao lado da cabeceira dos doentes.

Como são importantes os funcionários, quer de postos elevados ou aparentemente mais humildes, todos eles a serviço do próximo, da saúde, da esperança de tantos familiares que não podem ou não sabem como lidar com seus entes queridos. Mas no hospital há um lugar venerado, que é a capela, a tenda de Deus no meio dessa catedral da saúde. É o lugar da esperança e da fé. E dentro da capela há, sobre o altar, um tesouro, a Bíblia, a Palavra de Deus, que é o raio X da fé, que nos faz enxergar tudo com os olhos de Deus. Pedindo emprestados os olhos de Deus, eu vejo ainda com mais profundidade a vocação de todos que ali trabalham.

A Bíblia me revela que, para Deus, tudo conta e é supervalorizado quando feito com amor. É ela que nos revela as promessas de Deus: "Todo aquele que der um copo d'água em meu nome haverá de receber uma recompensa cem vezes maior. Vinde a Mim vós todos que sofreis e estais oprimidos, e eu vos aliviarei". Profissionais da saúde e colaboradores, a Bíblia nos diz que sua vocação é colaborar com Deus para que se repita, através da ciência, da técnica e da dedicação, da competência e do carinho, a palavra do Senhor: "Quero". "Sê curado, a tua fé te salvou."

Fonte: BALDESSIN, Anísio. *A Catedral da Saúde*. "Entre a Vida e a Morte - Medicina e Religião. São Paulo: Loyola, 2012. p. 27-30

Publicação nº7

Padre de capela do HC lança livro com histórias de pacientes

Depoimento do Pe. Anísio Baldessin a Mariana Versolato, Folha de S. Paulo


FOLHA DE S.PAULO

equilíbrio e saúde

Padre de capela do HC lança livro com histórias de pacientes

Nunca gostei de hospital e, quando pensei em ser padre, nem cogitava trabalhar em um. Pensava que cuidar de doentes não era pra mim.

Mas acabei fazendo um estágio da faculdade de teologia no Hospital das Clínicas. Gostei tanto que, em novembro, completo 20 anos na capela do HC.

Em um hospital é o padre que vai até as pessoas, então converso com quem está nos quartos, na UTI, na enfermaria e também com aqueles que me param pelo caminho.

As pessoas desabafam, querem se confessar, pedem a comunhão, bênçãos e também a unção dos enfermos, conhecida de maneira errada como extrema-unção.

É que antes a pessoa só podia ser ungida uma vez na vida, quando estava em uma situação de extrema gravidade. Hoje, a unção pode ser ministrada em qualquer momento e significa proteção. Mas, como tem gente que pensa que receber a unção pode atrair a morte, pouquíssimas pessoas a pedem.

Capítulo 13

Um paciente uma vez me disse que queria a extrema-unção. Falei: "O senhor quer dizer a unção dos enfermos, né?". Ele disse: "Não, não, quero a extrema mesmo!". Depois perguntou: "E agora, padre, quanto tempo eu demoro pra acabar de morrer?".

Quando entro nos quartos e visito pacientes que não necessariamente pediram a minha ajuda, ouço muito a frase: "Xi, o padre chegou!".

No livro que escrevi, queria desmistificar a ideia de que o padre só está no hospital para atender quem está morrendo. A nossa função é fazer a pessoa ter força para enfrentar a doença. Mas muitos pensam que temos que resolver o problema.

A pergunta que mais ouço é: "Onde está Deus nessas horas?". Digo que acredito que Deus esteja do lado do doente, não do câncer que ele tem. Às vezes as pessoas só querem desabafar e sentir que não estão sozinhas.

Casamentos

Já fiz alguns casamentos no HC. Um deles foi na UTI. A paciente, de 70 anos, disse que era casada só no civil e me disse: "Padre, preciso me casar na lei de Deus". No começo, o pessoal achou que ela estava delirando (risos). Juntamos todo o pessoal da equipe e fizemos o casamento lá mesmo, foi bonito.

Também guardo histórias curiosas, como de algumas missas que celebrei para os pacientes psiquiátricos. Uma vez, quando um paciente me viu misturando água com vinho na missa, perguntou em voz alta: "Ei, padre, não vai compartilhar esse rabo de galo com a gente?".

Me sinto agraciado porque raramente levo as coisas que vejo aqui pra casa. Também faço outras coisas, passeio, vou na casa das pessoas, para não achar que só tem sofrimento na vida.

Fonte: Jornal Folha de S. Paulo, 01/10/2012 - 05h00

Caderno Equilíbrio e Saúde.

Publicação nº8

O agente de Pastoral e a Saúde do Povo



Este pequeno opúsculo intitulado "Como lidar com o paciente em fase terminal" tem corno objetivo fundamental oferecer uma informação básica e a compreensão introdutória da importância das questões éticas envolvidas na fase final da vida humana, procurando salvaguardar sua dignidade. Quer servir de subsídio para uma conscientização maior no sentido de se decidir e dialogar sobre essas questões que ainda são consideradas como tabus em nosso meio, estando ainda as pessoas em pleno vigor de vida. Além disso, visa a um despertar para uma corrente de solidariedade humana e cristã junto aos que sofrem de doenças incuráveis e que têm a responsabilidade de decidir sobre a própria vida. Nesse processo estão envolvidos doentes, profissionais da saúde, familiares e agentes de pastoral da saúde, entre outros.

Procurar ser simples e objetivo em questões profundamente polêmicas, traduzindo o conteúdo numa linguagem acessível ao povo, sem ser simplista ou parcial, realmente não é fácil, é um desafio que perseguimos humildemente ao longo dos temas que compõem a espinha dorsal deste livrinho.

É endereçado prioritariamente aos agentes e profissionais da saúde que procuram, além do profissionalismo, testemunhar nas pegadas do Evangelho um compromisso com a vida.

Capítulo 13

É um bê-a-bá, um primeiro passo de uma longa jornada. Aos que já caminharam parcela desse caminho e buscam um aprofundamento da problemática em discussão, sugerimos a leitura de nossos últimos trabalhos, intitulados: Problemas atuais de Bioética (Edições Loyola, 6ª ed, 2002) e Eutanásia e América Latina (Editora Santuário, Aparecida, 1990) e a bibliografia selecionada indicada. Como lidar com o paciente em fase terminal compõe-se basicamente de doze capítulos que, de forma crescente, nos introduzem na problemática ética contemporânea do fim da vida, realçando sempre a perspectiva cristã-católica.

Assim, partimos de uma reflexão fundamental sobre ética, entendida como um grito pela dignidade humana (capítulo 1); contextualizando a reflexão frente aos grandes progressos apresentados pela medicina nos últimos anos (cap. 2), que provocaram o surgimento de novas questões éticas como: dizer a verdade ao doente? (cap. 3); o que é eutanásia? (cap. 4); distanásia, ortotanásia e mistanásia (cap. 5); distanásia: questões-chave sobre ética (cap. 6); alguns princípios éticos cristãos e sacralidade e qualidade de vida, meios ordinários e extraordinários de tratamento (cap. 7); dor na fase final da vida (cap. 8).

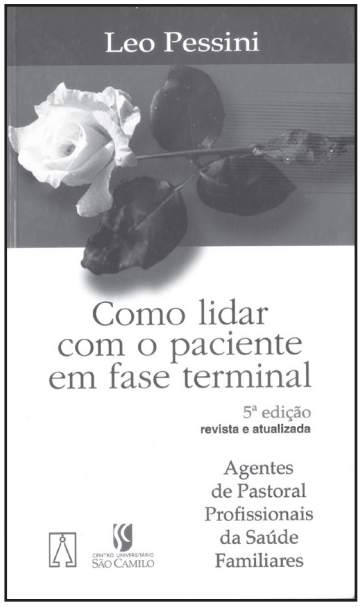
Os direitos do paciente em fase terminal (cap. 9) constitui-se numa pequena cartilha de cuidados junto ao paciente terminal; o processo do morrer (cap. 10); e direito de morrer com dignidade (cap. 11).

Concluímos com uma reflexão (cap. 12)sobre como dizer adeus à vida com dignidade e elegância.

Pe. Christian de P. de Barchifontaine

Publicação nº9

Como lidar com o paciente em fase terminal



Este subsídio tem por finalidade dar alguns esclarecimentos sobre a política de saúde e ajudar os(as) agentes de Pastoral que trabalham na área da saúde a fazer um discernimento sobre o seu compromisso evangélico.

No âmbito da Igreja, queria lembrar os objetivos assumidos pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e pela Conferência dos Religiosos do Brasil (CRB). O objetivo geral da CNBB (1995-1998) é o seguinte: "Evangelizar com renovado ardor missionário, testemunhando Jesus Cristo, em comunhão fraterna, à luz da evangélica opção preferencial pelos pobres, para formar o povo de Deus e participar da construção de uma sociedade justa e solidária, a serviço da vida e da esperança nas diferentes culturas, a caminho do Reino definitivo". E o objetivo geral da CRB para o triênio 1995-1998 reza: "Dinamizar a Vida Religiosa, em fidelidade criativa ao Evangelho e aos carismas fundacionais, em comunhão com todo o Povo de Deus e seus Pastores, incentivando, segundo a imagem de Deus Trino e à luz da opção pelos pobres, atitudes, ações e projetos de solidariedade, em parceria com as forças promotoras de vida, nas diferenças de gênero, etnia, cultura e faixa etária, indo ao encontro dos novos rostos da Missão".

Em vista desses objetivos, como os(as) religiosos(as) e os(as) agentes de Pastoral, atuantes na área da saúde, em instituições de saúde e nas comunidades bem como na sociedade, se sentem interpelados para a missão, a partir da nova evangelização?

Falar de nova evangelização obriga-nos a questionar a nossa Igreja e o papel dos(as) agentes de Pastoral. De fato, a presença dos pobres na América Latina é um desafio para a justiça: a Igreja está aberta ao universal, a todas as pessoas? Será que ela se preocupa com a condição da maioria das pessoas que são pobres? O Reino de Deus que ela anuncia é mesmo uma Boa Nova para todos?

Pouco antes do Concílio Vaticano II, João XXIII, preocupado com o anúncio do Reino de Deus, formulou esse desafio: 'A Igreja deve ser a Igreja de todos, e especialmente a Igreja dos pobres". Todavia, o assunto pobreza foi pouco desenvolvido durante o Concílio, mas tornou-se central em Medellín (1968). Puebla (1979) prolongou a reflexão, comprometendo a Igreja de maneira explícita na "opção pelos pobres".

A pobreza, em última análise, chega à morte física, cultural, política, econômica, social de todos aqueles que sofrem por causa dela. Optar pelos pobres é optar pela vida e saúde, por uma história cuja morte não é a última palavra. A opção pelos pobres é bem mais que uma escolha social: ela está no coração do cristianismo. Mas é uma opção preferencial: ela se inscreve na universalidade como o projeto de Deus. Sem o quadro da universalidade, a preferência se tornaria sectária. Sem a preferência, ao contrário, a universalidade ficaria uma abstração: amar a todo mundo é amar a ninguém.

Sem perder sua identidade de se interessar pelos problemas sociais, a Igreja tenta ser fiel à sua vocação: a razão última da opção pelos pobres vem de Deus. Uma tal opção não é resultado da compaixão humana nem da análise social; ela vem da fé no Deus de Jesus Cristo. Os pobres são pessoas submetidas a situações contrárias ao Reino de Deus.

O quinto centenário da Evangelização na América Latina e a IV Conferência dos Bispos Latino-Americanos (Santo Domingo) é uma boa oportunidade de repensar as ligações entre os povos e nos interrogar sobre a pobreza na América Latina. Essa pobreza questiona não somente a injustiça internacional e a opressão histórica, mas também nossas responsabilidades internas.

Esta introdução é importante como pano de fundo da realidade que vivemos e para lembrar que os cristãos e, mais especificamente, os(as) agentes de Pastoral não podem se engajar na luta pela justiça sem articular esse engajamento com a gratuidade do amor de Deus. Sem o amor pelas pessoas concretas, a justiça se tornaria desumana, e não há amor sem gratuidade. Os desafios lançados pela pobreza tocam o coração da nossa fé, da nossa esperança e do nosso amor. No primeiro capítulo, traçaremos o contexto sociopolítico-econômico de nossa realidade. Em seguida, faremos uma análise sumária da constituição do sistema e da política de saúde (capítulos 2 e 3). O quarto capítulo tratará de cidadania e saúde, e o quinto da administração hospitalar hoje. A partir do sexto capítulo entraremos numa reflexão eclesial, abordando o que se entende por Pastoral da Saúde (capítulo 6) e Ação Pastoral e Nova Evangelização na área da saúde (capítulo 7).

A política da saúde de um país está estreitamente ligada ao contexto sociopolítico e econômico adotado por seu governo. Por isso, é de suma importância para nós uma visão panorâmica e sucinta desse contexto.

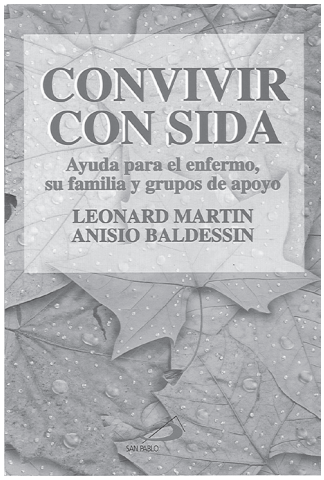
Publicação nº10

Como conviver com a AIDS

Leonard Martin e Anísio Baldessin

Elaborado para oferecer subsídios aos doentes, seus familiares e grupos de apoio que se interessam pelos afetados pela AIDS, o livreto Conviver com a AIDS, dos clérigos camilianos Leonard Martin e Anísio Baldessin, constitui uma valiosa contribuição a quem atua na Pastoral da Saúde. Publicado pela Editora Santuário (que o distribui, assim como o ICAPS, através de pedido), não é um tratado sobre a doença nem um formulário de questões para evitá-la. O seu objetivo maior é tentar oferecer respostas a muitas questões e angústias suscitadas pela doença. E é assim que o livreto se apresenta:

AIDS (ou SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma doença que pouco a pouco está atingindo cada vez mais a vida das pessoas no Brasil. No começo, era alguma coisa que acontecia aos outros, alguns homossexuais ou algumas pessoas que abusavam de drogas. Aí surgiram notícias de pessoas que, durante uma cirurgia, receberam transfusões de sangue para depois descobrirem que também tinham recebido o vírus da AIDS. Houve outros casos de crianças, filhas de mães portadoras do vírus, que desenvolveram a doença. Cada vez mais gente fulminada. Hoje em dia é uma doença que pode atingir qualquer família, contando entre suas vítimas homens, mulheres e crianças, com maior incidência entre os jovens- adultos.



Diante da gravidade do problema da AIDS e da falta atual de cura, a prevenção continua sendo desafio prioritário. Na luta contra esta nova epidemia, uma das armas mais importantes é a informação e a educação. Felizmente, já se está fazendo alguma coisa no sentido, e existem, em português, livros e artigos em linguagem científica e popular sobre o que é a AIDS e sobre como evitar contrair o vírus. Se quiser aprofundar um pouco este assunto, indicamos alguns títulos na lista bibliográfica no fim deste livrinho.

Para quem quiser informações sobre como se prevenir contra a AIDS é relativamente fácil encontrar. Para quem já é portador do vírus da AIDS e para os seus familiares e amigos que querem ajudá-lo e apoiar, os subsídios até agora são poucos. É justamente para estas pessoas que este livrinho foi escrito.

Aqui não se encontra um tratado sobre o que é a AIDS nem sobre como evitá-la. Menos ainda encontram-se aqui respostas prontas às questões e angústias relacionadas às descobertas que você ou uma pessoa querida está com AIDS fizeram. O que se tem aqui é uma série de reflexões sobre situações que podem surgir na vida de pessoas portadoras do vírus HIV ("Human Immune Deficiency Virus" - "Vírus de Imuno - Deficiência Humana"). Procura-se entender estas situações do ponto de vista humano e, à luz da fé cristã, descobrir os primeiros passos para poder lidar com este desafio de uma maneira um pouco mais adequada.

Ninguém tem receita já pronta para alguém que está enfrentando uma doença que não tem cura. Mesmo se outras pessoas já passaram por uma experiência semelhante no passado, para você, para seu irmão, para sua amiga é a primeira vez que acontece! Assumir esta situação não é fácil. Para alguém que é portador do vírus HIV assumir a sua condição, sem deixar de ser dono da sua vida, é algo que cada um tem de aprender por si mesmo nas suas circunstâncias particulares. Cada um tem de fazer isso por si mesmo, mas isso não significa que tem de fazer sozinho.

Este é um dos motivos pelos quais este livrinho foi escrito, de tal maneira que pode ser lido sozinho ou junto com outras pessoas.

Cada capítulo tem uma pequena introdução sobre o tema tratado. Logo em seguida, conta-se um fato tirado da experiência vivida de portadores do vírus da AIDS.

Os fatos são reais, mas os nomes e algumas circunstâncias foram trocados para proteger a privacidade das pessoas. Acrescentam-se algumas perguntas para ajudar o leitor ou os leitores a refletirem sobre o significado do fato. Em seguida, procuram-se elementos para refletir sobre esta situação à luz da fé. Nesta parte está incluído sempre um texto bíblico para alimentar nossa reflexão. Finalmente, cada capítulo termina buscando alguns passos concretos que, talvez, o leitor possa dar.

Este livrinho procura ser uma abordagem pastoral de um desafio complexo. É um primeiro passo rumo ao anúncio de uma Boa-Nova a um número crescente de pessoas que vivem "nas trevas e na sombra da morte" (Lc 1,79).

"Conviver com a AIDS", assim como "Eutanásia e América Latina: questões eticoteológicas", foi lançado no Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde e na Bienal do Livro, em São Paulo. Para solicitar o livreto, basta escrever ou telefonar, manifestando a intenção de adquiri-lo, à Editora Santuário (Caixa Postal 4, (0125) 36-2140, Aparecida, SP, 012.570) ou ao ICAPS (av. Pompeia, 1214, (011) 3862-7286, São Paulo, SP, 05022-0002). A Editora Santuário mantém para as suas publicações um serviço de atendimento através do Reembolso Postal.

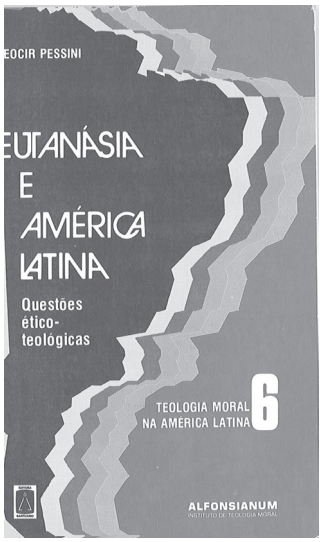
Fonte – Boletim Icaps, outubro 1990, nº 72

Publicação nº11

Eutanásia e América Latina

Foi de Dom Paulo Evaristo Arns, Cardeal-Arcebispo de São Paulo, a apresentação do livro de autoria do Pe. LéoPessini, "Eutanásia e América Latina: questões eticoteológicas", mais uma obra a integrar a Coleção "Teologia Moral na América Latina", da Editora Santuário. O livro, resultante de tese preparada pelo Pe. Léo (de que este boletim já deu notícia em edição anterior), foi lançado na última Bienal do Livro e no Congresso Brasileiro de Humanização e Pastoral da Saúde, ambos os eventos realizados em São Paulo. Diz o cardeal:

"O trabalho "Eutanásia e América Latina: questões eticoteológicas" ganha relevância a cada dia que passa, quer pelos avanços técnico-científicos em curso na área da saúde e pelos questionamentos éticos emergentes, quer pela escassez de literatura em nossa realidade. Seu grande mérito consiste em articular uma reflexão sobre eutanásia, levando em consideração os dois mundos: Primeiro e Terceiro. Revela conhecimento dos dois registros de sociedade: a sociedade de consumo, rica e industrializada, e a sociedade da miséria do Terceiro Mundo. Percebe-se uma maior fluência de reflexão em relação ao Primeiro Mundo, por ser a eutanásia uma questão candente, mais trabalhada nesta realidade, e contextualizada no mundo médico–hospitalar. Em nível latino-Américano, onde nos defrontamos com a morte precoce e



injusta, "antes do tempo", deparamo-nos com a tarefa urgente de humanizar a vida antes da morte.

Talvez esta forma de pensar possa abrir um caminho, que exigirá a conversão de quem explora ou acaba impedindo a vida, por não saber partilhar os bens necessários com os pobres. Pode tal reflexão indicar um caminho novo para a solidariedade em nível mundial, baseada em valores éticos que defendem a vida de todos, sobretudo a dos pobres. Tal pista nos faz lembrar Santo Irineu: "A glória de Deus é a glória do homem". Dom Oscar Romero a traduziu bem para a América Latina: "A glória de Deus é a vida do pobre".

O autor, como capelão do Hospital das Clínicas da FMUSP, há oito anos, vive, no dia a dia de seu ministério, situações de vida e de morte, no aconselhamento a pacientes terminais e familiares e na discussão de questões bioéticas com os profissionais da saúde. Todos lembram o episódio Tancredo Neves. Nesta perspectiva, o texto não é pura e simplesmente uma reflexão teórica sobre questão polêmica e delicada, tal qual a eutanásia, mas reflexão vivida e, por que não dizer, sofrida, na busca de pistas que salvaguardem a dignidade humana nesse momento crítico da vida, que é o de enfrentar, com sabedoria cristã, a mortalidade humana.

Embasado nessa experiência existencial, o autor mostra capacidade de reunir e sistematizar as grandes questões que o tema da eutanásia levanta hoje. Mostra os fortes deslocamentos culturais e a nova impostação da morte no contexto da modernidade tecno-científica. Trabalha com responsabilidade sacerdotal os dados médicos, os problemas sociais e os novos postulados antropológicos diante do sofrimento e da morte.

Trabalho difícil o de reunir argumentações e organizá-las, especialmente em tema complexo como o da eutanásia. O texto "Eutanásia e América Latina: questões eticoteológicas" se propõe a apresentar a situação real da eutanásia, hoje. E o faz bastante bem.

Oferece um roteiro ágil e prático, para perceberem as diferentes linhas e argumentos, as principais ênfases e distinções. Isso torna a leitura do texto interessante e proveitosa. Permite um encontro bastante direto com as razões modernas da eutanásia, que não deixam de ser impressionantes.

Ressalte-se ainda que o texto representa uma contribuição para se compreender de modo panorâmico e interdisciplinar o conjunto das questões envolvidas no debate ético da eutanásia, hoje, no contexto médico-hospitalar. Nesta direção, poderá ser um instrumental de reflexão valioso para profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e interessados na área) que, numa inspiração cristã, procuram servir à vida com amor e competência, especialmente naquelas situações críticas em UTIs de decisões difíceis, em que se procura salvaguardar a dignidade no resgate da saúde ou, então, quando não mais possível, a morte digna. Não abreviar a vida, nem encompridar um penoso processo de sofrimento, numa visão antropológica holística, que resgata a dimensão psíquica, social e transcendente, para além da física.

É importante também realçar a riqueza criativa da aproximação que faz entre o postulado da morte feliz e o postulado da vida feliz. Um viver sofrido, na miséria, na pobreza, não garante por si um morrer feliz.

Na América Latina, a morte é uma indignidade, acontece antes do tempo. A tecnologia realiza verdadeiros "milagres" no sentido de fazer com que vidas continuem com saúde. Também pode encompridar um penoso processo de morte. Cumpre resgatá-la do sistema que marginaliza 130 milhões de pessoas pobres na América Latina, que estão longe de se beneficiarem do sagrado direito da vida". *

Fonte – Boletim Icaps, outubro 1990, nº 72

PUBLICAÇÃO Nº12

O DOENTE: RAZÃO DE SER DO HOSPITAL

Pe. Arcídio Favretto

Com o título do livro "O Doente, razão de ser do hospital" não queremos significar que a cura do doente é a única finalidade do hospital, outras existem igualmente prioritárias, como: Saúde Preventiva, Realização de Pesquisas e Campanhas Educacionais.

Neste livro, apresentamos subsídios úteis para quantos atuam na área da saúde, mas principalmente para aqueles que, de um modo ou de outro, se comprometem e estão mais diretamente ligados ao enfermo: médico, administradores, enfermagem, agentes de Pastoral e outros.

Supomos em todos a consciência de que encontramos pacientes de todas as idades, com todos os tipos de enfermidades, de todas as religiões ou credos e de formação diferente, o que supõe e exige muito tato, humildade, bondade e uma boa dose de competência, adquirida através de cursos apropriados e longa vivência. Com efeito, vivemos numa sociedade em que há inversão de valores. O homem já não vale por aquilo que é, mas por aquilo que tem. O dinheiro, o conforto, o prazer, a ação e a velocidade são os grandes valores da sociedade atual.



Infelizmente esta maneira de ver e agir penetrou nos hospitais. Os doentes pobres dificilmente encontram vagas e, por vezes, lhes são negados cuidados médicos: aos ricos vagas

não faltam, sendo estes, cortejados por milhares de profissionais da saúde.

Este livro não pretende ser um manual perfeito e completo, menos ainda dogmático, mas trata-se, como dissemos, de um livro que contém "subsídios úteis", para aqueles que têm os olhos abertos para a realidade e o coração vazio de preconceitos e querem, de fato, a saúde do doente.

Consta de três partes. Na primeira apresenta algumas colocações sobre humanização na saúde e, mais especificamente, nos hospitais; na segunda, fala sobre a Pastoral da Saúde hoje; na terceira fornece modelos de celebrações, comemorações e orações relativas à saúde e ao doente.

PUBLICAÇÃO Nº 13

MINISTÉRIO DA VIDA: UM PEQUENO *BESTSELLER*

Pe. Léo Pessini



Ministério da vida constitui-se numa agradável surpresa editorial, pela sua aceitação, utilização e divulgação junto aos agentes de pastoral que atuam na dimensão solidária da Pastoral da Saúde. Desde seu aparecimento, no segundo semestre de 1990, até o presente, foram publicadas **35 edições**, com aproximadamente 100 mil exemplares. Este livro quer ser um humilde instrumento de ajuda a todos os que, por profissão e vocação, procuram ser uma presença profética do Deus da vida numa realidade marcada pela "cultura de morte", anunciando a Boa-Nova da "Vida em abundância" (JO 10,10) e levando a sério o mandato de Jesus de "pregar o Evangelho e curar os enfermos".

No decorrer dos anos, recebemos inúmeras sugestões de aperfeiçoamento deste instrumento de trabalho que tem como público alvo os voluntários que atuam na Pastoral da Saúde. Numa linguagem simples e objetiva, procura apresentar perspectivas de orientações pastorais junto aos doentes, quer nos hospitais ou em domicílio. Sem fugir de suas características próprias de ser um tex-

to introdutório, de bolso, de sabor popular, fizemos acréscimos significativos, atualizando-o frente às novas perspectivas e desafios que o mundo da saúde traz para a ação pastoral.

Iniciamos com uma rápida visão a respeito da realidade da saúde no Brasil. Enquanto trabalhamos com os caídos por terra, não podemos perder de vista as causas da existência de tantos doentes entre nós e que somos chamados a ser agentes da saúde e da vida. Jesus sempre esteve cercado de doentes e os libertou do sofrimento e da doença que os marginalizava da convivência social. Sua atuação é inspiração para nós, em como ser de ajuda na hora do sofrimento, particularmente em situações críticas da vida, tais como: quando perdemos alguém, no enfrentamento do problema da AIDS e no cuidar samaritanamente dos idosos.

Avançando mais numa perspectiva prática, são apresentadas algumas pistas pastorais que deveriam ser sinais indicativos de caminhos a seguir, isto sem matar a necessária criatividade frente a cada situação, circunstância específica e o bom senso de cada um. Estão ligadas às exigências que formam um perfil do agente de Pastoral da Saúde, como comunicar-se empaticamente, a dimensão evangelizadora dos sacramentos na ação pastoral, especificamente a reconciliação, Eucaristia e Unção dos Enfermos. Acrescentem-se a isso uma celebração da esperança e alguns pensamentos de São Camilo, o Santo padroeiro dos doentes no cuidado junto aos que sofrem.

Crescendo numa linha reflexiva em relação à solidariedade diante do sofrimento humano, apresentamos três grandes realidades doloridas de hoje e que exigem uma resposta concreta dos cristãos que amam a vida e buscam ser um sinal de vida e de esperança: drogas, o câncer e a saúde mental. Como complemento necessário de atualização em função das inúmeras novidades e perspectivas novas destes últimos anos, situam-se os textos a respeito da ecologia: cuidar da terra, nosso lar comum; transplante e doação de órgãos, o dia mundial do doente, pastoral da saúde – marcos históricos de uma caminhada e Diretrizes de Ação da Pastoral da Saúde – CNBB.

Publicação nº 14

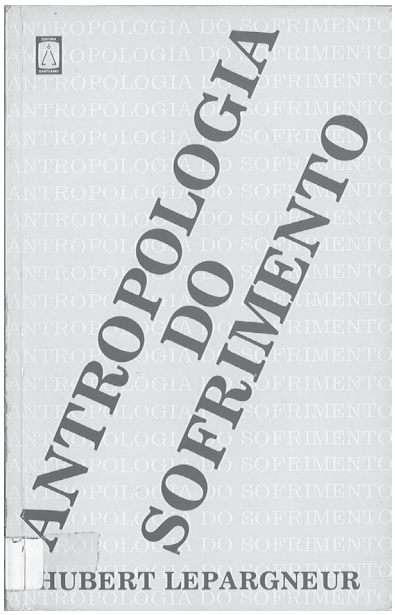
Duas sensibilidades defrontam-se com o sofrimento

Pe. Hubert Lepargneur

Quem não sofreu, que sabe?

O Eclesiástico

Este livro não é de teologia nem de espiritualidade, mas de ciências humanas, no mínimo de reflexão antropológica em nível secular. Tenho de esclarecer por que um autor interessado em teologia, que não duvida que a resposta última ao problema do sofrimento comporta, inevitavelmente, um sabor religioso, de significação transcendente, que caberia a uma teologia desenvolver (o que, aliás, foi feito mil vezes), se atreve a uma abordagem dessa. É certo que o leitor que este livro gostaria de atingir não se interessa necessariamente por teologia, mas cultiva alguma curiosidade intelectual e exigência crítica.



Hoje em dia não se faz mais um livro a partir duma ideia, mas a partir duma vivência (que, depois, vai recolhendo dados). Este ensaio parte da seguinte constatação empírica, no contato com sofredores, hospitalizados ou não. A constatação versa sobre a existência duma dicotomia: de duas atitudes, cada uma com seu público, sua mentalidade, quase sem comunicação senão superficial, formal ou aparente.



Alguns textos e mensagens Pastorais que marcaram este tempo

Capítulo 14



Mensagem no. 1

A Cruz Vermelha Camiliana

Pe. Julio S. Munaro

A Ordem dos Ministros dos Enfermos - Camilianos - celebra, neste ano, dois centenários. No dia 19 de março, recordou o 4º centenário da primeira aprovação da Companhia dos Ministros dos Enfermos, fundada por Camilo de Lellis, e que, em 1591, foi constituída em Ordem Religiosa. No dia 26 de junho, comemorou o 4ºcentenário da Cruz Vermelha como distintivo próprio dos Camilianos ou Ministros dos Enfermos.

Quem idealizou e quis este distintivo foi o próprio Camilo de Lellis. De início, o hábito dos camilianos era igual ao dos padres seculares da época, da mesma forma que para as demais congregações regulares recém-fundadas. Como a Congregação dos Ministros dos Enfermos tinha uma finalidade específica bem distinta e diferente daquela das demais congregações, Camilo achou que também deveria ter um distintivo diferente. Apresentou seu pedido ao Papa Sisto V e este não teve dúvidas em atendê-lo.

A cruz vermelha camiliana tem uma história original. A mãe de Camilo, antes de dar à luz, teve um sonho, viu seu filho com uma cruz no peito, de cor vermelha rutilante, seguido por um bando de outros jovens, todos com o mesmo distintivo. O sonho deixou-a inquieta, pois achou que seu filho acabaria sendo um chefe de bandidos. E morreu com esta inquietação, já que seu filho, que estava com 13 anos apenas, não dava sinais de muito juízo. Antes, era um menino irrequieto e incontrolável.

Teria sido mera casualidade a relação entre o sonho da mãe e a escolha da cruz por parte do filho?

Capítulo 14

No dia 29 de junho de 1586, festa dos Apóstolos São Pedro e São Paulo, Camilo e um punhado de companheiros apareceram pela primeira vez em público, na Praça de São Pedro, em Roma, ostentando no peito, bem vistosa, a cruz vermelha. O povo ficou impressionado e todos perguntavam: Quem são esses homens? Donde vêm eles? Que fazem na vida?

A resposta a teriam no dia a dia da vida, lá mesmo, em Roma, e não nas horas agradáveis, mas nos momentos críticos. Camilo e seus companheiros começaram a desfilar, com sua cruz vermelha, pelos hospitais e cadeias, pelos becos e cortiços da cidade, sempre a serviço dos doentes, sobretudo dos mais pobres, de dia e de noite, fizesse calor ou frio, fosse longe ou perto.

Sobretudo nos anos 1590 e 1591 quando a cidade foi abalada por terrível carestia, acompanhada de peste e outras calamidades, a cruz vermelha desfilava por todos os cantos. Camilo e seus companheiros trabalhavam intrepidamente, incansáveis como formigas, levando socorro a todo mundo. Terminada a calamidade, Camilo foi aclamado «Anjo protetor de Roma» e «Pai de todos os pobres». Já não era um desconhecido, era um herói da caridade. Ele e seus colegas de ideal. Donde vinha, talvez poucos soubessem. Mas quem eram e o que faziam na vida não escapava a ninguém.

A partir de então, a cruz vermelha camiliana espalhou-se pela Itália e pelo mundo, carregada no peito de pessoas dispostas a dar até mesmo a vida para aliviar o sofrimento dos outros, em hospitais, cadeias, a domicílio, nos momentos de epidemia ou nos campos de batalha. Onde há sofrimento, lá é seu lugar.

A cruz vermelha de Camilo tornou-se símbolo dos hospitais e de todos os serviços de saúde.

Para Camilo, a cruz vermelha «camiliana» tinha um grande significado: "Que o mundo saiba que nós, marcados com este santo sinal da cruz, somos vendidos e dedicados ao serviço dos pobres doentes. E também para provar que se trata de uma Ordem de cruz,

isto é, de trabalho, de sofrimento e de renúncia até a morte. Quem quiser, pois, seguir o nosso ideal de vida, prepare-se para carregar a cruz, renegar a si mesmo e seguir Jesus Cristo até a morte".

Palavras austeras, mas densas de significado e de exigências! Assumi-las implica risco.

A cruz é também portadora de força sobrenatural para repelir o maligno: "Como a nossa congregação tem por finalidade socorrer as almas na última batalha e no conflito da morte, traz a cruz do lado direito, qual espada afiada e arma ofensiva, para vencer e subjugar os demônios, principais inimigos de tão poderoso sinal".

A cruz camiliana não é, pois, um mero enfeite. Não é morta, mas viva e vivificante. Transforma as pessoas e as redime. Não as esmaga. Infunde-lhes o essencial da vida: o amor a Deus e ao próximo.

Quase três séculos mais tarde, surgiria uma outra cruz vermelha - A Cruz Vermelha Internacional -, provavelmente inspirada na cruz vermelha camiliana, pois, na massacrante batalha de Solferino, os Camilianos marcaram presença ativa no socorro às vítimas.

Eram poucos e de todo insuficientes para tamanha calamidade. Jean Henri Dunat deve ter topado com alguns deles e talvez apertado suas mãos, estreitando com eles forte comunhão de ideal.

Mensagem no. 2.

A Cruz Vermelha Internacional

Pe. Júlio S. Munaro

A Cruz Vermelha Internacional está presente, praticamente, em todos os países do mundo, desde os mais ricos até os mais pobres. Em todas as partes figura como organização humanitária, absolutamente neutra, tanto do ponto de vista religioso quanto político. Inicialmente visava apenas socorrer as vítimas em tempo de guerra. Com o andar do tempo, porém, foi ampliando as suas atividades. Agora, presta assistência a prisioneiros de guerra e a outras vítimas de conflitos, bem como a flagelados por terremotos, enchentes, secas ou outras calamidades. Também presta assistência de enfermagem, materno-infantil, orienta para a prevenção de acidentes etc.

Esta gigantesca organização teve sua origem na famosa batalha de Solferino, travada entre austríacos, franceses e italianos, no dia 24 de junho de 1859. Em meio a milhares de soldados feridos e sem qualquer socorro, um jovem suíço de apenas 31 anos, Jean Henri Dunant, ficou terrivelmente chocado e, aos brados de «Somos todos irmãos!», pôs-se a organizar, com a ajuda dos habitantes da vizinha cidade de Castiglione, um serviço de assistência aos feridos.

Em 1862, publicou "Memórias de Solferino". Na obra, além de mais, propõe que em todos os países fossem criadas associações de assistência aos feridos de guerra, reconhecidas e aceitas por todos. A proposta de Dunant foi acolhida com simpatia geral e, em 1863, surgiu um Comitê para concretizar a ideia. Já em outubro do mesmo ano, em Genebra, numa reunião convocada pelo Comitê e da qual participaram representantes de 14 nações, foram lançadas as bases da Cruz Vermelha Internacional. A organização seria in-

teiramente neutra e prestaria igual assistência a todos os feridos de guerra, fossem de que parte fossem. Todos os países participantes se comprometeram a poupá-la de qualquer ataque ou represália durante suas atividades assistenciais. Antes, facilitariam a sua ação. Seu símbolo seria a bandeira branca, com uma cruz vermelha.

Várias convenções internacionais ampliaram, mais tarde, seu campo de ação.

A Cruz Vermelha Internacional está estruturada da seguinte forma: Comitê Internacional da Cruz Vermelha; Liga das Sociedades da Cruz Vermelha e Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha.

O Comitê Internacional é formado por 25 cidadãos suíços e tem sua sede em Genebra.

Cabe a ele reconhecer, após detalhada averiguação de sua estrutura e finalidades, as sociedades nacionais da Cruz Vermelha. Suas atividades em tempo de guerra consistem em organizar e prestar socorro às vítimas, visitar campos de concentração e trocar informações entre os prisioneiros e suas famílias.

Quando as comunicações entre as partes beligerantes se acham interrompidas, o Comitê atua como intermediário, tanto entre os governos quanto entre as sociedades nacionais da Cruz Vermelha. Terminada a guerra, o Comitê continua suas atividades assistenciais. Após a 1ª Guerra Mundial, por exemplo, contribuiu para a repatriação de mais de 450.000 prisioneiros de guerra. Durante a 2ª Guerra Mundial, em colaboração com as sociedades nacionais da Cruz Vermelha, distribuiu alimentos, roupas e medicamentos entre as vítimas civis da guerra.

O Comitê Internacional já recebeu o Prêmio Nobel da Paz em 1917, 1944 e em 1963.

A Liga das Sociedades da Cruz Vermelha foi criada em 1919 pelo americano Henry Davison, e em 1969, contava com 112 Sociedades Nacionais filiadas. A Liga visa coordenar e facilitar as atividades

des humanitárias das sociedades nacionais, segundo as orientações do Comitê Internacional, bem como incrementar a sua expansão e prestação de assistência em caso de calamidades naturais.

A Liga mantém relações íntimas com a OMS, UNESCO, Alto Comissariado para Refugiados da ONU. Dispõe de vários *bureaux* de caráter técnico, como o *Bureau de Saúde e Assistência Social*, que promove atividades de primeiros socorros, medicina preventiva etc.; o *Bureau de Enfermagem*, com escolas de enfermeiras, auxiliares de enfermagem e visitadoras familiares.

As sociedades nacionais da Cruz Vermelha são, praticamente, departamentos que atuam em âmbito nacional de cada país. Para serem reconhecidas como tais precisam ter aprovação do Comitê Internacional e preencher todas as suas exigências.

Em tempo de guerra, desempenham múltiplas atividades, como providenciar ambulâncias, hospitais, médicos, enfermeiras, cantinas para tropas em trânsito, distribuição de alimentos em territórios ocupados, acolher famílias que tiveram que abandonar suas próprias casas.

Após a 2ª Guerra Mundial, ampliou enormemente suas atividades para tempos de paz, tanto no campo da saúde quanto da assistência em geral: prevenção de acidentes, primeiros-socorros, assistência materno-infantil, creches etc.

A Cruz Vermelha, em seu conjunto, apresenta uma extensa folha de serviços de inestimável valor humanitário. Pode ser considerada uma extraordinária conquista do mundo moderno. Inspirou-se no cristianismo e em sua ideia de fraternidade universal: "Somos todos irmãos!" Sobrevive graças à solidariedade e nutre-se no sentimento de compaixão, tantas vezes testemunhado por Cristo e sempre presente e atuante na maioria das pessoas de todos os quadrantes da terra.

Fonte: Boletim ICAPS – julho 1986 nº 28

Mensagem no. 3

Casa de Apoio Brenda Lee

Em um bate-papo com Pe. Léo Pessini, Brenda Lee conta coisas de sua vida, a criação da casa de apoio aos doentes de AIDS, dificuldades e vitórias de seu trabalho.

ICAPS - Brenda, conte-nos um pouco da história. Como começou a casa de apoio para os doentes de AIDS?

Brenda - A Casa da Apoio Brenda Lee surgiu praticamente do nada. É o resultado de uma convivência em comunidade. Antes de ter a casa de apoio, eu já tinha um pensionato, que ficou conhecido no Brasil inteiro. Todos os travestis procuravam esse lugar. Chegamos a conviver em 90 travestis, juntas. Nessa experiência e convivência aprendemos muitas coisas, juntas. Eu sentia que era a casa da nossa liberdade. Lá podíamos chegar falando alto, cantar, brincar, discutir, almoçar, jantar, dormir... Liberdade total! Através de toda essa convivência, consegui fazer algumas economias, que me possibilitaram a compra dessa casa que, hoje, é a Casa de Apoio Brenda Lee. Quando comprei a casa, estava muito bem financeiramente: tinha cinco estabelecimentos comerciais, além de um bom apartamento para mim e um bom carro. Com a casa comprada, pensei em criar o primeiro patrimônio histórico dos travestis. Ora, toda sociedade tem os seus patrimônios... Palácio do Planalto, os teatros, os grandes monumentos. E nós, travestis, não tínhamos nada em nosso nome. Foi aí que fiz um projeto de reestruturar a casa completamente. Eu queria que fosse uma das casas mais modernas possíveis, que chamasse a atenção do mundo inteiro. Minha imaginação é muito fértil, coloquei no projeto, por exemplo, que o meu quarto seria com piscina; as paredes com relevos naturais, em formas diferentes; o teto seria móvel, assim veria o sol, a lua, as estrelas. Enfim, uma

coisa muito bonita. Registrei logo na Prefeitura com o nome de Palácio das Princesas. Contratei um engenheiro, arquiteto, um grupo de pedreiros, e... mãos à obra. Era por volta de 1983.

Nos inícios de 1984, aconteceu uma tragédia em São Paulo em relação a nós, travestis. Apareceu um comando, de procedência desconhecida, que saía metralhando os travestis. E, através desse comando, acabamos sendo descobertos pela imprensa. Havia quatro travestis na Av. Indianópolis e, numa noite, o comando passou e metralhou. Uma delas entrou em óbito. Quando os repórteres foram identificar quem eram os travestis, onde moravam, chegaram até aqui. Aí, eu botei a boca no mundo, e falei que essa perseguição era de origem especificamente policial. A polícia nos tortura, reprime, suborna e nos ameaça constantemente. Um desses travestis ficou inválido em cima de um colchão d'água. O repórter perguntou: "Brenda, essa inválida também é resultado dos atentados?" Respondi: "Não, essa foi do fim de semana, jogaram seis motos em cima dela, e ela sofreu fratura de coluna, crânio..." Elas continuavam insistindo na Zona Sul, para sobreviver... eles colocaram aqueles cães ferozes para nos atacar. Nossa Senhora! Teve travesti que ficou com as pernas deformadas.

Começava a surgir o problema da AIDS, e o repórter perguntou: "Brenda, se aparecer algum desses travestis com AIDS, o que você faz?" Respondi: "Vai ficar aqui, e tudo o que tiver vai ser dividido fraternalmente". Eu acho que uma das maiores discriminações é ser metralhado a sangue frio, como essa nossa colega e as outras que foram atingidas. Aproveitei para dizer ao repórter que, se ele tivesse alguém com AIDS, sem onde ficar, poderia vir para a minha casa, que a gente cuidaria sem nenhuma discriminação. Falei isso. Dei minha palavra. No dia seguinte, choveram telefonemas de vários hospitais. Do Emílio Ribas, a assistente social me ligou, dizendo que havia um travesti com AIDS, mas que a família não aceitava e estava sem lugar onde ficar. Perguntou-me se eu aceitaria: ela se propunha a pagar todas as despesas. "Não, você não precisa pagar nada"- res-

pondi - "aqui nós temos uma comunidade e nos ajudamos".

Aí, começaram muitos pedidos de acolhimento. Eu, que tinha colocado a palavra no ar, eu, que sou alguém que valoriza muito a palavra, comecei a receber todo mundo. Em menos de dois meses, estava com 32 pacientes na casa. Só que não tinha nenhuma estrutura para cuidar dos pacientes, sem muito conhecimento da doença. Tinha muitos gastos, dava uma mão de obra enorme. Mas Deus ajudou, e a gente foi conseguindo cuidar pelo menos dos mais necessitados.

ICAPS - Quem é que pagava a conta das despesas, que não deviam ser poucas?

Brenda - Falei anteriormente que, financeiramente, nessa época estava muito bem. Depois que me propus a cuidar dos doentes, não tive mais tempo disponível para circular, ir ao restaurante, recepcionar na hora do almoço, ir ao mercado para fazer as compras para o restaurante, ver se a oficina estava funcionando, ver os salões de beleza. Comecei a ter enormes prejuízos... Além disso, os travestis, lá em casa, se assustaram com a chegada dos doentes. Elas não tinham preparo psicológico, cultural e nem humano e espiritual. Elas começaram a reclamar: "Brenda, acontece que aqui não dá mais para ficar, a casa ficou muito triste. A gente não tem mais nem vontade de comer, de se arrumar. Por que você não arranja uma outra casa para a gente morar, ou para você levar os pacientes, e a gente continua aqui?" Aí, eu reafirmei que quem quisesse sair poderia sair e procurar outro lugar, mas que a casa iria ficar como patrimônio histórico dos travestis, e que, quando eu morresse, a casa ficaria para aquelas que não conseguiram sequer um lugar ao sol. A casa tinha uma finalidade, para os mais necessitados, e via que os mais necessitados, no momento, eram os doentes. Eu não vou pegar os doentes e jogar na rua, ou deixá-los na porta do Emílio Ribas.

Assim, elas foram mudando... Eu acabei com as minhas econo-

mias, não recebia mais nada do pensionato, nem dos meus estabelecimentos. Entrei num desespero financeiro, com 32 pacientes para cuidar. O que fazer, meu Deus? Não titubeei: vendi meu apartamento por US$ 23 mil. Paguei todas as minhas dívidas e fiquei com US$ 11 mil, para trocar no melhor momento. No dia em que fui ao banco trocar o dinheiro, fui assaltada. Perdi tudo. Aí, foi um desespero total. Fiquei sem saber o que fazer, não tinha como imaginar uma solução.

Foi quando resolvi solicitar uma audiência com o secretário da Saúde, para pedir ajuda, e acabei no Hospital Emílio Ribas. O diretor me falou, entusiasmado, que iam fazer um projeto e que, no máximo, em duas semanas, tudo estaria oficializado, e eu iria ser ajudada pela Secretaria. No final das contas, acabou demorando um ano e oito meses para a ideia ser aprovada. Nesse tempo, quase cheguei a pedir esmola pelas ruas. Até pensei em ir para a Europa, me prostituir, arrumando dinheiro para manter a casa. Foi aí que, depois de tanto tempo de espera, o secretário assinou o convênio oficial e, a partir de então, as coisas foram melhorando gradativamente, e a gente procurou levar adiante esta obra.

Na convivência com os doentes, no início, quando alguém morria, era aquele desespero. Morriam muitos... Era uma tragédia. Aos poucos, fomos nos educando em como ajudar essas pessoas também.

ICAPS - Brenda, onde você encontra tanta força para vencer essas dificuldades?

Brenda - Eu vou à igreja, todos os domingos. Sou católica. Rezo, faço os meus pedidos e dou minha contribuição mensal, o dízimo. Cada um é livre para ir à sua igreja. Quem tem terreiro vai lá. Eu acredito que esta obra é de Deus. Eu tenho muita fé em Deus. Tudo o que eu quero, eu consigo através dele. Nas minhas orações, peço espírito de justiça, humildade, coragem para que ele me ilumine e tire todas as barreiras. Assim, eu vou seguindo, pedindo que seja tudo de forma justa , nada injustamente.

ICAPS - Como deveria ser uma casa de apoio para doentes de AIDS?

Brenda - Penso que uma casa de apoio não deve discriminar ninguém. Deve-se proporcionar liberdade total para o paciente. Acontece muita superlotação. O limite da casa é 20 leitos, mas existem épocas em a gente tem 29 pacientes. Então, a gente improvisa leitos. Já em várias situações eu dividi a cama com pacientes. Então o paciente se sente bem. Na casa de apoio, a pessoa precisa se sentir como se fosse a própria casa, ter toda a liberdade, orientação de respeito e intimidade, de modo que todo mundo possa viver em comunidade, como uma grande família.

ICAPS - Você se importaria em falar um pouco sobre sua história pessoal?

Brenda - Não, é um prazer, não tenho vergonha. Quando descobri a minha homossexualidade, tinha em torno de cinco ou seis anos. Pensei: "Já pensou a decepção que vou dar para a minha família? Era o caçula da família, o mais querido. Minha mãe tinha uma admiração fora do comum por mim. Não podia magoá-los ou envergonhá-los. Minha família tinha nome lá no Nordeste. Foi quando resolvi fugir. Fui para o Rio, onde estudei e morei com meu irmão mais velho (meu responsável). Foi aí que inventei de vir para São Paulo, para uma fuga total. Acabei ficando 23 anos longe de minha família, sem que eles soubessem se eu existia ou não. Na verdade, quando fugi, tinha também boas intenções. Pensava em trabalhar, estudar, formar-me em Medicina e, um dia, quando fosse voltar, já preparado cultural e financeiramente, poderia enfrentar minha família. Se alguém me atirasse alguma pedra, pelo menos teria como me defender. Uma das maiores decepções que tive foi quando voltei para minha terra. Minha mãe já tinha falecido há sete anos. Fiquei realmente num grande vazio, me perguntando e procurando qual era o sentido de tudo o que consegui. A pessoa que eu realmente

amava e queria alegrar e presentear, minha mãe, não existia mais. Eu não poderia conviver com ela, como desejava. Segundo relato das minhas irmãs, ela ficou tanto tempo desesperada, me procurando, que só faltou enlouquecer. Colocava anúncios no rádio, vinha para São Paulo, Rio, fazia orações e perguntava a Deus onde eu estaria, o que teria acontecido comigo. Não foi fácil transformar a consciência pesada e superar toda a dor sentida. Esse trabalho que faço hoje é como um presente que dou a minha mãe.

ICAPS - Será que a gente pode falar em "dignidade de travesti"?

Brenda - O travesti é uma pessoa que não tem oportunidade na vida. Eu nunca tive vontade de me prostituir. Não nego que tenha me tornado uma pessoa devassa durante algum tempo. Por quê? Todo aquele sonho de encontrar uma pessoa que me apoiasse, ficasse ao meu lado, não se concretizou. Além disso, o sexo se torna um vício. Você fica viciada, como se fosse uma droga. Aí chegou um momento em que comecei a sofrer ataques contra mim mesma. Comecei a refletir que estava me desvalorizando. Cada dia, estou com uma pessoa diferente, que não me valoriza, não me apoia, só me usa. Para essas pessoas tanto faz estar comigo, com uma mulher, com um gay, com quem quer que seja. Então, eu acho que não compensa mais manter um relacionamento sexual com ninguém. Foi quando, em 1982, eu criei a renúncia sexual. Desde então sinto que isto é como se eu tivesse me valorizado, como se eu até fosse uma obra de arte: a mais desejada, mas que não pode ser possuída. Continuo trabalhando com muita energia. Renunciei a todas as minhas vaidades, e eram tantas, de participar do carnaval, de festas íntimas, de encontros de aniversário... Agora, vivo especificamente para o trabalho. Acho que consegui transformar a energia sexual numa maneira muito mais importante do que essas experiências passageiras ou superficiais.

Fonte: Boletim Icaps – abril 1993 nº 99

Mensagem no. 4:

As Catedrais Modernas da Dor

É melhor a morte do que a vida cruel, o repouso eterno do que uma doença constante (Ecl. 30,17).

Esta citação do Livro do Eclesiástico, que serve de introdução a esta reflexão, expressa muito bem o grito sufocado do resgate urgente da dignidade de centenas ou talvez de milhares de doentes que se deparam com a realidade do sofrimento sem perspectiva, em hospitais, nas terapias intensivas. Trata-se de uma interrogação a respeito do sentido da vida frente a esta realidade sofrida, uma questão que, sem dúvida, tem implicações éticas para além das questões de ordem técnica no mundo médico hospitalar.

Numa primeira aproximação sobre o que entendemos por ética nesse contexto, precisamos ampliar o horizonte da compreensão para além daquilo que, de costume, miopemente abordamos como sendo ética. Não raro, entre os profissionais da saúde, identifica-se ética com a proibição repressora, com a norma, com a lei, com o sigilo profissional, com o que é certo ou errado, com o que é bom ou ruim, com o que deve ser feito e o que deve ser evitado, com a defesa dos interesses de uma determinada classe profissional etc.

É verdade que a ética tem a ver com tudo isso também, mas se faz necessário resgatar o elemento fundamental e essencial, que é a pessoa humana. Desnecessário é enfatizar que passamos por uma verdadeira crise de humanismo. Fala-se insistentemente de ambientes desumanizados, tecnicamente impecáveis, mas sem «alma humana». A pessoa humana deixa de ser o centro de interesses e preocupações e passa a ser instrumentalizada, em função de um determinado fim, que pode ser o aprendizado, o status, o ganho monetário etc.

A manipulação, sutilmente, de uma forma refinada, se faz presente e rouba aquilo que é mais precioso da vida humana - a sua dignidade. O ser humano é coisificado, e as coisas facilmente são sacralizadas! É do bojo dessa situação que surge a importância de se reacender a sensibilidade ética, vista como um brado pela dignidade humana.

Ao se falar em dignidade humana, estamos falando de respeito pela pessoa e pelos seus direitos, entre eles o direito à vida, expresso no direito à saúde. Numa sociedade desigual e injusta, onde «poucos têm muito e muitos têm pouco», seria ingênuo acreditar que todos os seres humanos são, no concreto da vida, tratados igualmente. Os problemas em nível de macroestrutura (sociedade) interferem e condicionam a microestrutura (no caso, o hospital).

Num contexto social que endeusa o poder, o ter e o prazer, soa romântico e fora de moda gritar pelo servir, pelo ser e pelo amar. Como se pode ser quando se valoriza o ter? O que significa o amor, na busca frenética do prazer? É possível redirecionar o poder-dominação para o poder-serviço?

Todos esses questionamentos são de fundamental importância numa visão antropológica que procura salvaguardar a pessoa na sua globalidade constitucional, como ser físico, psíquico, social e transcendente. Considerar a pessoa não simplesmente como um organismo biológico, um amontoado de carne e de ossos, é uma árdua tarefa. Uma visão holística, multidisciplinar é imperiosa. Ser gente é ter um corpo, é possuir um psiquismo e um coração. É poder relacionar-se com os outros e cultivar uma esperança e uma fé. O ser humano é um todo uno, um nó de relações.

É zelando e promovendo esta unidade nos seus distintos aspectos que estaremos proporcionando uma abordagem profissional humanizada, profundamente solidária, geradora de vida e de saúde.

Junto com esta visão ética da pessoa humana é preciso encarar de frente a especificidade do mundo hospitalar (e nele as terapias intensivas) e o sofrimento humano.

O hospital é um microcosmo do macrocosmo, isto é, nele encontramos, em dose concentrada, um resumo do que de mais nobre, de mais bonito e de incrível a sociedade tem, bem como o que de mais triste, degradante e violento nela existe. Ele aceita e acolhe indistintamente a todos. Nele nos defrontamos com a realidade nua e crua, sem disfarces ou máscaras, com aquilo que as pessoas são: nem maiores nem menores do que elas mesmas.

É uma realidade contrastante que nos provoca. No hospital nos defrontamos com o santo e o bandido, o crente e o ateu, a criança que apenas exalou o primeiro vagido de chegada e que se torna um sussurro de adeus por outro lado, com o idoso que, no vigor dos seus 90 anos, ainda luta para viver mais; tantas mulheres querem ser mães e não podendo por outro lado, tantas outras podendo e jogando fora vidas incipientes. Em situações de emergência, chega alguém que fez de tudo para tirar a própria vida, e os profissionais fazendo o possível e o impossível para que continue a viver. É um contraste chocante provocador de indignação ética em muitas instâncias, mas que nos convoca a ser arautos destemidos da vida e não da morte, da esperança e não do desespero, da solidariedade e não da indiferença.

O ideal seria que não adoecêssemos e nem precisássemos de hospital. Ninguém vai ao hospital por prazer ou para férias e, muito menos, para descansar (infelizmente, já vi gente pobre feliz por ficar no hospital e triste quando teve alta...). Trata-se de uma necessidade de preservação da própria vida.

Neste contexto, existe sempre a presença inoportuna o sofrimento, que nos amedronta. É uma surpresa que foge a todo e qualquer planejamento, de sabor amargo para alguns, que se revoltam, e também de resignação («a gente tem que sofrer») por parte de quem só sofreu; de reencontro para outros, que o assumem como sendo uma oportunidade educativa e um desafio de crescimento.

O sofrimento provoca compaixão, suscita respeito, a seu modo

nos intimida e nos transforma em «radares» de alta sensibilidade. Provoca compaixão, isto é, empatia, traduzida em ação e não simplesmente numa exclamação anestesiadora da consciência - «que pena! Que dó!» -, mas que não move uma palha sequer para amenizar a dor. Suscita respeito também. Em quem muito sofre acabamos colocando uma auréola de sacralidade. De uma criança vítima de AIDS, por exemplo, os profissionais não se intimidam em dizer que «é uma santinha». O sofrimento também nos infunde medo, porque vemos, como num espelho, a fragilidade, a vulnerabilidade, a mortalidade elementos de nossa condição humana que não gostamos de ver lembrados.

Talvez esta seja uma das razões de os pacientes terminais serem esquecidos: eles nos confrontam com o nosso próprio fim. O sofrimento de perder a própria vida, em nossa realidade, é vivenciado sempre mais na instituição hospitalar e, nela, especificamente na unidade de terapia intensiva. Contrariamente à sua finalidade de abrigar somente os doentes que têm reais chances de recuperação e de cura, estas, por vezes, abrigam pacientes terminais de AIDS, de câncer etc.

Trabalhando, vivendo e (por que não dizer?) também sofrendo há dez anos junto com profissionais, com doentes e com familiares nas UTIs - que já foram denominadas de «modernas catedrais do sofrimento» -, constatamos uma necessidade imperiosa de resgatar o humano em meio a toda a habilidade técnica. Não raro nos defrontamos com excelentes técnicos, conhecedores exímios dos aparelhos que manipulam com maestria, mas parecem calouros na arte de confortar e de ir ao encontro das pessoas sofredoras, que perdem sua identidade e são identificadas friamente como um caso ou um número. Não se trata de má-fé, mas de despreparo humano e ético. Quem foi preparado para perguntar ao paciente quais suas necessidades e seus valores ou direções de tratamento a tomar em situações dilemáticas de fim de vida? Sempre se decide por ele! Onde ficam a sua autonomia e sua liberdade? Como acontece a comunicação com os familiares, que, na espera do melhor, temem

o pior, em momentos de morte do ente querido? Existe espaço físico para se trabalhar a dor e o sofrimento da perda, sem que a dor e as lágrimas sejam espetáculo para outros, nos corredores e nas escadas? Como preservar a privacidade e o pudor dos doentes nas UTIS? Estas são algumas perguntas inquietantes, quando pensamos em proporcionar dignidade humana nesta hora crítica.

Não podemos esquecer que, junto com o sofrimento físico, urge cuidar do sofrimento social, psíquico e espiritual. Além disso, é necessário realçar e cultivar a sabedoria de integrar a morte na vida, não como inimiga, mas como parte integrante dela. Eufemisticamente, diz-se que a pessoa não morreu, mas teve «alta celestial». A morte não é doença e não deve ser tratada como tal. Vendo-se a morte como doença, é preciso encontrar cura.

Facilmente, nessa perspectiva, se esquece que podemos ser curados de uma doença mortal, sim, mas não de uma existência mortal. É este jogo perigoso da imortalidade que abre a porta para manipulações no fim da vida. Justifica-se com muita propriedade técnica a «obstinação terapêutica» e tratam-se assuntos eminentemente éticos como sendo técnicos, encompridando-se um penoso processo de sofrimento, agonia e morte, mais que de vida propriamente dita.

Ouvimos frequentemente o ditado «Enquanto há vida, há esperança». Perguntamos: que tipo de vida? Que qualidade de vida? Será que, em muitas instâncias, não se força um limite? O antigo pedido do doente ao seu médico - «Salve-me, doutor!» - mudou para «Salve-me dos aparelhos, doutor!» Não é à toa que ouvimos pedidos angustiantes de doentes que foram tão maltratados em vida - um verdadeiro «vale de lágrimas» -, que nessa hora crítica imploram ajuda na única solução entrevista de simplesmente desistir de viver.

Cicely Saunders, a fundadora do moderno hospice, com razão afirma que, quando uma pessoa quer ou pede a morte, alguém ou a

sociedade como um todo, em quase todo caso, falhou em ajudá-la. O sofrimento silenciado em meio aos barulhos ritmados dos respiradores e circuitos eletrônicos dos aparelhos que suprem funções vitais, temporariamente, não é esquecido pelos profissionais que procuram servir com competência e amor, colocando «o coração nas mãos» (Camilo de Lellis).

Iluminadora é a afirmação do dr. A. Helleger, um dos fundadores do Instituto Kennedy de Bioética, de Washington:«...perto do fim da vida, uma pretensa cura significa simplesmente a troca de uma maneira de morrer por outra. Cada vez mais, nossas novas tarefas serão de acrescentar vida aos anos a serem vividos e não acrescentar anos à nossa vida... mais atenção ao doente e menos à cura por si mesma. Nossos doentes precisarão mais de uma mão caridosa do que de um escalpelo prestativo. Não é o momento de pôr de lado esta medicina de atenção, que não exige muita tecnologia... Redescobriremos nossas velhas virtudes judaico-cristãs de atenção aos outros ou pediremos a «morte suave» (eutanásia) dos tecnólogos... Nossos problemas serão cada vez mais éticos e menos técnicos...»

Entramos aqui num terreno melindroso, complexo, de questões profundamente polêmicas e intrincadas, que os mais apressados logo rotulam como sendo questionamentos de mentalidade eutanásia, mas que outros, entre os quais nos incluímos, veem como a preocupação de proporcionar uma morte humana, procurando salvaguardar o «direito de morrer com dignidade e em paz».

Léo Pessini, sacerdote camiliano, capelão do Hospital das Clínicas, da faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo.

Fonte: Boletim ICAPS – setembro 1990 – nº 71

Mensagem no. 5

Grito de Vida

Pe. Léo Pessini, MI

ACREDITO que nascemos para nunca mais morrer, e que morremos para viver plenamente. É a vida humana divinizada pelo mistério pascal.

ACREDITO que nascemos para morrer:

- ao individualismo que não gera fraternidade;

- à onipotência de tudo querer e poder, que escraviza;

- à auto-suficiência que facilmente nega o outro;

- ao "profissionalismo" que nos descompromete com o ser humano que sente, sofre, pensa e também busca um sentido de vida;

- à injustiça que sempre provoca sussurros e gritos de morte.

ACREDITO que vivemos plenamente a vida de ressuscitados, aqui e agora:

- quando não compactuamos com a indiferença perante o outro que caminha a nosso lado;

- quando rejeitamos a insensibilidade frente a um drama de dor;

- quando, mesmo em meio a tantos sinais de morte, apostamos firme na "loteria" da vida;

- quando potencializamos ao máximo a abertura de comunhão nos demais;

- quando começamos a crer e experimentar que o outro não é um rival ou inimigo que nos impede de ser, porque, primeiro, somos amigos e irmãos;

- quando, em nosso trabalho profissional, colocamos sempre

mais "coração" nas "mãos";

- quando, com coragem e risco, não nos deixamos engolir pela rotina e preconceitos que anestesiam diante da novidade que a mesma pessoa é, a cada diferente dia.

ACREDITO que isso é a Páscoa diária. Afirmação e festa do triunfo da vida. Não a celebração de um herói morto no passado, como tantos que cultivamos, mas a presença de Cristo vivente, agora, no qual se decifra para todos nós o sentido e o futuro de nossas vidas.

ACREDITE!

Fonte - Boletim Icaps nº 16 – maio 1985

Mensagem no. 6

Uma reflexão bíblico-teológica sobre o carisma da Ordem

Pe. Calisto Vendrame

Na quarta das suas seis interpelações aos religiosos, depois de "Santo Domingo" in "Convergência" 264 (1993, 326-37), o padre José Comblin diz que, nas assembleias eclesiásticas e religiosas, há sempre duas partes: na primeira se expõe uma visão maravilhosa, afinada com a última palavra dos teólogos. Na segunda, entra a economia, e aí se começa a discutir assuntos concretos e práticos. Nesse momento, toda a teologia desaparece, e o assunto acaba em questões de dinheiro. É uma volta para o chão firme da vida real, pois não há relação entre a teoria e a prática. Naturalmente, ele fala dos religiosos e religiosas em geral; não se refere aos camilianos e muito menos a esta semana, toda ela voltada para a renovação, que quer ser espiritual sem tornar-se desencarnada; e, tratando de problemas concretos, não queremos perder de vista os valores subjacentes que dão sentido ao que fazemos e inspiram todas as nossas decisões.

Foi dentro do horizonte mais vasto das reflexões teológica e pastoral de hoje, quando a hierarquia da igreja se posicionou mais uma vez, em Santo Domingo, frente à realidade quase sempre a mesma da América Latina; quando os superiores gerais, reunidos em Roma, examinam a situação dos religiosos face aos novos apelos da realidade, após 30 anos do Concílio Vaticano II; quando toda a comunidade cristã se prepara para o Sínodo dos Bispos do próximo ano sobre o papel dos religiosos na missão da Igreja, que voltei a ler as páginas da nossa Constituição sobre o carisma e o ministérios camiliano, em preparação a esta nossa semana camiliana.

Digo também sobre o carisma, porque esta primeira parte da Constituição quer ser justamente a reflexão bíblica e teológica da Ordem sobre a nossa missa, que se traduz em ação no ministério.

De fato, o ministério é a realização concreta do carisma, que, por definição, é dado em favor dos outros. A cada dom gratuito corresponde um serviço ou ministério. E sejam os dons, sejam os serviços, estão ordenados à missão. Assim sendo, uma reflexão bíblica e teológica sobe o ministério leva necessariamente a analisar o carisma que está na sua origem, e este nos remete à missão, em unção da qual é concedido e em cujo horizonte manifesta todo seu significado.

O CARISMA

Vamos, portanto, iniciar nosso estudo, recordando brevemente os pontos oferecidos pela nossa Constituição na sua primeira parte, dedicada ao carisma, passando em seguida a situá-lo no grande tema da missão.

O eixo em torno do qual gira a reflexão bíblico-teológica sobre o carisma é o tema do amor.

A fonte do amor é o próprio Deus. Antes, ele mesmo é amor (1Jo 4,8.16). Este amor se encarnou e, ao mesmo tempo, se revelou em Cristo, o filho de Deus e filho do homem. Assumindo a natureza humana, o Verbo de Deus tornou-se presente em todos os homens, de sorte que o amor do próximo no fundo é amor ao próprio Deus, o que feito ao próximo é feito a Deus (art. 2; 3; 4c).

Entre os próximos, os doentes ocupam um lugar de destaque e são objetos de um amor especial por parte do Filho de Deus. Foi justamente por esta atenção toda particular para com eles que o Messias se deu a conhecer. Jesus fez do cuidado pelos doentes parte integrante de sua missão, da missão dos apóstolos e da missão da Igreja: Pregai o Evangelho e curai os doentes (art. 4ab).

O amor de Cristo por nós, que não arredou pé diante do sofrimento e da morte, abriu a todos os que sofrem uma nova esperança: a morte não é a última palavra. O mistério da dor e do sofrimento recebe nova luz da ressurreição (art. 5).

O amor do Pai, revelado em Cristo, é derramado pelo espírito Santo nos corações dos fiéis e os leva a viver do mesmo amor e a colaborar na obra da salvação, em comunhão fraterna, colocando-se a serviço uns dos outros (art. 6).

A Igreja acolheu fielmente este mandato de amar e servir os doentes, nos quais ela reconhece e serve o próprio Cristo. Através dos séculos, ela sempre se fez conhecer por esta peculiar solicitude para com os que sofrem. Isso explica também como, no decorrer da história, sempre surgiram em seu seio pessoas e grupos que mais se distinguiram neste serviço (art. 7).

Entre eles, destaca-se a figura carismática de São Camilo, suscitado por Deus para servir os doentes e ser mestre do serviço aos que sofrem. Por isso, ele criou a Ordem, querida pelo próprio Cristo Crucificado, que a declarou obra sua (art. 8).

A Igreja reconhece oficialmente a Camilo e à Ordem o carisma da misericórdia para com os enfermos, da qual deriva a nossa missão na área da saúde e define a obra do fundador como sendo uma "nova escola da caridade" (art. 9).

Nós, membros da Ordem, somos pessoas que acreditam no amor, e é por isso que, guiados pelo espírito Santo, acolhemos o carisma camiliano, entregando-nos totalmente a Deus, pela consagração religiosa, para viver como Cristo misericordioso a serviço dos doentes (art. 11).

A nossa missão não é individual. Nós a assumimos juntos, reunidos em comunidade, onde cada qual desenvolve sua atividade segundo os dons pessoais, em harmonia fraterna, dentro do dom comum do serviço aos doentes (art. 14).

Também o capítulo sobre o nosso ministério – que por si poderia limitar-se a normas práticas de aplicação do carisma – explicita outros valores evangélicos subjacentes ao nosso engajamento apostólico e acrescenta motivações teológicas. Assim, somos convidados a:

• deixar-nos guiar pelo Espírito Santo;

• tomar consciência de que estamos cooperando na obra de Deus Criador;

• ajudar os doentes a viver em Cristo, a descobrir o sentido da vida, do sofrimento e da morte;

• ser sinais de esperança;

• estabelecer um diálogo inculturado de salvação;

• tornar os doentes conscientes do mistério pascal;

• estar abertos ao ecumenismo;

• optar pelos mais abandonados;

• engajar leigos (e leigas) em nosso ministério;

• assumir, na Igreja, atividades missionárias;

• inserir-nos nas atividades da Igreja universal e local;

• cultivar uma fidelidade dinâmica que implica atualização e inculturação;

• exercer o discernimento comunitário;

• não perder de vista as realidades escatológicas.

Os temas são muitos e ricos. Mais do que uma conferência, necessitaríamos de um curso para analisá-los em profundidade. Por isso, vamos limitar-nos a aprofundar somente alguns tópicos mais ligados com a reflexão teológica atual, que foram postos em evidência também no documento de Santo Domingo, nas reflexões do recente encontro dos Superiores Gerais em vista do pró-

ximo Sínodo dos Bispos e nos estudos e sugestões do encontro dos leigos camilianos em Collevalenza. É uma alegria constatar que o nosso texto constitucional – definido pela santa Sé como "rico de doutrina e espiritualidade" – está abeto a todas essas questões e que, em muitos pontos, se antecipou nas soluções que vêm sendo sugeridas.

A missão

Em primeiro lugar, é indispensável termos uma visão lúcida do nosso ministério específico, que só pode ser entendido dentro do carisma da vida religiosa e da missão da Igreja, que é a mesma missão dos apóstolos, que é a missão do Cristo, que é conduzida pelo Espírito Santo e que tem por fonte o Pai (cf. Lg 1; Ag 2-5). Esta linha trinitária e eclesial da missão é posta em evidência no capítulo sobre o carisma. O nosso ministério é essencialmente evangélico e eclesial. É a missão de Cristo e da Igreja em ação no mundo da saúde.

Ora, esta missão, que se iniciou com a encarnação do Cristo, visa realizar o desígnio do Pai, estabelecendo o reino de Deus na terra: reino do amor, da verdade, da justiça, da liberdade, da fraternidade, da paz, para que os seres humanos possam viver em plenitude de vida na comunhão com Deus, conhecido e amado como Pai e com todos os seus semelhantes, que se reconhecem e se amam como irmãos, colocando-se a serviço uns dos outros. É o reino da paternidade divina e da fraternidade humana. A Igreja é o sinal e o instrumento desta união dos homens com Deus e entre si (Lg 1).

Nós, como "parte viva da Igreja" (art. 1), estamos engajados nesta missão num campo específico, mas muito amplo e de uma importância toda particular, pois foi nesta área da saúde que o Cristo mais exerceu sua atividade e é aqui que está em jogo o que os homens mais apreciam: a vida. Daí ser o nosso ministério essencialmente evangélico e eminentemente humano.

Trabalhar dentro desta missão significa, antes de tudo, revelar a realidade estupenda para a qual o homem foi chamado com o dom da vida e do conhecimento do Deus único e verdadeiro em Cristo. Esta revelação acontece através de atos e palavras: os atos provando a palavra, e as palavras explicando o sentido dos atos. A missão confiada pelo Cristo à Igreja e que nós cumprimos em nosso ministério é de pregar o Evangelho e curar os doentes. Não só pregar o Evangelho e nem só levar saúde ao povo, mas ambas as coisas, que são inseparáveis. Deve ser uma cura que salva e uma palavra que cura: uma e outra revelando a presença amorosa do Pai, fonte de vida, de saúde e paz.

Não se trata, então, propriamente, de fazer triunfar a Igreja institucional, ou a Ordem à qual pertencemos e muito menos a nossa pessoa (por excelente, eminente ou santa que seja), mas tornar conhecido e implantar nos corações o Reino de Deus, que é muito mais amplo que a Igreja. Isso se for interiorizado e se tornar uma convicção profunda de todos os engajados na missão, importará grandes mudanças nas prioridades, nas atitudes, nas opções e serviços da atividade apostólica. O óbvio ululante, que as pessoas e as comunidades são mais importantes que as estruturas e as construções materiais, poderá impor-se também na prática. As pessoas, que se organizam em comunidades tornam-se agentes de transformação. É a missão profética própria dos religiosos e religiosas a de serem elementos de transformação dentro da Igreja e da sociedade. Os camilianos que se definem na Constituição como testemunhas (art. 3) e como ministros do amor do Cristo para com os doentes somos chamados a ser também profetas do amor.

Evangelização inculturada

Santo Domingo, que não primou pela criatividade pastoral, chegou, porém, a uma afirmação realmente inovadora ao assumir o compromisso que denominou, com felicidade, de "evangelização incultu-

rada". Há decênios, se insiste na necessidade da inculturação, e a nossa Constituição não deixou de assinalar no art. 58, como uma decorrência de uma fidelidade de dinâmica ao carisma. Inculturação exige atenção à realidade do tempo e do lugar. É a realidade em que se encontra que nos diz, em nome de Deus, o que é preciso fazer e como se deve agir para ser, realmente, de ajuda nas suas necessidades. Um ministério destacado das suas necessidades e uma mensagem que não se exprime através da sua cultura, não tem efeitos profundos e duradouros.

Dizemos que nossa ação deve atingir diretamente as pessoas na suas comunidades, pois são elas os agentes de transformação das sociedades com suas estruturas. A cultura é um fenômeno comunitário. Cada indivíduo nasce e cresce dentro de uma sociedade, que o marca e molda segundo sua cultura. É o povo que faz a cultura e, por sua vez, é a cultura que faz o povo. Cada povo tem sua cultura, que se forma e se manifesta na sua história, no seu modo peculiar de entrar em contato com a natureza, com o Criador e com os outros; nos seus centros de interesse, seus critérios de julgar, seus modelos de pensamento, suas fontes de inspiração, suas crenças, seu ethos, sua qualidade de vida, sua mentalidade, seu horizonte espiritual, sua alma. Nos valores e contravalores que cultiva e são transmitidos pela consciência comum, através de sua linguagem, seus símbolos, lendas, produção literária e artística, dos seus costumes, instituições e estruturas sociais e mentais.

O Evangelho deve penetrar no centro dinâmico de toda essa realidade complexa que denominamos cultura, de modo a ser assimilado e constituir-se gradualmente em elemento de transformação. Aos poucos, a cultura, sem deixar de ser própria daquele povo, passará a exprimir-se segundo os novos valores. É por esse caminho que se conseguirá pôr fim à matança dos meninos de rua (mesmo porque todos poderão ter uma casa), à destruição do ecossistema, à falta de terra e moradia, ao empobrecimento, ao desemprego, à ignorância, à corrupção, à miséria, que geram escravidão, doença e morte.

Por outro lado, nos centros do mundo da saúde, dá-se o encontro da fé como a ciência e a tecnologia. Devemos estar à altura de levar adiante, decentemente, este diálogo tão canhestramente conduzido por homens de Igreja e teólogos academicistas, capazes de produzir uma teologia quimicamente pura – para gozo intelectual de pessoas sem engajamento e sem sensibilidade pastoral, mas que serve para aumentar o sofrimento de muitos fiéis e alargar o abismo que separa a Igreja do mundo moderno. Num diálogo bem conduzido, as ciências humanas podem purificar a religião de muitas escórias, e a religião seria em grau de apontar aos cultores da ciência a realidade que vai muito além dos limites do conhecimento científico.

OPÇÃO PELOS POBRES

Os documentos de Medellín, Puebla e Santo Domingo ressaltam a opção clara, evangélica, preferencial pelos pobres. É a opção feita por Deus (veja-se Lucas 4,18), observada na atitude de Cristo, que expressa continuamente sua solidariedade para com o pobre sofredor e desvalido.

É preciso, entretanto, distinguir bem entre a pobreza que Deus quer e a que Deus não quer. (cfer. Comblin, sexta interpelação p. 335-6, Sr. Joan Chittister, La vita religiosa nella societá contemporanea: il bisogno do dimensione profética, USG –Sextus Conventus semestralis, "I religiosi nella missione evangelizzatrice dela Chesa", p. 35-44). Faz parte da missão, portanto, combater as causas da pobreza.

No plano da saúde, Alma Ata indica os objetivos a perseguir.

ESPIRITUALIDADE

A base da espiritualidade do camiliano é uma só: viver em Cristo, viver como ele viveu. Mas há diversos modos de viver a espiritualidade cristã.

A cada carisma corresponde uma forma especial de espiritualidade, como duas vertentes da mesma montanha. Deve-se viver o que se prega e pregar o que se vive. Como se afirma no art. 13 da Constituição: Toda nossa vida religiosa deverá ser permeada pela amizade de Deus, para que saibamos ser ministros do amor de Cristo para com os doentes. Deve haver, assim, identificação com o Cristo e servir o Cristo no enfermo (Mt 25; Lc 10).

Dom Luciano Mendes de Almeida desenvolve o sentido desta amizade com o Pai, vivida em modo único por Jesus, mas que pode ser participada também pelos seus discípulos. Os discípulos, aos poucos, foram-se dando conta de que ele, no seu íntimo, vivia um amor diferente de tudo aquilo que eles conheciam e que lhe dava uma plenitude afetiva incomparável. Era pelo Pai que ele se deixava possuir nas horas silenciosas da noite e de manhã cedo, antes da aurora (Mt 1,35: Lc 6,12). No Pai ele encontrava ânimo, coragem e a razão de ser da sua vida (Jo 4,34: 5,30: 6,38). Do amor imenso do Pai nascia nele a compreensão pelos pecadores, a alegria pela revelação feita aos pequeninos e pela beleza dos lírios dos campos. O seu amor encontrava tempo para entreter-se com as crianças (Mt 19,13), preocupava-se, pela pobre mulher encurvada, tinha compaixão pelos leprosos e pelo cego, ia procurar os homens perdidos e as mulheres pecadoras. Ele aparece entre nós como inteiramente esquecido de si mesmo, como o homem-para-os-outros, como dizia Paulo VI. Este amor, esta realização afetiva tão plena, o levaram até à morte, ao dom consciente de si, como prova de seu amor para com o Pai e para conosco (Jo 14,31; 15,13). O que nos causa admiração é que este mistério da vida íntima de Jesus tenha sido comunicado às pessoas humanas. Há pessoas que, à primeira vista, parecem viver sós e, no entanto, possuem um equilíbrio afetivo, uma tranquilidade nas vicissitudes que, pouco a pouco, revelam a presença interior de Alguém. Há homens e mulheres que têm Deus presente em seu íntimo, como Pai estava presente em Jesus. É o mesmo Deus que está vivo nas suas consciências, desde quando se levantam até quanto se deitam. É uma presença de amizade inter-

pessoal, mas tão íntima, e até mais profunda da presença afetiva que resulta da consagração conjugal. Eis o que, na minha opinião constitui o núcLéo da vida religiosa. É uma experiência total de fé em Jesus Cristo, por meio da consagração imediata a Deus de toda a existência (...). Nesta experiência se encontra a fonte do dom gratuito de si mesmo aos outros (cfer. Sfide missionarie aggi e vita religiosa – USG – Sextus Conventus semestralis, maggio 1993, "I religiosi nella missione evangelizzatrice della Chiesa, p. 53-63).

Em comunidade

A missão deve ser levada adiante por pessoas que se sentem inseridas numa comunidade de vida e de apostolado.

Se o Reino de Deus é comunhão, quem não vive em comunhão como pode testemunhá-la?

É na comunidade que se faz o discernimento, livres também de si próprios.

É o que se planeja e decide em comunhão com os irmãos que tem a garantia da continuidade.

Em colaboração com os leigos e leigas, devemos procurar conviver com toda a comunidade hospitalar, lutar pela promoção da mulher, delegar e saber reconhecer a autonomia e responsabilidade dos leigos, preocupar-nos sempre com a formação religiosa e pastoral dos nossos colaboradores.

Calisto Vendrame, sacerdote camiliano, ex-superior geral da Ordem, Doutor em Bíblia.

Fonte: Boletim ICAPS – setembro 1993 –no. 104.

Mensagem Nº 7

A Pastoral da Saúde na Arquidiocese de São Paulo

Pe. Júlio Munaro

Em 1976, a pedido do Cardeal Arcebispo D. Paulo Evaristo Arns e por proposta do então provincial, Pe. Calisto Vendrame, assumi a coordenação da Pastoral da Saúde da Arquidiocese que, na época, contava com 12 milhões de habitantes e, hoje, após o desmembramento de 4 dioceses, conta 7 milhões de habitantes.

A primeira preocupação foi estabelecer os rumos a dar à Pastoral diocesana, pastoral esta sob a orientação do Arcebispo e de seus bispos auxiliares, entrosada com as demais pastorais, inserida no plano de Pastoral da Arquidiocese, conscientes de que a promoção da saúde e o atendimento aos doentes são parte da missão da Igreja e de que todos os batizados, bispos, sacerdotes, religiosos(as) e leigos têm o dever de participar dessa missão. A Pastoral da Saúde não seria propriedade do seu coordenador, com o risco de se tornar um grupo fechado de franco, em conflito com outros segmentos de pastoral.

Graças a esse posicionamento e aos contínuos contatos com o Arcebispo, bispos auxiliares, pároco e demais agentes, a Pastoral da Saúde desenvolveu-se e vem atuando sem maiores divergências, antes, gozando da simpatia e apoio de todos.

A Pastoral da Saúde não deve assumir a responsabilidade própria de outros agentes, sejam párocos, sejam capelães, movimentos ou responsáveis por obras assistenciais, sobretudo de cunho católico. Seu papel é animar, orientar, propor atividades, apoiar, formar agentes e fornecer subsídios. Em virtude da linha assumida, a Pas-

toral da Saúde não precisou criar estrutura à parte, valendo-se dos recursos disponíveis. Assim, introduziram-se nos hospitais o uso e a distribuição dos folhetos da liturgia dominical para os internados e funcionários, folhetos que se renovam a cada semana, seguem a liturgia da Igreja, oferecem em abundância a palavra de Deus, com orações litúrgicas. Também os doentes em domicílio recebem dos visitadores o folheto dominical, sem acréscimo de despesas para a paróquia. Com isso, os doentes não são tratados à parte, mas inseridos na Igreja, integrados na sua caminhada, sobretudo nas grandes solenidades. Os folhetos são usados, sobretudo, na comunhão dos doentes na família e deixados à família para que continue acompanhando espiritualmente o seu doente.

O Rito da Unção dos Enfermos e de sua assistência é o manual que orienta a atividade dos agentes de Pastoral da Saúde.

Os movimentos existentes, como Vicentinos, Legião de Maria, Apostolado da Oração, Carismático etc., foram integrados na Pastoral da Saúde, sem interferir em suas estruturas e métodos. Movimentos especializados, como a Fraternidade Cristã de Doentes, Casas de Acolhidos e apoio a portadores de HIV, Associação de idosos gozam de plena liberdade de organização e de ação, contando sempre com o apoio e a animação da coordenação da Pastoral da Saúde e de toda a Igreja.

Preocupação básica da Pastoral da Saúde da Arquidiocese é que todos os doentes sejam atendidos, sobretudo os doentes em domicílio. Para tanto, foram criadas em todas as paróquias equipes de leigos para visitar os doentes, sob a responsabilidade e supervisão dos párocos, com faculdade para levar a comunhão a quem o desejar. Com isso, pode-se afirmar que, na Arquidiocese, os doentes nunca foram acompanhados tão de perto nas paróquias como nos últimos anos.

Na maioria das paróquias, foi introduzida a missa mensal para os doentes, com rito comunitário do sacramento da penitência e Unção dos Enfermos.

Para melhorar o atendimento dos doentes e envolver maior número de fiéis nessa atividade, foi montado um curso de preparação para agentes de Pastoral da Saúde. O curso é ministrado do primeiro sábado de março ao primeiro de dezembro, com três horas-aula semanais. Para facilitar o acesso dos participantes, o curso é ministrado no centro da cidade, no Convento S. Francisco, que cede gratuitamente o local.

O curso funciona há 21 anos. Começou com 90 participantes e hoje está com 150. Ao terminá-lo, os participantes recebem um diploma assinado pelo arcebispo e a carteira de Ministro dos Doentes, que os habilita a visitar os doentes em domicílio e nos hospitais. Sua missão não é apenas visitar os doentes, mas animar toda a comunidade paroquial para o dever evangélico de dar assistência aos doentes. Insiste-se para que não façam de seu ministério um monopólio. Para facilitar o seu ministério de animação, recebem abundante material, sobretudo livros, entre os quais o Rito da Unção, onde não há médico, a vida de S. Camilo sempre proposto como seu modelo de trabalho etc., comprados e distribuídos graças à pequena mensalidade que os participantes pagam (R$10,00 – dez reais), que inclui o direito de participar do Congresso anual de Pastoral da Saúde, como incentivo a sentir-se parte de um grande grupo.

Dada a escassez de material específico para a Pastoral da Saúde e fiéis ao princípio de envolver toda a Igreja nesta pastoral, as editoras católicas foram incentivadas a interessar-se pelo assunto. A resposta foi pronta e generosa. Hoje, o material disponível é variado e abundante, tanto em traduções quanto em produção local.

Atualmente existe na Arquidiocese outro curso, também administrado pelos camilianos, no Ipiranga. Os agentes formados passam de 2.500.

Cursos rápidos são dados também em paróquias ou grupos de paróquias. Com isso, montam a vários milhares as pessoas que se dedicam à Pastoral da Saúde na Arquidiocese de S.Paulo.

O curso, além de um aprofundamento do sentido evangélico do atendimento do doente, oferece uma visão geral da missão da Igreja,

do sentido dos sacramentos, sobretudo da penitência, da eucaristia e da unção dos enfermos, apresenta a organização da Pastoral na Arquidiocese, da atividade ecumênica, bem como da importância da saúde e da educação para a saúde. Insiste-se em como visitar o doente na família, incentivar a família e os vizinhos a cuidar de seus doentes, como fazer da comunhão ao doente uma celebração com a participação da família e amigos, evitando rotinas desgastantes. A visita ao doente deve transformar-se em ação evangelizadora.

Os agentes de Pastoral da Saúde da Arquidiocese têm um encontro de formação permanente e de animação. A média de participantes é de 800 pessoas.

Também são incentivados a participar de movimentos populares de promoção da saúde, de defesa da vida e dos direitos do doente. Uma das queixas na Arquidiocese é que a Pastoral da Saúde envolve-se pouco em políticas de saúde, o que não deixa de ser verdade. O que observamos, porém, é que para influir nas políticas de saúde requerem-se pessoas preparadas, o que não acontece com os agentes com que trabalha a Pastoral da Saúde da Arquidiocese. Por outro lado, o setor de políticas de saúde vem sendo acompanhado pelas associações de hospitais e, sobretudo, pelas associações de hospitais filantrópicos.

O que mais anima é que a Pastoral da Saúde tornou-se uma realidade atuante na Arquidiocese, perfeitamente integrada na sua organização e reconhecida como parte essencial da missão da Igreja, com ou sem a presença de um coordenador camiliano.

Certamente, a Pastoral da Saúde da Arquidiocese não atingiu o nível de envolvimento da comunidade cristã de Nápoles, como conta Cicatelli no c. 103 na Vida Manuscrita do Pe. Camilo, mas não resta dúvida de que exerceu e continua exercendo influência ampla e profunda, com ressonância em toda a Igreja no Brasil.

Fonte: Camilianos no Brasil - 2000

Pe. Júlio Munaro, Coordenador da Pastoral da Saúde da Arquidiocese de São Paulo

Mensagem Nº 8

Ser Solidário no Calvário - Uma Experiência

José Paulo de Arruda Oliveira

Pai de família, três filhos, um homem comum, mas cristão consciente, José Paulo de Arruda Oliveira é agente da Pastoral da Saúde, atuando há seis anos no Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na capital paulista. A pedido do Boletim ICAPS, José Paulo deu um depoimento, bastante aberto, sobre sua experiência e o trabalho ali realizado pela Pastoral da Saúde. É resultado do que falou, este texto, elaborado pelo Pe. Leocir Pessini, capelão do Hospital das Clínicas.

Os Prontos-Socorros (PS), nos hospitais ou como unidades autônomas, são montados exclusivamente para os atendimentos de emergência e em todas as especialidades médicas quando possível. Os profissionais de sentinela estão sempre prontos para intervir com rapidez, seja sobre um problema simples até um trauma agudo ou acidente.

O PS é um verdadeiro microcosmo do grande macrocosmo da sociedade como um todo, Aí se encontra uma amostra qualificada dos valores e ídolos dominantes na grande arena da vida. À Igreja vai quem quer. Ao hospital, ao PS, vai quem não quer. As pessoas são trazidas porque se trata de algo muito sério, quando não por uma questão da vida ou morte. Elas não escolheram! Se nas nossas comunidades nos relacionamos com pessoas que têm mais ou menos os mesmo valores e estilos de vida que os nossos, no hospital, de modo todo especial no PS, somos desafiados a conviver com o diferente. Diferente em estilo de vida, fé, cultura, raça e cor. Nas grandes metrópoles, pelo próprio comportamento da sociedade

sempre mais consumista, impessoal e injusta, onde os índices de violência chegam a níveis alarmantes, entram no PS pessoas de todas as classes, tipos e condições, em grande número vítimas da violência: baleados (policiais e meliantes), esfaqueados, suicidas, mulheres com hemorragia por prática de aborto, drogados, vítimas de espancamento, de estupro... A lista da clientela dos Prontos-Socorros é enorme.

Poderíamos nos perguntar qual seria a nossa missão em tal situação, já que, na maioria das vezes, a emergência é uma tragédia. Como ser bom samaritano, hoje, junto aos assaltos pelo inesperado da dor, doença e morte. Como ser Cirineu para ajudar a carregar a cruz do próximo no calvário da vida, exatamente quando ela enfrenta o seu grande perigo - o da morte? Sem dúvida, estas são perguntas evangélicas, que exigem respostas concretas na ação.

A tarefa mais urgente de início é estabilizar as condições emocionais do paciente, quando todas as providências médicas estão sendo tomadas, lembrando também que os profissionais sofrem uma pressão emocional alta e nós somos parte destes profissionais, no atendimento multiprofissional. Podemos, a princípio, nos impressionar com o sangue e a pressa/rapidez do pessoal e achar que não temos um lugar para atuar.

O paciente que entra no PS consciente tem medo de tudo: medo de morrer, medo de ficar mutilado, medo da dor, medo de perder os amigos e família, medo do desconhecido e medo de perder a própria paz, por vezes. Está sofrendo uma tensão emocional altíssima, agravada por um quadro de profunda dor e confusão. Nós, como agentes da Pastoral da Saúde, devemos ajudar a pessoa a conviver com esses medos. O importante e urgente neste momento é ser presença, ser solidário, respeitar a dor, o gemido a lágrima, a blasfêmia, e o pedido de ajuda, para chamar pela enfermeira ou uma súplica de oração.

É esta postura solidária que fala de Deus mais do que o uso de

chavões tão tradicionais e comuns em nosso meio, tais como: "É vontade de Deus"... "Deus sabe o que faz"... Não podemos esquecer que o paciente precisa, nesse momento, prioritariamente de um tratamento médico competente, num clima de calma e confiança, junto com o apoio emocional que lhe devolve a segurança de continuar a luta, ou a força para enfrentar o inevitável nos revezes da vida. Acredito que precisamos aprofundar e acreditar mais no valor sacramental do ser presença.

E a família do internado no PS? Geralmente, a família é deixada de lado e sozinha, com pouca ou nenhuma informação. Não há ninguém junto a ela para orientá-la. Se são dadas, costumam ser lacônicas e, quase sempre, em tom de mau humor, quando não contraditórias. A estrutura hospitalar em nosso País ainda não contempla um espaço físico para as pessoas ficarem a sós ou resguardadas da multidão nesta hora tão dramática. Os familiares ficam, assim, nos pátios e corredores, padecendo dos mesmos medos e dores da pessoa doente, sem um ambiente só deles, onde poderiam ficar mais à vontade para conversar ou chorar. Aqui se faz necessário que o agente de Pastoral da Saúde compreenda esta situação cruel e seja o facilitador, o elo de ligação família-paciente-profissionais. Ter em conta que os familiares desesperados, não raro querendo até mesmo brigar com o serviço médico, estão ansiosos por saber tudo e acompanhar de perto o que está acontecendo com seu ente querido, e por vezes são colocados distantes entre si por estruturas hospitalares desumanizantes. Somos, nesse contexto, uma presença profética humanizante e chamados a restaurar o toque humano quando se vê somente a doença e não a pessoa ou então quando a parafernália tecnológica é um fim em si, sem levar em conta a dignidade do ser humano.

Estando a família em trauma, o doente sendo cuidado, abre-se para nós um leque imenso de possibilidade de ação. Poderemos ser intérpretes junto aos familiares do estado dos doentes. Poderemos até saber melhor do acontecido e informar os profissionais, e com

isto ajudar a todos. Surgem sempre oportunidades para se refletir junto aos familiares sobre qual o melhor caminho, qual a melhor maneira de lidar com as dificuldades que virão.

É importante nestes momentos ajudá-los a enfrentar possíveis mal entendidos, pois é natural que os familiares se impressionem com os tratamentos usados. Nunca me esqueço duma ocasião em que um paciente teve uma parada cardíaca e os profissionais rapidamente iniciaram a ressuscitação cardiopulmonar. Uma pessoa da família, vendo toda aquela agressão, imediatamente quis brigar com os médicos, porque, no seu desespero e desconhecimento, achava que estavam batendo no seu pai.

Quantas vezes somos chamados a ser mediadores em discórdias familiares! Esta é a hora da verdade nua e crua, em que relacionamentos congelados na separação pelo desentendimento são descongelados sob o fogo do sofrimento. A ferida aberta precisa do bálsamo do diálogo, do amor, da misericórdia e do perdão. É bom termos sempre presente que somos um sinal vivo da Igreja que continua os gestos proféticos do Cristo junto a quem sofre. Somos chamados a ser presença solidária que comunga a dor da tragédia ou morte, criando laços de união, fraternidade e amor junto aos familiares.

O sofrimento sem amor é profundamente despersonalizante. É bom lembrar que somos parte do exército que, na luta contra o sofrimento, usa como arma o amor. Faz-nos pensar profundamente a afirmação de João Paulo II na Carta Apostólica sobre o sofrimento humano: "O sofrimento existe no mundo para provocar o amor". Continua o Pontífice afirmando que "o amor é também a fonte mais rica do sentido do sofrimento, que, não obstante, permanece sempre um mistério". Poderíamos lembrar aqui a presença firme de Maria junto ao sofrimento de seu filho Jesus no Calvário. Muitos fugiram de medo, até mesmo os discípulos. A mãe vai até o fim. Fica com o filho, mesmo não podendo mudar a sorte dos acontecimentos. Mas deve ter sido bem recon-

fortante para Jesus sentir a presença de sua mãe. Quanto amor no meio de tanta dor!

A situação de esperar em Pronto-Socorro é dramática: esperar pelo melhor e, ao mesmo tempo, temer pelo pior. Que paradoxo! Haja paciência em meio a tudo que nos provoca impaciência e temor! O tempo não passa e, quando passa, deixa marcas visíveis de cansaço e stress físico, emocional e espiritual: um dia parece um mês, um mês parece uma eternidade. Somos chamados a humanizar o tempo também.

É preciso trabalhar em sintonia com os profissionais, principalmente estar por dentro da realidade do quadro clínico do paciente e perceber o nível de consciência da realidade dos fatos por parte dos familiares, bem como saber o que está sendo comunicado para a família. Em muitos casos, precisamos trabalhar esperanças muito irreais e colocar os pés na realidade.

Quando a morte acontece... Bem, isso sempre acontece na hora errada e nunca estamos suficientemente preparados para enfrentar tal realidade. Nesta situação, a família precisa de muito apoio, pois fica atordoada, em estado de choque e, não muito raro, nega que a morte tenha acontecido. Uns se revoltam contra tudo e contra todos e sentem que até Deus está contra. Outros ficam imóveis, como que anestesiados, e procuram uma explicação que não encontram, ou então a encontram culpando profissionais e hospitais, que "não agiram como deveriam ter agido". Enfim, temos tantas reações diferentes, como diferentes são as pessoas.

O que se poderia fazer aqui? É importante que deixemos as pessoas extravasarem e expressarem seus sentimentos sem serem julgadas ou analisadas. Atenção para o sentimento que elas por vezes assumem: "Por que demoramos tanto trazê-lo até aqui?", "Ele se queixou de dores estranhas, na semana passada, e não levamos a sério", "não deveria sair de carro depois de beber com seus amigos"...É importante agirmos com base na verdade dos fatos, sem enfeites, mas com muito amor.

É preciso aguardar o tempo suficiente até que o estado de choque da notícia tenha passado e ajudá-los a decidir sobre os funerais, avisar parentes próximos, verificar se eles têm condições de dirigir o próprio carro ou necessitam chamar um amigo. Não esquecer de trabalhar a dimensão da fé, quando esta é uma realidade importante para quem morreu e quem ficou. Reunir a família ao redor da pessoa falecida e colocar numa perspectiva de fé os fatos que estão sendo vividos. Geralmente convido as pessoas a partilharem os seus sentimentos e afetos com relação à pessoa que partiu, unindo tudo isto em forma de oração. Agradecer pela vida, lembrar os bons momentos e facilitar a dinâmica do "adeus" e luto que inevitavelmente se inicia. Sabemos o quanto difícil é dizermos adeus, até mesmo os "adeuses" provisórios, tais como a partida para uma viagem longa. O que dizer se se trata de um adeus definitivo... Na perspectiva pascal existe muita vida na morte - procuro sempre lembrar. A fé não elimina o sofrimento, mas ajuda a conviver com ele, dando-lhe um sentido.

A dor é uma resposta diante da situação da morte, e cada um se manifesta de maneira totalmente diferente: uns choram alto e gritam, outros se encolhem e gemem, outros desmaiam. Nesse contexto, quase sempre se nota a presença da lágrima! Ela fala da dor e temor intraduzíveis, de um amor impossível de terminar, de um coração partido. A lágrima não é sinal de fraqueza, mas de grandeza do ser, que se revela limpidamente. É algo sagrado que merece acolhida e respeito.

Nossa sensibilidade deve estar aberta para providenciar, quando possível, uma sala ou um lugar sem movimento, onde os familiares possam expressar seus sentimentos sem serem reprimidos, resguardando sua privacidade e evitando que sua dor seja espetáculo para os demais. Uma questão muito importante é a dimensão da fé, como acenamos anteriormente. Lembrar que esta deve emergir naturalmente. Nossos pensamentos, pontos de vista e teologia não devem ser impostos aos outros. Se assim fosse, acredito que esta-

ríamos "manipulando cristamente". Percebo que talvez não seja tanto o momento de se falar em Deus, mas de testemunhá-lo pelo amor, pela paciência, pela disponibilidade, pela fraternidade.

Concluindo, gostaria de dizer que o Pronto-Socorro não é prioritariamente o lugar para se doutrinar, mas para se testemunhar a solidariedade na dor, sofrimento e perda. A solidariedade não tem partido, com status ou credo, é a linguagem que fala por si e é compreendida por todos os crentes. Para mim ela está no coração do Evangelho. Como membro da Pastoral da Saúde, sendo Igreja, o desafio que vejo é sermos um sinal profético desta Igreja que caminha com os que mais sofrem: junto aos pobres doentes sem voz, procuramos ser sua voz, lutamos pela humanização nos Prontos-Socorros, verdadeiros calvários do século XX, onde o Cristo é imolado diariamente e onde também queremos profissionais dignos e capazes, que levem em conta a pessoa humana na sua globalidade.

Fonte – Boletim ICAPS – jan. e fev 1987 nº33

Mensagem Nº 9

Cidadania e Saúde

Christian de Paul de Barchifontaine

Em 1988, na Constituição promulgada para o nosso país, o Brasil se definiu como um Estado democrático de Direito. Isto quer dizer que, entre outras coisas, na administração de tudo que é público só pode ser feito o que está definido e previsto na lei. Ou seja, o presidente, o governador, o prefeito, o ministro, ou os secretários devem administrar todas as áreas, inclusive a saúde, fazendo o que está de acordo com a lei. Está definido na lei, tem que ser cumprido!

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para melhorar a saúde do povo e significa uma conquista dos movimentos que se organizaram e lutaram durante mais de dez anos para que isso acontecesse. O que está na Constituição e nas Leis da Saúde é, portanto, vitória da sociedade unida e organizada que lutou por seus direitos. Agora, é a mesma sociedade que deve fazer cumprir o que está definido na lei.

Pela lei, saúde é direito de cada cidadão e é dever do Estado prover esta saúde. E já é bem sabido que para, gozar de uma boa saúde, é necessário ter uma boa qualidade de vida, com moradia, alimentação, água tratada, esgoto, transporte, educação, trabalho e lazer garantidos, além dos serviços de saúde como hospitais, postos e prontos-socorros. Ter boa saúde não quer dizer, apenas, não estar doente, mas sim, que se tem as condições para se viver uma vida digna. Assim, lutar pela saúde é mais do que lutar por mais postos e centros de saúde, hospitais, profissionais de saúde, laboratórios, vacinas e medicamentos, é lutar pela própria vida, e vida em plenitude e abundância.

Mas vale desfazer algumas confusões comuns. A primeira é sobre o que é público. Público é o que é de todos, público é o que é do povo. É comum, no Brasil, considerar o que é público como aquilo que é de ninguém, ou ainda aquilo que é o governo. Outra confusão muito comum é sobre o que

é gratuito. É comum ouvirmos dizer: "Vai naquele posto de saúde porque é tudo de graça..." ou ainda, "Não se paga nada para estudar naquela escola...". Não existem serviços de saúde ou escolas gratuitos, "de graça", existem, sim, serviços de saúde pagos com o dinheiro público (dinheiro do povo, de todos). Esse dinheiro é o que é arrecadado através dos impostos e dos descontos para a seguridade social do nosso salário. E é este dinheiro que dá origem aos orçamentos públicos do Distrito Federal, Estados, Municípios e União. Finalmente, outra confusão comum é achar que é o governo que tem dinheiro, escola, hospital ou posto de saúde. Se não existe dinheiro do governo, mas sim, dinheiro público, dinheiro do povo, dinheiro de todos que o governo administra, então, é com o dinheiro do povo que o governo constrói e faz funcionar hospitais, postos, creches, escolas etc.

Portanto é nenhum favor o atendimento em hospitais ou postos de saúde ou as aulas que a professora dá na escola pública. Todos esses serviços, desde a construção dos prédios até os salários dos funcionários e o material que se usa para trabalhar e atender o público, são mantidos com o dinheiro do próprio povo.

Somente quando cada cidadão aprender que o que é público é do povo, o governo federal, estadual ou municipal vai parar de agir como se fosse ele o dono do dinheiro público e não o povo.

O SUS foi construído tendo claro que o que é público é do povo, e que se deve prestar conta do que se faz com o dinheiro público aplicado na área da saúde, porque ele é do povo. E considera também que os cidadãos têm o direito de participar das decisões e da gestão na área da saúde, pois elas afetam diretamente a sua vida e devem colaborar para melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde da população. Eis o papel dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

Procure na sua cidade quem faz parte do Conselho Municipal de Saúde e como você pode participar e saber o que se decide!

Prof. Dr. Pe. Christian de Paul de Barchifontaine, Reitor
do Centro Universitário São Camilo-SP

Mensagem Nº 10

Diagnóstico: Por que o povo não tem saúde? Alguns elementos

Christian de Paul de Barchifontaine

1. Por que o povo não tem saúde?

Numa sociedade que tem como valores a produção, o lucro, a concorrência desleal, a concentração e a dependência, não há lugar para uma prática social fraterna e solidária; só existe a exploração como forma de acumulação. Essa sociedade oferece pouca possibilidade e oportunidade de escolha para decidir onde viver, que alimento comer, onde trabalhar, que notícias ver e ouvir, que tratamento escolher etc. Todo esse contexto favorece uma injustiça social alarmante, tendo como consequência a deterioração da saúde, principalmente em relação aos pobres que são duas vezes desgraçados, porque além de morrer das doenças dos pobres (fome, desnutrição, verminose, diarreia...) morrem também das doenças dos ricos (cardiovasculares, stress, câncer...). Para entender melhor, podemos reunir em quatro grupos as causas que fazem com que o povo brasileiro esteja sem saúde. Vejamos.

1.1. Causas ligadas às condições naturais de vida e suas variações como o clima, a água, a qualidade da terra. Quando se fala de qualidade de vida, o primeiro requisito enunciado é a proteção do meio ambiente. Como uma das características da ideologia vigente é a propriedade privada, assistimos à apropriação dos bens públicos (onda de privatizações), inclusive ambientais. A origem primeira de tudo o que é bem é o próprio ato de Deus que criou a terra e o homem, e ao homem deu a terra para que a domine com seu trabalho e goze dos seus frutos. Deus deu a terra a todo o gênero humano, para que ela sustente todos os seus membros sem excluir nem privilegiar ninguém.

1.2. Causas ligadas aos determinantes estruturais (sociopolíticos e econômicos) da produção de bens materiais (a comida, a mercadoria, o dinheiro). A selvajaria do sistema reside no grau da exploração da força do trabalho. Os baixíssimos salários pagos aos trabalhadores exigem, para garantia de sobrevivência, o prolongamento da jornada de trabalho e a aceitação de condições de trabalho perigosas e insalubres, bem como a entrada precoce das crianças em atividades produtivas. O resultado da superexploração da força de trabalho conduziu ao quadro de salário extremamente crítico: trata-se da mais perversa combinação de doenças da miséria (desnutrição, infeções) com as chamadas doenças do desenvolvimento (acidentes de trabalho, de trânsito, doenças ocupacionais, violência, intoxicações), atingindo especialmente as camadas oprimidas da sociedade. Hoje, precisamos acrescentar a recessão que provoca mais desemprego e uma classe social chamada "massa sobrante". O mais interessante é que a própria sociedade culpa os indivíduos por estarem nessas situações.

1.3. Causas ligadas às condições sociais de vida (a moradia, a higiene, o vestuário e, principalmente, a alimentação). A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) definiu a SAÚDE como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

As duas primeiras causas impedem a grande maioria da população de ter saúde e inviabilizam o cumprimento dessa definição. Além das três causas já acenadas, a quarta complica ainda mais a situação.

1.4. Causas ligadas a outras condições de vida diretamente associadas aos recursos e serviços de cura (atendimento médico e acesso a medicamentos). A medicalização da vida efetiva-se cada vez mais no hospital, do parto aos últimos instantes na UTI, sem refletir bastante sobre as causas e implicações deste fenômeno

que desestruturou o relacionamento tradicional do doente no seu meio familiar. Para quem puder entrar num hospital, o progresso e desenvolvimento científico e tecnológico investigam de maneira cada vez mais sofisticada, obrigando as pessoas a permanecerem no hospital e fazendo do seu corpo uma máquina. Muitos hospitais transformaram-se em oficinas mecânicas e os profissionais da saúde em mecânicos especializados ou não. O sistema de saúde em nosso país reforça a tese de que ele não é organizado com a preocupação de ajudar o povo, mas aqueles que vivem às custas do sistema: indústrias de equipamento, hospitais particulares, empresas farmacêuticas e de seguro médico, empresários médicos... A preocupação é o lucro. Nessas condições, não é difícil imaginar a dificuldade da maioria da população em ter acesso aos serviços médico-hospitalares (direito consagrado na Constituição, artigo 196) e comprar remédios. Todos conhecem o drama das filas, sem contar as pessoas que morrem sem a mínima assistência.

Mensagem Nº 11

Que a saúde se difunda sobre a terra (cf. Eclo, 38,8)

Pe. Alexandre Andrade Martins

No dia 22 de fevereiro, na quarta-feira de Cinzas, inicia-se o tempo quaresmal em preparação à celebração do Mistério da paixão, morte e ressurreição de Cristo na Semana Santa. Como já é tradição aqui no Brasil desde 1964, a Igreja Católica convida todos os católicos e a sociedade brasileira a refletir sobre um tema de relevância, a fim de motivar ações por melhorias para o nosso país e a vida do seu povo. Quaresma é um tempo propício à reflexão e à revisão de vida, a fim de retomar o caminho da fraternidade, para aqueles que se afastaram dele, ou de ganhar forças para viver mais profundamente a caridade evangélica no serviço solidário aos irmãos mais necessitados. Sendo assim, não há dúvidas de que é um tempo de, a partir de uma meditação pessoal e comunitária, buscar um maior comprometimento com ações em determinadas áreas ainda deficientes em nossa realidade. A Campanha da Fraternidade (CF) é um dos instrumentos que nos ajudam nesse compromisso de viver o Evangelho, inseridos na sociedade, pois nos motivam a olhar para a realidade e seus problemas, para, a partir do ensino da Palavra de Deus, agir na história em prol de uma sociedade mais justa e fraterna.



Todos os anos, a CF apresenta um tema central para a sociedade refletir. Algo urgente para o nosso povo, algo que clama por um profundo estudo e ações em prol da justiça. O tema desse

ano é sobre Saúde Pública, aspecto importantíssimo para o nosso país, mas que, apesar das conquistas das últimas décadas, clama por uma revisão e por ações em vista da sua melhoria. Contudo, o avanço da Saúde Pública no Brasil não depende apenas das autoridades políticas, é necessário o comprometimento de todo brasileiro, do mais simples ao mais douto, na luta por um sistema de saúde mais amplo, equitativo e com qualidade. O nosso sistema público de saúde é o Sistema Único de Saúde – SUS, cujos princípios são a universalidade, a integridade e a equidade, uma conquista popular, por meio de ações da sociedade civil organizada, como os movimentos populares e as pastorais sociais da Igreja, e para ele avançar e melhorar os seus serviços, a sociedade precisa ser atuante como foi no passado, não deixar as decisões apenas para as autoridades, mas se fazer presente em tudo, por meios de ações organizadas e instâncias legítimas de participação como os Conselhos e Conferências de Saúde.

Assistidos pelo Espírito Santo, o Povo de Deus e os cidadãos de bem são convidados, na Quaresma, a iniciar uma reflexão sobre a Saúde Pública no Brasil e, bem fundamentados, agir em prol de um SUS com mais qualidade para todos. Para isso, a CNBB publicou um livro que busca ajudar nessa reflexão e oferecer sugestões para agir, tudo feito à luz do ensino libertador da Palavra de Deus. Conhecido como Texto-base, esse livro, com linguagem simples, traz elementos para conhecermos a realidade da saúde no Brasil, depois apresenta uma reflexão sobre essa realidade a partir do ensinamento bíblico e do magistério da Igreja e, por fim, apresenta sugestões para a melhoria do sistema público de saúde e de ações a serem realizadas pelas comunidades em prol desse sistema, por meio do controle social. Vejamos agora um pouco sobre o Texto-base, a partir do seu objetivo geral.

Inicialmente, lembramos que veremos aqui apenas uma brevíssima síntese, o que não dispensa, em hipótese alguma, a leitura e meditação do texto de forma pessoal e comunitária.

Já no objetivo geral do CF 2012, cujo tema, vale lembrar, é Fra-

ternidade e Saúde Pública, e o lema Que a Saúde se difunda sobre a terra (cf. Eclo. 8, 38), encontramos três elementos almejados por essa CF para, de fato, termos um país com uma população mais saudável e fraterna. É interessante percebermos que essa tríade não está solta, como se voasse em um espaço sem referência de decolagem e pouso; ela tem uma base sólida, que é o ponto de partida para viver, de fato, a CF, e alcançar seu objetivo. O objetivo geral é:

Refletir sobre a realidade da saúde no Brasil em vista de uma vida saudável, suscitando o espírito fraterno e comunitário das pessoas, na atenção aos enfermos e mobilizar por melhoria no sistema público de saúde.

A tríade desse objetivo é: "vida saudável", "atenção aos enfermos" e "melhorias no sistema público de saúde". Para trabalharmos em prol de uma população mais saudável, é necessário, em primeiro lugar, um comprometimento pessoal com a própria saúde. Assumir um estilo de vida saudável, isto é, adotar para si práticas e hábitos saudáveis de vida, sem os quais nunca conseguiremos ter uma boa qualidade de vida. O texto-base mostra, no decorrer das suas páginas, que a maioria das doenças tem como causa primeira o estilo de vida das pessoas e que, mesmo patologias decorrentes de uma propensão genética, como algumas cardiopatias, mais de 50% ainda dependem dos hábitos da pessoa. Viver bem é viver com saúde, mas para isso precisamos cuidar dela e conscientizar os outros a, quando for preciso, fazer o mesmo. Contudo, mesmo com todos adotando um estilo de vida saudável, ainda teremos pessoas enfermas (obviamente em muito menor número), pois a doença em alguns casos é inevitável e o sofrimento humano faz parte da sua natureza. Todos sofrem, e a enfermidade revela profunda e indiscriminadamente a fraqueza humana, que clama por ajuda e solidariedade. Aqui vem o segundo elemento dessa tríade: a atenção fraterna às pessoas que estão enfermas e sofrem na sua condição de fragilidade.

A CF almeja que o espírito de amor e fraternidade seja suscitado

entre todos, um espírito que é atento ao sofrimento dos enfermos e, por meio da solidariedade, gratuitamente, coloca-se ao seu lado para servir nas suas necessidades, que vão além das fisiobiológicas. Aqui vem a importância do acompanhamento pastoral, da escuta e atenção ao enfermo e de todos, especialmente seus familiares, que sofrem ao verem seu ente querido em um leito de dor. Preocupado com isso, o texto-base apresenta vários elementos para iluminar essa realidade de dor e sofrimento, a partir do ensino de Jesus Cristo, que também passou por essa experiência dos dois lados: sentiu na própria pele a fragilidade da natureza humana e foi solidário com todos os doentes e sofredores do seu tempo.

O terceiro elemento da tríade é a "mobilização por melhorias no sistema público de saúde". Ele vem por último, pois está na origem para que os outros possam acontecer como deveriam e não apenas para cobrir uma lacuna que um sistema ruim de saúde deixa. Um sistema público de saúde tal como o nosso não tem (ou não poderia ter) um foco exclusivo na doença e sua cura, isto é, ser um sistema curativo de saúde, mas é um sistema integral de saúde, que promove ações de prevenção e promoção de saúde, tendo a chamada atenção básica voltada para isso, e que atende as pessoas enfermas nas suas necessidades. Como diz a Constituição Federal no seu artigo 196: "ações e serviços para sua promoção (da saúde), proteção e recuperação". Todos devem se mobilizar de forma organizada por melhorias no SUS, para que ele tenha mais ações na atenção básica e difunda cada vez mais a mentalidade e a importância de assumir um estilo de vida saudável; para que ele amplie e melhore o atendimento às pessoas que o procuram, sobretudo aquelas já em situação de enfermidade, proporcionando um atendimento de qualidade, humanizado e digno. Todavia, para isso acontecer de fato ou para continuar avançando (pois muitas conquistas são realidade e o texto-base apresenta isso) e superar as deficiências, a sociedade civil precisa se mexer e agir de forma organizada no controle social. Essa tríade presente no objetivo geral não acontecerá se não estiver em cima de uma base sólida. Tal base é a reflexão "sobre a realidade da saúde no Brasil". Para ter um país mais

saudável e com um comprometimento pessoal, comunitário e político com a saúde, é preciso conhecer a nossa realidade em todos os sentidos, direta e indiretamente ligados à questão da saúde. O Brasil é um país muito grande, com diferentes realidades e muitas peculiaridades em suas regiões. Precisamos saber concretamente o que vai bem no SUS e o que vai mal, suas principais deficiências e problemas que atrapalham seu funcionamento, levando milhares de pessoas a não terem atendimento e milhões a não serem bem atendidas. Precisamos saber onde se clama por mais ações, qual é a situação real da saúde no Brasil e o que podemos fazer para melhorar. Também é necessário conhecer o SUS, seus princípios, estrutura e organização, para sabermos onde podemos estar presentes para exercer o controle social de forma legítima e eficaz. Enfim, conhecer a realidade da saúde no Brasil e seu sistema público de saúde é fundamental para essa CF dar bons frutos. O texto-base traz elementos precisos que nos ajudam a conhecer bem tal realidade, contudo não é completo, pois o mundo é dinâmico e muda a cada dia, o que exige sempre mais conhecimento e atualização.

Dissertamos sobre o texto-base apenas a partir do objetivo geral da CF 2012 e deu para perceber a riqueza que esse texto tem. Não deixem de estudar o texto-base, pois ele é o ponto de partida para termos elementos suficientes para produzir bons frutos com essa CF. Por fim, concluímos dizendo que, para nós, discípulos missionários de Jesus Cristo, é fundamental a intimidade com o Pai para tudo que a CF propõe tornar realidade; uma intimidade que nos coloca na escuta do Filho, responsável por nos apresentar o caminho da caridade libertadora, e nos deixa sensíveis à ação do Espírito, que nos conduz a construir, na história, o Reino de Deus, apresentado por Jesus Cristo.

Pe Alexandre é diretor do ICAPS e ajudou na construção do Texto-base da CF 2012.

Boletim Icaps – jan. e fev 2012 – nº 304

Mensagem nº 12

Duas sensibilidades defrontam-se com o sofrimento

Pe. Hubert Lepargneur

Diversos problemas acerca da manutenção da vida vieram a lume por causa de técnicas desconhecidas anteriormente; toda cautela é pouca ao aplicarem-se soluções ou princípios concebidos para outros contextos. Como nossa cultura nem sempre se satisfaz com respostas caídas de cima e desprovidas de suficiente evidência, não há de admirar se algumas interrogações voltem a público, por vezes mediante processo legal e imprensa.

Tal é o caso do acidente da jovem Nancy Cruzan, 25 anos, ocorrido em janeiro de 1983, no Estado do Missouri. Seu carro derrapou sobre o gelo e os socorros que lhes foram administrados em seguida não conseguiram superar sua inconsciência vegetativa. O custo de sua alimentação e sobrevivência artificial monta a US$ 130 mil por ano, pagos pelo Estado. Os médicos não acham possível sua volta à consciência e é provável uma continuação de seu quadro clínico por cerca de 30 anos mais.

Essa situação não é rara e chega frequentemente a um embate entre médicos e clínica, de um lado, que optam pelo prosseguimento indefinido e remunerado da sobrevivência artificial, e os familiares e amigos, do outro lado, que (sobretudo, mas não exclusivamente, se têm de participar da cobertura da fatura) acham preferível interromper um processo que não beneficia a vítima nem a família. A justiça então é encarregada de decidir: o juiz, ao utilizar seus códigos, consulta também sua consciência. Este é o contexto em que nós nos situamos.

Direito de viver, direito de morrer em paz: como superar as costumeiras retóricas para equilibrar a balança com toda equidade? Com que critérios? Ao raciocinar com todo rigor mediante os princípios ao nosso dispor e enfocando apenas o destino da vítima principal, temos de ad-

mitir que ela é pessoa até morrer e que a morte se declara apenas com uma comprovação da inatividade cerebral que, nestes casos, não é obtida antes de penosa demora. Apenas nos Estados Unidos, estima-se em umas 10 mil pessoas os doentes que não morrem nem saem desse estado vegetativo. A quem usa ideologicamente esta situação perguntamos se é preferível a situação da União Soviética, única nação em que a idade média e a esperança de vida não cessaram de regredir nos últimos anos.

Aos cruzados que militam contra o progresso técnico perguntamos se renunciam para eles mesmos a todo e qualquer esforço da medicina e cirurgia para outorgar-lhes alguns anos a mais, levando em conta que este progresso permite a milhões de idosos gozar de uma saúde outrora reservada aos mais jovens. Restam outras perguntas válidas. Qual o interesse dum prolongamento obstinado de tratamento, quando se perdeu quase toda esperança fundada de qualquer melhoria? A quem beneficia? É socialmente justo investir nisto muito dinheiro que poderia salvar outras pessoas? Aos cruzados incansáveis que aqui evocam a «eutanásia social» perguntamos: qual o país capaz de evitar drásticas opções na alocação de suas verbas de saúde? Estamos falando no plano da realidade, não do discurso demagógico. A norma de prosseguir «custe o que custar» consubstancia uma ética e um direito suficientemente abrangentes na vivência humana da população em geral, ou exprime uma atitude cuja miopia aparece à luz do progresso técnico recente?

Quem decide por quem, quando se sai da situação normal em que cada adulto decide por si mesmo? Se se deseja presumir a resposta do principal interessado, se tivesse condição de se pronunciar, sem dúvida é a família que (fora situações conflituais raras, mas não inéditas, que exigem vigilância) deve ser ouvida em prioridade, em virtude de sua empatia presumivelmente enraizada. Cabe mencionar aqui intuição de Pascal: «O coração tem razões que a própria razão desconhece». A lei impessoal tem a missão de proteger a vida contra toda investida ou ameaça indevida, mas esta norma impessoal não incide necessariamente com o cume da equidade.

Os juízes da Suprema Corte do Missouri não se convenceram

de que Nancy teria preferido morrer a vegetar, ou que os canais de entretenimento da vida teriam Constituído um inconveniente abusivamente constrangedor. Os pais de Nancy pensavam o contrário.

Em 1983, a comissão presidêncial! de bioética admitiu o princípio da suplência familiar ao paciente inapto à expressão. Em 1976, a Corte Suprema de New Jersey já tinha permitido aos pais de Karen Ann Quinlan que fosse tirado o respirador da filha.

Daniel Callahan, diretor do Hasting Center de reflexão bioética, opina no sentido dos pais: «Uma coisa é a santidade da vida, com suas raízes religiosas; outra é o imperativo tecnológico de fazer todo o possível para salvar a vida. Juntas, são como uma locomotiva correndo a cem milhas por hora». Juntando duas locomotivas TGV, os franceses chegaram a beirar os 500 quilômetros por hora em estradas de ferro (recorde até hoje).

Apesar de pedirmos mais racionalidade na elaboração ética em geral, recusamos reduzir a bioética à lógica deontológica (deôntica); concordamos com George Anmas, da Universidade de Boston: «O imperativo tecnológico oblitera totalmente a pessoa. Age como se a pessoa não existisse, como se não tivesse personalidade" (Times de 11/12/1989).

Tirar a alimentação parenteral é ainda mais problemático que retirar o respirador artificial ou qualquer outro aparelho pesado. Entretanto, muitos moralistas concordam com a American Medical Association, para admitir que a alimentação parenteral ou a hidratação incomum constituem um tratamento médico que pode ser interrompido em caso de pacientes terminais ou irresistíveis.

Não existe unanimidade neste ponto. Contudo, ninguém pode evitar que a ambulância chegue cinco minutos cedo demais ou cinco minutos tarde demais, o que alguns chamam de destino. Pior seria a bioética chegar sempre com o atraso de uma problemática.

Boletim Icaps – agosto 1990 – nº 70



Capítulo 15

Bioética e Valores Cristãos

Os Camilianos e a Pastoral da Saúde

Léo Pessini

"Particularmente significativo é o despertar da reflexão ética acerca da vida: a aparição e o desenvolvimento cada vez maior da bioética favoreceram a reflexão e o diálogo – entre crentes e não crentes, como também entre crentes de diversas religiões – sobre problemas éticos, mesmo fundamentais, que dizem respeito à vida do homem".

Evangelium Vitae, n. 27

Introdução

1) Nas raízes da bioética

A histórica publicação do livro *Bioethics: bridge to the future (Bioética: ponte para o futuro)* por Van Rensselaer Potter (Madison, Wisconsin, EUA) em 1970, e a criação do Instituto Kennedy de Ética na Universidade Georgetown (Washington, DC) em 1971, por André Hellegers, com o apoio de Sargent Shriver e da família Kennedy, são os fatos que marcam oficialmente o "nascimento" do conceito e das iniciativas institucionais de bioética.

Pesquisa realizada pelo estudioso pioneiro da bioética nos EUA, Warren Reich, editor-chefe das duas primeiras edições da Enciclopédia de Bioética, identifica Potter, Hellegers e Shriver como "pais" da bioética, falando de um duplo local de nascimento (Madison e Washington, DC). A bioética, no seu nascedouro, é definida pela *Enciclopédia de bioética* (1978) como sendo "o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, enquanto esta conduta é examinada à luz de valores e princípios morais"

Recentes pesquisas no âmbito da bioética nos trazem uma grande novidade em relação às suas origens. Somos levados a recuar no tempo e na história e encontrar, em 1927, na Alemanha, em Halle an der Saale, Fritz Jahr. Pastor protestante, filósofo

e educador, publicou, no influente periódico científico alemão Kosmos, um artigo intitulado "Bio-ethics: A review of the ethical relationships of humans to animais and plants" ("Bioética: uma revisão do relacionamento ético dos humanos em relação aos animais e plantas").

Nesse artigo, Jahr propôs um "imperativo bioético", ampliando o imperativo moral de Kant ("age de tal modo que consideres a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa dos outros, sempre como fim e nunca como simples meio") para todas as formas de vida. "Respeite todo ser vivo como princípio e fim em si mesmo e trate-o, se possível, enquanto tal" é o imperativo bioético de Jahr. Seu conceito de bioética é mais amplo do que o dos pioneiros norte-americanos, incluindo, essencialmente, todas as formas de vida.

Jahr, ao refletir sobre o crescente progresso da fisiologia de seu tempo e os desafios morais relacionados com o desenvolvimento das sociedades sempre mais seculares e pluralistas, redefine as obrigações morais em relação a todas as formas de vida, humanas e não-humanas, criando um conceito de bioética como uma disciplina acadêmica, princípio e virtude. Embora Jahr não tivesse exercido uma influência histórica, como era de esperar, pois viveu em tempos turbulentos, tanto política quanto moralmente, sua visão e seus argumentos éticos, de que uma nova ciência e tecnologia exigem uma nova reflexão (e solução) ético-filosófica são uma contribuição esclarecedora para a terminologia, incluindo o entendimento das dimensões "geoéticas" da bioética.

O conceito de bioética não foi pronta e facilmente aceito na Alemanha. Era considerado por demais controverso ("produto americano"). Somente a partir de 1986 é que o termo foi oficialmente introduzido e passou a ser utilizado com mais frequência. É justamente um compatriota de Jahr, o bioeticista alemão Hans-Martin Sass, que há anos trabalha no Instituto Kennedy de Ética, em Washington, DC, que resgata do silêncio da história a figura de Fritz Jahr, bem como seu arrojado e avançado conceito de bioética,

cuja visão está no centro de todos os debates bioéticos no início de século XXI.

2) A questão antropológica de fundo

Vivemos num momento histórico de fundamentalismos e relativismos em alta, nas várias áreas do conhecimento humano. A reflexão bioética não ocorre alheia a este contexto maior que a condiciona. Uma das causas que faz com que o fundamentalismo cresça na área bioética é o não trabalhar e consequentemente negligenciar a questão antropológica, "quem é o ser humano". Esta é a pedra fundamental sobre a qual se fundamentam todo e qualquer paradigma bioético, no seu conteúdo e teoria.

A questão antropológica, *"quem é o homem?"* é a pedra fundamental sobre a qual se fundamenta qualquer paradigma bioético, quer seja na sua concepção teórica bem como conteúdo. É a pergunta que não podemos mais ignorar. A resposta que damos a esta questão dá forma às diferentes normas, princípios, valores ou intuições que identificam o ser humano no discurso da bioética.

Se não sabemos *quem e o que significa* o ser humano, como podemos julgar se as forças prodigiosas da ciência biomédica ameaçam ou aprimoram nossa humanidade? Temos hoje inúmeras teorias antropológicas e o encontro (sendo a reconciliação ainda um ideal inatingível) destas múltiplas fontes de pensamento sobre o ser humano é crucial para nós hoje. Temos antropologias de cunho científico, filosófico e teológico que não se conhecem e muito menos dialogam entre si. A crescente multiplicidade das ciências que estudam o ser humano, trouxe mais confusão e obscuridade, que elucidação de nosso conceito de ser humano. Neste sentido, já em 1953, há mais de meio século, Heidegger afirmava que "*nenhuma época acumulou conhecimentos tão numerosos e tão diversos sobre o homem como a nossa. Nenhuma época conseguiu apresentar seu saber acerca do homem sob uma forma que nos afete tanto. Nenhuma época conseguiu tornar*

esse saber tão facilmente acessível. Mas também nenhuma outra época soube menos o que é o homem".

Sempre existe uma ideia ou imagem do ser humano no centro dos discursos bioéticos de hoje, relacionados com aborto, eutanásia, suicídio assistido, decisões de final de vida, eutanásia, distanásia, pesquisa com células-tronco, clonagem, engenharia genética e assim por diante. A lista das questões vai aumentar muito mais e com ela a necessidade de confrontarmos diretamente "o que nós entendemos por ser humano".

Hoje somos desafiados a confrontar estas questões complexas. O iluminismo simplesmente as deixou de lado e nos deixou somente com a razão autônoma. Os filósofos idealistas, então, deixaram a realidade externa para estudar os construtos mentais e consciência. Sob a influência da psicologia e psicanálise, os pós-modernistas completaram a demolição ao minar os argumentos da razão para conhecer a realidade externa ou verdade moral. "*O homem agora enfrenta o desafio mais complexo na história de sua humanidade, equipado somente com sua humanidade subjetiva autônoma*" (Lars Reuter).

Estas dificuldades não absolvem a bioética de ter negligenciado a questão antropológica. No mínimo, existe uma obrigação de tentar colocar juntas as ciências que abordam o ser humano, com a filosofia e teologia, visando encontrar um consenso mínimo que guiem nossa compreensão, bem como o processo de tomada de decisão e ilumine o processo de elaboração de normas e diretrizes bioéticas no contexto societário, que protejam a vida humana, sempre mais vulnerabilizada na fronteira da tecnociência e do conhecimento humano.

Temos como desafio tentar colocar juntas as ciências que lidam com o ser humano, elaborando um mapa das antropologias relevantes para a bioética. De modo geral, podemos distinguir as antropologias em *teocêntricas e antropocêntricas*. As antropologias teocêntricas ou transcendentais (o ser humano como um ser espiritual) incluem

as principais religiões da humanidade. Hoje, nos ambientes acadêmicos científicos, predominam as chamadas antropocêntricas seculares. Temos aqui pelo menos três categorias de respostas à questão antropológica. 1) a *visão positivista-empírica*,cuja imagem e ideia do ser humano é o que é observável e testável pelos métodos das ciências naturais (homem máquina); 2) *a visão psicológica-behaviorista*, que enfatiza a subjetividade humana, isto é, uma combinação de sentimentos, preferências, intuições e experiência emocional (homem como um ser de sentimentos e emoções); 3) *a visão filosófica* (homem como ser pensante) que privilegia a razão humana para captar a realidade da vida moral e deduzir o bem para o ser humano.

O diálogo e o respeito pelas diferenças entre estas diferentes antropologias é a condição *sine qua non* para não cairmos em fundamentalismos, seja de ordem teológica, filosófica ou científica. Toda antropologia, no fundo, assume algum aspecto essencial da existência humana. A diferença em cada visão é sua contribuição para o melhor entendimento do todo. Embora possamos até ser céticos em conseguirmos um conceito integral/holístico de nossa humanidade, precisamos chegar a algum acordo sobre o que é comum em nossa humanidade e o que devemos salvaguardar em termos de normas e valores morais na convivência humana.

3) Bioética ou bioéticas?

Estamos, hoje, diante de múltiplos paradigmas de bioética. Temos, por exemplo, o modelo principialista, o liberal-utilitarista, o das virtudes, o do cuidado, o personalista, só para lembrar os mais conhecidos. É um pluralismo que evidencia visões antropológico-filosóficas diferentes. Em razão do atual desenvolvimento desse novo campo do conhecimento humano, cabe perguntar: qual desses paradigmas vai ao encontro dos valores cristãos e, mais ainda, católicos?

Para responder a esse desafio, foi fundada, em 10 de junho de 2003, na Itália, a FIBIP (Federação Internacional de Centros e Ins-

titutos de Bioética de Inspiração Personalista). A iniciativa partiu do Centro de Bioética da Universidade Católica do Sagrado Coração, de Roma, sob a liderança do monsenhor Elio Sgreccia, vice-presidente da Pontifícia Academia para a Vida, e foi motivada pela existência, nos centros de bioética católicos, de correntes filosóficas opostas, e até antagônicas, em relação a temas como aborto, reprodução humana, eutanásia, engenharia genética, utilização de embriões para pesquisa, entre outras questões. No momento de sua fundação, a Federação já contou com o apoio e a filiação de 47 representantes de centros de bioética existentes nos vários cantos do mundo.

Logo em seguida, entre 9 de julho e 3 de agosto, foi realizado, em Toronto (Canadá), um encontro internacional — do qual tive a oportunidade de participar —, reunindo um número expressivo de representantes de centros de bioética católicos de todo o mundo. O tema do evento foi "Globalização e cultura da vida: desafios e perspectivas", mas, além de refletir sobre ele, o encontro teve como finalidade aprofundar a proposta da FIBIP de unir o trabalho dos diversos centros de bioética.

Na ocasião, monsenhor Elio Sgreccia explicitou as razões da criação da Federação, sublinhando, basicamente, três necessidades: coordenar os esforços no campo da pesquisa bioética; definir modelos educacionais de bioética; e informar a opinião pública sobre o tema, pois o campo da bioética está se tornando mais vasto e complexo e os centros têm poucos recursos humanos e financeiros para acompanhar essas mudanças. A inspiração antropológico-filosófica da Federação é de cunho personalista, com abertura à dimensão transcendente da vida humana, cuja sacralidade deve ser respeitada, e reafirma a defesa da dignidade humana desde a concepção até a morte natural.

A FIBIP não se apresenta como confessional — embora tenha orientação cristã e católica —, mas marca claramente uma posição diante de outras iniciativas laicas e seculares de bioética, existentes em âmbitos mundial e regional. Aliás, ela também está aberta para participantes de outras religiões e tradições culturais não-cristãs.

Confiamos que o diálogo, o respeito e a tolerância diante da diversidade e da diferença serão sempre os ingredientes necessários para anunciar as razões de nossa esperança.

4) O paradigma da bioética personalista

Após quase quarenta anos do surgimento do neologismo *bioethics* com Van Rensselaer Potter, em 1970, nos EUA, a bioética, entendida como um movimento de sensibilidade ética de proteção da vida e saúde humanas, evoluiu muito e precisa progredir muito mais, pois os desafios cresceram assustadoramente. Como pensamento ético, a bioética desdobrou-se em várias linhas ou modelos de reflexão filosófica. Entre outros modelos, podemos lembrar o autonomista, o libertário, o feminista, o liberal, o utilitarista, o de proteção, o do cuidado e o personalista.

Estamos diante de um pluralismo de visões de valores éticos e, mais do que falar de uma bioética, no singular, de cunho global e universal, válida para toda a humanidade, estamos falando de "bioéticas", no plural. Levando em conta os valores culturais, podemos falar de bioéticas de cunho latino-americano, anglo-americano, africano, europeu e asiático.

Uma linha de reflexão bioética que se vem fortalecendo é a chamada bioética personalista, que já conta com sua FIBIP (Federação Internacional de Centros e Institutos de Bioética de Inspiração Personalista) e já organizou quatro congressos internacionais. O último foi realizado na Espanha, em Córdoba (27-28 de outubro de 2006), e abordou a questão da dignidade da pessoa humana e do bem comum.

Destacamos alguns pontos importantes das conclusões desse evento:

Ao se fazer uma leitura da realidade, constata-se que: a humanidade foi progredindo, com dificuldades e contradições, na capacidade de reconhecer e respeitar a dignidade humana. Superamos em boa parte a escravidão e o racismo. Cresce em todo o mundo a rejeição à pena de morte, à tortura e à guerra. Aumenta a sensibi-

lidade em relação à proteção das crianças, à igualdade de todos os seres humanos, à proteção do meio ambiente etc.

Na nossa cultura parece cada vez mais difícil saber o que é o bem e mais árduo comprometer-se para que este seja comum. O relativismo moral que trata de impor-se e a atual incerteza sobre os fundamentos da dignidade humana obscurecem a compreensão do bem verdadeiramente humano. O individualismo e o hedonismo encerram-se cada um em seus próprios interesses, dificultando a busca generosa dos interesses comuns.

Algumas tarefas urgentes da bioética personalista são apontadas, entre as quais está a defesa do conceito de dignidade humana. O conceito da dignidade humana foi o centro inspirador da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948). Foi também central em muitas constituições nacionais e continua sendo, pelo menos na teoria, o centro inspirador de leis, resoluções e declarações em todo o mundo.

O documento conclui dizendo que a pessoa humana é digna de respeito absoluto, pelo mero fato de ser Pessoa, ou seja, pelo fato de ser um membro da família humana. A dignidade da pessoa não se atribui, se reconhece; não se outorga, se respeita. Está escrita no interior de todo ser humano: não depende de seu estado de desenvolvimento, de sua saúde, de suas qualidades e capacidades, nem sequer de seus comportamentos. Todo ser humano, em qualquer estado e condição, é uma unidade indecifrável de corpo e espírito, aberto ao horizonte do infinito, capaz de interrogar-se sobre o sentido último de sua existência, de transcender a si mesmo e até de abrir-se ao ser infinitamente transcendente de Deus". Está lançado o desafio de sermos defensores do conceito de que a dignidade da pessoa "não se atribui, se reconhece; não se outorga, se respeita".

5) Bioética na seu futuro: alguns desafios para a realidade latino-americana

O modelo de análise teórica (paradigma) principialista iniciado

com o Relatório Belmont e implementado por Beauchamp e Childress é uma linguagem entre outras linguagens éticas. Não é a única exclusiva. A experiência ética pode ser expressa em diferentes linguagens, paradigmas ou modelos teóricos, tais como o das virtudes e excelência, o casuístico, o contratual; o liberal autonomista, o do cuidado, o antropológico humanista, o de libertação, só para lembrar alguns. Obviamente que a convivência com esse pluralismo de modelos teóricos exige diálogo respeitoso pelas diferenças em que a tolerância é um dado imprescindível. Todos esses modelos ou linguagens estão intrinsecamente interrelacionados, mas cada um em si é incompleto e limitado. Um modelo pode lidar bem com um determinado aspecto da vida moral, mas ao mesmo tempo não com os outros. Não podemos considerá-los como sendo exclusivos, mas complementares. As dimensões morais da experiência humana não podem ser capturadas numa única abordagem. Isso não surpreende, pois a amplidão e a riqueza da profundidade da experiência humana sempre estão além do alcance de qualquer sistema filosófico ou teológico. É esta humildade da sabedoria que nos deixará livres do vírus dos "ismos" que são ideologias, isto é, verdades parciais que tomam uma particularidade de uma realidade como sendo o todo!

Os problemas bioéticos mais importantes para a América Latina e o Caribe são aqueles que se relacionam com a justiça, equidade e alocação de recursos na área da saúde. Em amplos setores da população ainda não chegou a alta tecnologia médica e muito menos o tão almejado processo de emancipação dos doentes. Ainda impera via beneficência o paternalismo. Ao princípio da autonomia, tão importante na perspectiva anglo-americana, precisamos justapor o princípio da justiça, equidade e solidariedade.

A bioética elaborada no mundo desenvolvido (USA e Europa) na maioria das vezes ignorou as questões básicas que milhões de excluídos enfrentam neste continente e enfocou questões que, para eles, são marginais ou que simplesmente não existem. Por exemplo, fala-se muito de morrer com dignidade no mundo desenvolvido.

Aqui somos impelidos a proclamar a dignidade humana que garante primeiramente um viver com dignidade e não simplesmente uma sobrevivência aviltante, antes que um morrer digno. Entre nós, a morte é precoce e injusta, ceifa milhares de vidas desde a infância, enquanto que no primeiro mundo se morre depois de se ter vivido muito e desfrutado a vida com elegância até na velhice. Um sobreviver sofrido garantiria a dignidade no adeus à vida?

Característica típica de toda a região da América Latina e Caribe é a profunda religiosidade cristã católica, que hoje sofre um profundo impacto com seitas fundamentalistas via mídia eletrônica. O processo de secularização atingiu a burguesia culta, porém não a grande massa do povo. A moral dessa sociedade continua a ser fundamentalmente confessional, religiosa. Esta sociedade não conheceu o pluralismo característico da cultura norte-americana. Nasce aqui, sem dúvida, um desafio de diálogo, bioética-teologia, entre esta bioética secular, civil, pluralista, autônoma e racional com este universo religioso.

Edmund D. Pellegrino (EUA), um dos notáveis pioneiros da Bioética, levanta três questões que a bioética terá de enfrentar no futuro. A primeira questão é como resolver a diversidade de opiniões sobre ***o que é bioética e qual é o seu campo***! A segunda questão é ***como relacionar os vários modelos de ética e bioética***, uns com os outros. A terceira questão é justamente ***o lugar da religião e a bioética teológica nos debates públicos*** sobre aborto, eutanásia, cuidado gerenciado (*managed care*) e assim por diante. Até agora, a bioética religiosa ficou na penumbra da bioética filosófica. No momento, não existe uma metodologia para lidar com a crescente polarização que convicções autênticas trazem para os debates. De alguma forma, devemos ser capazes de viver e trabalhar juntos, mesmo quando nossas convicções filosóficas e religiosas a respeito do certo e do errado estejam frequentemente em conflito e, por vezes,até incomensuráveis.

Uma bioética pensada em nível "macro" (sociedade) precisa ser proposta como alternativa à tradição anglo-americana de uma bioé-

tica elaborada em nível "micro" (solução de casos clínicos). A bioética sumarizada num "bios" de alta tecnologia e num "ethos" individualista (privacidade, autonomia, consentimento informado) precisa ser complementada na América Latina por um "bios" humanista e um "ethos" comunitário (solidariedade, equidade, o outro).

Uma questão-chave a ser enfrentada é a ***justiça na saúde e nos cuidados de saúde***. Maior esforço de pesquisa no sentido de construção da teoria bioética é necessário junto com esta questão. Maior fundamentação antropológica se faz urgente. A bioética não pode se transformar simplesmente em uma espécie de "capelão na corte real da ciência", perdendo seu papel crítico em relação ao progresso técnico-científico.

O desafio de desenvolver um horizonte maior de sentido, uma mística para a bioética

Pode até parecer sugerir que a bioética necessite de uma mística. A bioética necessita de um horizonte de sentido, não importa o quanto estreito ou amplo seja, para desenvolver suas reflexões e propostas. Ao mesmo tempo, não podemos fazer bioética sem optar no mundo das relações humanas. Isto, em si mesmo, é uma indicação da necessidade de alguma forma de mística, ou de um conjunto de significados fundamentais que aceitamos e a partir dos quais cultivamos nossos idealismos, fazemos nossas opções e organizamos nossas práticas.

Não é fácil definir em poucas palavras uma mística libertadora para a bioética. Ela necessariamente incluiria a convicção da transcendência da vida, que rejeita a noção de doença, sofrimento e morte como absolutos intoleráveis. Incluiria a percepção dos outros como parceiros capazes de viver a vida em solidariedade e compreendê-la e aceitá-la como um dom. Esta mística seria, sem dúvida, testemunha no sentido de não deixar os interesses individuais egoístas se sobreporem e calarem a voz dos outros (excluídos) e esconderem suas necessidades. Esta mística proclamaria frente

a todas as conquistas das ciências da vida e do cuidado da saúde que o imperativo técnico-científico, "posso fazer", passa obrigatoriamente pelo discernimento de outro imperativo ético, "logo devo fazer?" Ainda mais, encorajaria as pessoas, grupos dos mais diferentes contextos sociopolítico-econômico-culturais, a unir-se na empreitada de garantir vida digna para todos, na construção de um paradigma econômico e técnico-científico, que aceita ser guiado pelas exigências da solidariedade humana.

Dos fundamentalismos e imperialismos "livrai-nos Senhor"! É preciso cultivar uma sabedoria que desafie profeticamente o imperialismo ético, daqueles que usam a força para impor aos outros, como única verdade, sua verdade moral particular, bem como o fundamentalismo ético daqueles que recusam entrar num diálogo aberto e sincero com os outros, num contexto sempre mais secular e pluralista. Quem sabe, a intuição pioneira de V.R. Potter (1971) ao cunhar a bioética como sendo uma ponte para o futuro da humanidade, necessita ser retrabalhada neste início de novo milênio, também como uma ponte de diálogo multi e transcultural, entre os diferentes povos e culturas, em que possamos recuperar nossa tradição humanista, o sentido e respeito pela transcendência da vida na sua magnitude máxima (cósmico-ecológica) e desfrutá-la como dom e conquista de forma digna e solidária.

Por estas razões, diz Pelegrino, "a bioética no século XXI tende a confiar somente em critérios relativistas, pragmáticos e utilitários da verdade moral. A autoridade moral é frequentemente vestida na filosofia do liberalismo político, com suas ênfases em preferências pessoais, a impossibilidade de normas universalizáveis de qualquer tipo e a união da lei com a ética. Estamos frente a um apelo de instrumentalização da bioética, pois esta promete um controle sobre a natureza que gostaríamos de ter. Esta perspectiva também alimenta a arrogância tecnológica tão necessária para sustentar a ideologia do progresso perpétuo. No final, alguém poderia questionar o quanto de ética genuína sobrou na bioética contemporânea?" (p.258).

Esta perspectiva de pensamento, não deixa de ser uma profunda provocação e questionamento a todos desde os agentes de pastoral, pastores até os que se dedicam à reflexão bioética. Que antropologia embasa a visão e convicção de nosso modelo de bioética? Temos, como um enorme desafio, refletir e aprofundar a elaboração de um modelo bioético que seja promotor de inclusão e não de exclusão e que possa garantir a promoção e defesa da vida humana, principalmente da mais vulnerabilizada, enfim, um futuro digno para toda a humanidade.

Bibliografia

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. **Principles of Biomedical Ethics** (Princípios de Ética Biomédica), já em 6ª. Edição. Esta obra foi publicada em português, a partir da 4ª. Edição original, por Edições Loyola, São Paulo, 2002.

CELY GALINDO, G. **Bioética Global: Homenaje a Van Rensselaer Potter**. Bogotá, Editorial Pontifícia Universidad Javeriana - Instituto de Bioética, 2007

PELLEGRINO, Edmund D. "**Toward a Richer Bioethics: A conclusion"**, in: TAYLOR, Carol R. & DALL´ORO ROBERTO (editors). Heath Human Flourishing: Religion, Medicine and Moral Phylosophy. Washington D.C., Geogertown University Press, 2006, P. 247-269.

PELLEGRINO, Edmund D. **"Evangelium Vitae, Euthanasia, and Physician Assisted Suicide: John Paul II's Dialogue with the Culture and Ethics of Contemporary Medicine"**, in: WILDES Kevin Wm., MITCHELL, Alan C. (Edited by). Choosing Life: a dilogue on Evangelium Vitae, Washington, D.C., Georgetown University Press, 1997, p. 236-251.

PELLEGRINO, E.E. **"Toward a Richer Bioethics: a Conclusion, in: TAYLOR, Carol R.& DALL ORO R. (Ed.) Health Human Flourishing: Religion, Medicine and Moral Philosophy**. Washington D.C: Georgetown University Press, 2006, p. 247-269.

PESSINI, Léo. **Bioética: das origens a alguns desafios contemporâneos**, in: REB – Revista Eclesiástica Brasileira, Fasc. 264 – outubro – 2006, p.842-880.

_____. **Qual antropologia como fundamento da defesa da vida?**, in: Vida Pastoral, março-abril 2008, ano 49, n. 259, p. 10-17.

_____. **Bioética: um grito por dignidade de viver**. 3. ed. , São Paulo: Edições Loyola, 2008.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. (Orgs.). **Bioética na Ibero-América: história e Perspectivas**. São Paulo: Centro Universitário Edições Loyola, 2007.

_____(Orgs.).**Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade**. São Paulo: Paulinas, 2008.

_____**Problemas atuais de bioética.** 7ª. edição revista e ampliada. São Paulo: Edições Loyola/Centro Universitário São Camilo, 2007.

POTTER, V.R. **Bioethics bridge to the future**. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, EUA, 1971.

SGRECCIA, Elio. "**Personalism in Bioethics: The Proposal for a Confederation"** in: CAMPION, B.'WALSH, L. (Edited by), **Globalization and the Culture of Life: Care of the Frail Elderly and the Dying**. Prodeedings of the Canadian Catholic Bioethics Institute – 2003 International Colloquium, Canadian Catholic Bioethics Institute, Toronto, 2005, p. 120-127.

THOMASMA, David C., PELLEGRINO Edmund D. **The Future of Bioethics in: Cambridge Quarterly of Health Care Ethics**, 1997, nº 6, p. 373-375.

WIKLER, Daniel, **"Bioethics and social responsibility"** in: Bioethics, vol. 11, n. 3/4, 1997, p. 185-186.

Olhando para o futuro:

alguns desafios

Precisamos nutrir a "utopia", ou seja, construir em meio a este contexto social injusto e desigual, em que a doença e a pobreza falam mais alto do que o bem saúde, um horizonte de significado (o conceito evangélico de "Reino de Deus"). Em nossas terras, o SUS (Sistema Único de Saúde) tem que funcionar muito bem e devemos colaborar nesta direção. Esta é uma grande utopia a ser concretizada. Este horizonte deve ser o guia para todas as nossas ações, escolhas, investimentos, buscas e pesquisas, pensamentos e sonhos nessa área, em busca do "Reino da Saúde". É preciso ousar profeticamente para a implementação de políticas sociais orientadas pelos referenciais éticos de justiça, equidade e solidariedade. Nosso grande objetivo é *construir uma sociedade justa e igualitária* que, permanentemente, estimule uma solidariedade coletiva voltada para a proteção do bem para todos sem preconceitos de qualquer tipo seja de origem, raça, gênero, cor, religião, idade e nacionalidade.

Mudança no conceito de saúde: de "*caridade*" para "*direito*". Hoje em dia, esse direito está sendo *transformado num "negócio",* num mercado livre sem coração! A necessidade de empoderamento dos pobres em termos de reivindicação (cidadania) e para fazer algo concreto e forçar o direito básico à saúde que é garantido por constituições de muitos países (Controle Social do Estado pela sociedade civil), mas ainda é um *"direito teórico e meramente virtual"* na maioria dos países da América Latina e na região do Caribe. Em teoria, tudo é perfeito! Mas tudo é perfeito em retórica legal, já que, na realidade, as coisas são injustas. A mudança que todos esperamos e estamos buscando não vem de cima para baixo, mas a partir da conscientização e educação para a cidadania e controle social.

Aqui o papel da pastoral da saúde é vital! Ela tem que fazer diferença pela sua presença e ser "o sal e a luz" neste contexto

marcado pela escuridão de doença e mortes evitáveis. Além de cuidar dos doentes *(dimensão samaritana)* deve trabalhar para mudar estruturas político - sociais desiguais *(dimensão político institucional)*. Outro desafio é o de preservar a identidade cristã das Instituições de saúde que são mantidas pela Igreja e Congregações religiosas cujo carisma as coloca no mundo da saúde a serviço dos pobres e doentes. Além disso, zelar pelos valores humanos e cristãos na formação dos futuros profissionais da área da saúde.

Na visão cristã, a saúde é vista como um *"dom que Deus"* confiou à responsabilidade humana. Esta responsabilidade se traduz no cuidado da própria saúde e na saúde dos mais vulneráveis, com competência tecnocientífica e humano ética. Este cuidado competente é um imperativo ético que se traduz, na prática, numa prioridade de ação para os discípulos missionários no mundo da saúde. O que foi prioritário para Jesus há de ser também para os seus seguidores. A ação de Jesus, sua proximidade e solidariedade com os pobres e doentes, os liberta de toda espécie de sofrimento e enfermidade, devolvendo à pessoa a sua saúde integral. Teologicamente podemos dizer que o ser humano neste início de século XXI, ao buscar saúde está diante de uma busca nostálgica e às vezes inconsciente de salvação!

Neste âmbito da saúde, faz-se necessário desenvolver a chamada bioética dos " 4 Ps": *promoção* da saúde; *prevenção* de doenças; *proteção* dos vulneráveis presas fáceis de manipulação e *precaução* frente ao desenvolvimento biotecnológico; proteção da população frente a possíveis riscos de danos moralmente inaceitáveis, quer sejam uma ameaça à saúde ou à vida humana, ameaças de danos graves e irreversíveis, injustos com as gerações presentes e futuras. A responsabilidade pública pela saúde nos move a agir e a refletir que, quanto mais uma sociedade se funda nos valores da justiça, equidade e solidariedade entre os seres humanos, menos deve aceitar as injustas, evitáveis e mutáveis desigualdades sociais, principalmente no âmbito da saúde. É mais do que hora de garantir a todos os brasileiros "o acesso universal, integral e equânime" aos cuidados necessários de saúde!