



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
FACULDADE DE TEOLOGIA
Instituto Universitário de Ciências Religiosas

MESTRADO EM CIÊNCIAS RELIGIOSAS
Especialização: Ética Teológica

FRANCISCO MARIA DOS SANTOS HENRIQUES

**Para Uma Capelania Hospitalar de Comunhão
e Presença**

Relatório Final
sob orientação de:
Professor Doutor Jerónimo dos Santos Trigo
Mestre Fernando Almeida Leite Sampaio

Lisboa
2013

À memória de meu pai e à minha mãe

À Custódia e ao João

ÍNDICE

Introdução	8
1. Lugar de Estágio	9
1.1. O Hospital de Santa Maria	9
1.1.1. Um Pouco de História	9
1.1.2. Uma Realidade Complexa	10
1.1.3. Actividade Assistencial	11
1.1.4. Um Hospital Universitário	12
1.2. Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa	13
1.2.1. Valores do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa.....	14
1.2.2. Objectivos do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa	15
1.2.3. Direitos dos utentes	18
1.2.4. Organização e Funcionamento do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa - Capelania	19
2. Pastoral da Saúde e Capelania	20
2.1. Pastoral da Saúde	20
2.1.1. Introdução.....	20
2.1.2. A Pastoral da Saúde é muito mais que a Pastoral dos doentes.....	20
2.2. Capelania Hospitalar Católica	24
2.2.1. Ministério de Comunhão	24
2.2.2. Comunidade Sanante	26

2.2.3. Sacramento de Presença	30
3. O Estágio	33
3.1. Objectivos	33
3.2. Expectativas	33
3.3. O Acompanhamento Espiritual de Doentes	34
3.3.1. Um Acompanhamento Personalizado	34
3.3.2. Breve Compreensão dos Conceitos	37
3.4. Trabalho Desenvolvido	41
3.5. Outras Actividades Desenvolvidas	42
3.5.1. Comissões de Ética	42
3.5.2. Visitas a Paróquias	44
3.5.3. Saúde mental: visita às Casas de Saúde do Telhal e da Idanha.....	48
3.5.4. Visita à Capelania do Hospital de S. João.....	51
3.5.5. Conclusão das visitas de estudo.....	53
Conclusão Geral	55
Bibliografia	62
Estudos	62
Documentos Electrónicos	65
Leis	65
ANEXOS	66
ANEXO 1	67
Comissão de Ética	68

Encontro de Relação de Ajuda.....	75
ANEXO 2	85
Visita ao Centro Social Paroquial São Vicente de Paulo dos Bairros da Serafina e da Liberdade do Patriarcado de Lisboa	86
Visita à Paróquia do Campo Grande do Patriarcado de Lisboa.....	96
Visita ao Centro de Alojamento Temporário de Évora (CATE) da Arquidiocese de Évora.....	103
Visita à Casa de Saúde do Telhal do Instituto São João de Deus	107
Visita à Casa de Saúde da Idanha Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.....	116
Visita à Capelania do Hospital de São João na cidade do Porto.....	123

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Jerónimo Trigo, pela disponibilidade e apoio dado na orientação deste trabalho.

Ao Mestre Fernando Sampaio, grande amigo, pela sua disponibilidade, apoio dado ao longo do estágio e na elaboração deste trabalho, e pelo incentivo para a sua concretização.

Ao Prof. Doutor José Nuno Silva, capelão do Hospital de S. João, pela simpatia em me receber na Capelania do Hospital e pela bibliografia facultada.

À Custódia e ao João pelo incentivo, compreensão e apoio dado para a concretização deste trabalho

À Capelania do Hospital de Santa Maria pela oportunidade que me foi dada.

Aos doentes que acompanhei, o que me ensinaram e me permitiram aprender na prática.

ABREVIATURAS E SIGLAS

- ATL – Actividades de Tempos Livres
- CATE – Centro de Alojamento Temporário de Évora
- CATL – Centro de Actividades de Tempos Livres
- CE – Comissão de Ética
- CEE – Comissão Episcopal Espanhola
- CEI – Comissão Episcopal Italiana
- CES – Comissão de Ética para a Saúde
- Cf L – Exortação Apostólica *Christifideles Laici*
- CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte
- CPH – Conselho Pastoral Hospitalar
- EE – Exortação Apostólica *Ecclesia in Europa*
- ENCC – European Network of Health Care Chaplaincy (Rede Europeia de Capelarias de Saúde)
- EPE – Empresa Pública do Estado
- HPV – Hospital Pulido Valente
- HSM – Hospital de Santa Maria
- LG – Constituição Dogmática *Lumen Gentium*
- PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
- RF – Sinodo Strordinario a vent’anni dal Concílio, Relazione finale
- RPA – Relação Pastoral de Ajuda
- SAER – Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa
- SNS – Serviço Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

A Igreja teve desde sempre uma preocupação de solicitude pelos doentes. Hoje, uma das suas formas de concretização é a Assistência Espiritual e Religiosa hospitalar. Esta é geralmente assegurada por sacerdotes que visitam os doentes e lhe proporcionam a celebração dos sacramentos.

Face às necessidades espirituais dos doentes, que não se reduzem exclusivamente à assistência religiosa, mas que se expressam também na necessidade de presença e acompanhamento, os capelães não são suficientes. É necessário a ajuda de leigos preparados para que a Igreja desempenhe o seu dever de solicitude pelos doentes com a qualidade que o tempo presente e as instituições públicas exigem.

Ao iniciar o Curso de Mestrado em Ética, Espiritualidade e Saúde, o que me motivou de um modo especial foi aplicar na prática as teorias aprendidas na parte curricular em alguns dos módulos, sobretudo a “relação pastoral de ajuda ao doente e seus familiares”, o que veio a acontecer. Em virtude de ser cooperador voluntário na Capelania do Hospital de Santa Maria, sentia a necessidade de aprender algo mais, ou seja, como acolher e acompanhar a pessoa doente e seus familiares.

Este relatório vai ser desenvolvido em três etapas: no primeiro ponto, falar-se-á do lugar de estágio caracterizando o Hospital de Santa Maria e depois o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa; no segundo, abordar-se-á os conceitos teóricos: a Pastoral da Saúde e Capelania Hospitalar Católica; no terceiro, será analisado o Estágio em si mesmo e o trabalho realizado no decurso deste. Em anexo, colocar-se-á todos os relatórios das visitas realizadas ao longo do Estágio.

1. LUGAR DE ESTÁGIO

1.1. O HOSPITAL DE SANTA MARIA

O estágio foi realizado no Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa (SAER) do Hospital de Santa Maria (HSM). Este hospital universitário, em conjunto com o Hospital Pulido Valente (HPV), constituem desde 1 de Março de 2008 o Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE (CHLN), cuja criação foi publicada pelo Decreto-Lei nº 23/2008 de 8 de Fevereiro de 2008¹.

1.1.1. Um Pouco de História

A história do Hospital de Santa Maria remonta a 1934, aquando da aprovação do decreto-lei relativo à criação da comissão administrativa dos novos edifícios universitários, presidida pelo Professor Francisco Gentil. O projecto do Hospital Escolar de Lisboa foi concebido em 1938, pelo arquitecto alemão Hermann Distel, sendo a sua construção iniciada em 1940, no Campo Grande, ficando a obra concluída em 1953. A inauguração solene do hospital deu-se em 27 de Abril de 1953, e em Outubro do mesmo ano deu-se a abertura do novo ano lectivo da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa já nas novas instalações do hospital².

¹ Cf. Decreto-lei nº 23/2008 de 8 de Fevereiro, in *Diário da República, 1ª série* nº 28 de 8 de Fevereiro de 2008, pp.946-947.

² Nota Histórica do Hospital de Santa Maria, in <http://www.hsm.min-saude.pt/hsmmintra/tabid/1569>, acedido 27 Maio de 2009.

1.1.2. Uma Realidade Complexa

O Hospital de Santa Maria é um hospital universitário, com o maior volume assistencial na Região de Lisboa e Vale do Tejo, quer em urgência, quer em actividade programada, sendo referência para muitos doentes com patologias complexas ou raras.

No perímetro do HSM, que apresenta uma área de 22,4 ha, situam-se as instalações da Faculdade de Medicina de Lisboa, do Instituto Molecular e da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O HSM insere-se na Unidade Setentrional da Sub-Região de Saúde de Lisboa, prestando cuidados directos a cerca de quatrocentos mil habitantes, correspondentes às áreas dos centros de saúde de Alvalade, Benfica, Loures, Lumiar, Odivelas e Pontinha. No entanto, as suas características de fim de linha para a referenciação diferenciada alargam a sua influência aos níveis regional e nacional.

O HSM foi concebido e planeado de acordo com o modelo próprio do segundo quartel do século XX, de dedicação do hospital aos cuidados de saúde predominantemente em regime de internamento, com a consequente dificuldade de adaptação funcional à introdução progressiva do ambulatório hospitalar e ao peso cada vez mais significativo da interdisciplinaridade.

O HSM é um hospital universitário e, como tal, um lugar onde se faz investigação de excelência. É um hospital complexo com múltiplas valências e vários departamentos³: cirurgia; medicina; obstetrícia, ginecologia e medicina reprodutiva, neurociências, criança e família, psicologia, otorrinolaringologia, tórax e urgências, não

³ O Hospital de Santa Maria, in http://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital_de_Santa_Maria, acedido a 5 Dezembro 2012.

esquecendo o departamento de meios complementares de diagnóstico, farmacêuticos, anestesia, serviços gerais, manutenção, etc.

1.1.3. Actividade Assistencial

O Hospital de Santa Maria é um dos maiores hospitais de Portugal e possui uma área total de construção de 120.000 m², é composto por onze pisos, dispendo de um total de cerca de 1340 camas para internamento, uma taxa de ocupação de 82,9%, e uma demora média de 8,2 dias. No ano de 2011 foram tratados neste hospital 49.482 doentes, em internamento⁴.

A actividade assistencial do HSM é significativamente condicionada pelo sobredimensionamento do atendimento no serviço de urgência (uma média diária de 956 doentes em 2011), de doentes da área de influência directa e de referenciação regional, nacional e dos PALOP.

Em 31 de Dezembro de 2011, a instituição contava com um total de 6.738 efectivos.

Em 2011 o HSM realizou a seguinte actividade diária⁵.

Média diária	Actividade diária
7	Partos
54	Cirurgia Ambulatório
126	Intervenções Cirúrgicas
385	Sessões de Hospital de Dia

⁴ RELATÓRIO DE CONTAS CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, in [http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/Relatório de Contas CHLN 2011 \(6Jun\).pdf](http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/Relatório de Contas CHLN 2011 (6Jun).pdf), acedido a 6 Dezembro 2012.

⁵ *Ibidem*

Média diária	Actividade diária
955	Episódios de Urgência
138	Doentes tratados
2966	Consulta Externa
4312	Roupa tratada (kg)
5136	Refeições
7042	Resíduos tratados (kg)
996	Horas de Limpeza

A actividade assistencial do HSM abrange áreas funcionais do Internamento, de consulta externa, da urgência, de actividade cirúrgica do hospital de dia, dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, que são reportadas através dos indicadores clássicos, na globalidade e por departamento, serviço ou especialidade.

1.1.4. Um Hospital Universitário

O HSM, enquanto hospital universitário, inclui na sua missão a investigação clínica, pretende, utilizando os valiosos recursos humanos de que dispõe, desenvolver e profissionalizar a investigação clínica que nele se realiza, para cumprimento integral da sua missão e satisfação das expectativas dos doentes e profissionais. Esta actividade de investigação, com a sua envolvente económica, tem evidenciado nos anos recentes, um acréscimo muito importante que é revelador do reconhecimento pelos promotores, da importância do HSM e da qualidade dos seus investigadores.

O HSM tem relações privilegiadas com as Faculdades de Medicina de Lisboa e de Ciências Médicas de Lisboa; tendo carácter universitário desde a sua fundação, mantém uma ligação íntima e interactuante com a Faculdade de Medicina de Lisboa, o

que explica a multiplicidade de unidades de pesquisa e a grande diversidade de projectos de investigação. Os dois hospitais do CHLN articulam-se, funcionalmente, com as duas Faculdades de Medicina, mantendo uma gestão partilhada das clínicas universitárias com a colaboração de muitos médicos do CHLN no ensino dos alunos de Medicina.

O CHLN tem como visão ser um estabelecimento de saúde de referência, desempenhando funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, na formação pré, pós-graduada e continuada, bem como na área da investigação, adoptando uma conduta ética incensurável e promovendo a sustentabilidade da instituição.

A actividade do HSM, centrada na satisfação das necessidades dos utentes no acesso aos cuidados de saúde, orienta-se por critérios exigentes de qualidade, economia, eficiência e eficácia, num contexto de equilíbrio económico e financeiro sustentável⁶.

1.2. SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA

O Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa funciona no 4º piso do HSM, junto à Administração. Tinha como espaço, desde a inauguração, uma capela com capacidade para cerca de 60 pessoas sentadas, um baptistério e uma mui pequena sacristia. A equipa de capelães que entrou em 1995 fez um esforço junto da Administração do Hospital para alcançar um espaço junto da Capela que foi conseguido em 2004, permitindo criar condições mais acolhedoras e proporcionar outro tipo de trabalho.

⁶ *Ibidem*

Com a constituição do CHLN, os SAER dos Hospitais de Santa Maria e Pulido Valente passaram a constituir um único serviço, integrando os capelães dos dois hospitais, que passaram a constituir uma única equipa para todo o CHLN, como refere o regulamento do SAER⁷. A equipa é constituída actualmente por quatro capelães, (três padres e um diácono permanente) e uma auxiliar de acção médica. No HSM colaboram com os capelães cerca de doze voluntários, membros da Associação Mateus 25, que têm como missão ajudar pastoralmente os capelães⁸.

1.2.1. Valores do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa

O SAER, procurando desenvolver uma pastoral que vá de encontro à pessoa, por um lado, e que tenha em conta uma atitude ecuménica, por outro, afirma no seu regulamento um conjunto de ideias orientadoras que vale a pena enumerar:

- Respeito absoluto pela intimidade da pessoa;
- Respeito pela integridade filosófica, espiritual e religiosa da pessoa;
- Respeito pela caminhada pessoal, pelo ritmo, valores e tradições de cada um;
- Recusa de aproveitamento da fragilidade e/ou dependência dos utentes ou de outras pessoas para fazer proselitismo;

⁷ Cf. Regulamento do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.

⁸ Associação de Cooperadores Voluntários das Capelarias Hospitalares do Patriarcado de Lisboa, que é uma associação privada de fiéis com personalidade jurídica no foro canónico e civil e tem como referência o capítulo 25 do Evangelho de S. Mateus, nomeadamente o versículo que diz “*estava doente e visitaste-me*”. Esta associação, para melhor cumprir os seus fins, organiza-se nas diversas capelarias hospitalares em núcleos, sob a responsabilidade espiritual e religiosa do capelão. É da natureza da associação, em virtude das suas implicações pastorais e legais, actuar sempre em colaboração com os capelães e sob a sua orientação pastoral (cf. Estatutos).

- Ausência de qualquer preconceito religioso;
- Promoção da boa imagem da Instituição;
- O dever de solidariedade com a Instituição, seus órgãos de gestão e profissionais.

O SAER, procura desta forma, desenvolver um caminho de exigência que a modernidade impõe e a Rede Europeia de Capelanias sugere pela enumeração de um conjunto de boas práticas⁹. Actualmente, não faz sentido ter-se uma pastoral apressada e sacramentalista.

1.2.2. Objectivos do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa

No sentido de modernidade é grande a exigência tal como acontece no HSM, O SAER, tem como objectivo primário garantir, aos utentes que o solicitem, cuidados especiais e religiosos que observem e respeitam a liberdade de consciência, religião e culto, nos termos do Decreto - lei 253/2009¹⁰, contribuindo, deste modo, com todos os outros serviços para que o Centro Hospitalar preste cuidados de saúde integrais e de qualidade. A doença e o sofrimento, com efeito, levam com frequência o doente (e o meio envolvente) a interrogar o passado, o presente e o futuro; a interrogar-se sobre o sentido da vida e dos seus limites, sobre a fé e seu sentido, provocando angústias, medos e fortes sentimentos de desconcerto, revolta, agressividade, culpa, tristeza, solidão, desânimo, resignação, etc., que acabam por afectar negativamente o próprio

⁹ European Network of Health Care Chaplaincy, Standards, Finlândia, 2002 (ENCC).

¹⁰ Cf. Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde: Decreto-lei nº 253/2009 de 23 de Setembro, in *Diário da República*, 1ª série nº 185 de 23 de Setembro de 2009, pp.6794-6798.

processo de recuperação ou aumentar significativamente o sofrimento existencial e espiritual na fase terminal da vida, e causam perturbação nos familiares e outros prestadores de cuidados. É função do SAER, responder a essas necessidades espirituais específicas de cada doente, necessidade de sentido, reconciliação, valorização, pertença, transcendência, etc. Ao fazê-lo com qualidade e o zelo pastoral necessário, desempenha, ao mesmo tempo uma tarefa terapêutica. Mais; contribui para que os cuidados de saúde prestados pelo Centro Hospitalar tenham mais qualidade, já que têm em conta a pessoa no seu todo. Desta forma, para desenvolver o seu objectivo, e no sentido das Capelanias Europeias, apresenta as seguintes linhas de orientação¹¹:

- a) Proclamar e defender o valor infinito e a dignidade de cada pessoa;
- b) Garantir apoio humano e espiritual aos utentes do Centro Hospitalar através de uma escuta empática, acompanhamento espiritual e/ou religioso personalizado;
- c) Dar apoio humano e espiritual, quando solicitado, aos familiares dos utentes, aos profissionais e aos voluntários;
- d) Promover e programar a celebração do culto;
- e) Promover e organizar reuniões, palestras, ou outras acções culturais que conduzam a uma espiritualidade saudável e promotora da saúde;
- f) Colaborar no debate ético e participar nas comissões ou grupos de trabalho (comissão de ética, qualidade ou outras);
- g) Promover o respeito pelos diferentes credos, culturas, tradições, objectos de culto e textos sagrados;

¹¹ Regulamento do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, Capítulo I, Artigo 1º, 1-2.

- h) Recusar a imposição de cuidados espirituais e religiosos não desejados aos utentes e, dada a sua vulnerabilidade física, emocional, mental e espiritual, sensibilizar para a necessidade de desenvolver estratégias para os proteger da imposição de cuidados espirituais não desejados ou de proselitismo;
- i) Criar canais de comunicação e colaboração entre o SAER e as comunidades religiosas, a fim de promover a prestação de cuidados espirituais e religiosos aos seus doentes;
- j) Receber os pedidos de assistência espiritual e religiosa dos utentes de diferentes credos, canalizando-os para as respectivas comunidades religiosas de forma atempada;
- k) Promover e participar em projectos de pesquisa pastoral;
- l) Promover acções de formação para os membros do SAER e voluntariado;
- m) Colaborar com o Centro de Formação do CHLN;
- n) Promover o voluntariado pastoral, devendo ser criado um regulamento específico para o efeito;
- o) Colaborar com o voluntariado social.

Estes objectivos vão na linha do Decreto-lei nº 253/2009¹², que afirma os seguintes aspectos:

- Proibição do proselitismo;
- Assistência espiritual e religiosa é um direito do doente, bem como a prática dos actos de culto;

¹² Cf. Decreto-lei nº 253/2009 de 23 de Setembro, in *Diário da República*, 1ª série nº 185 de 23 de Setembro de 2009, pp.6794-6798.

- A assistência espiritual e religiosa nas instituições do SNS é reconhecida como uma necessidade essencial, com efeitos relevantes na relação com o sofrimento e a doença, contribuindo para a qualidade dos serviços prestados;

- Deve ser dada particular atenção aos doentes em situações paliativas, com doença do foro oncológico, com imunodeficiência adquirida ou com severidade similar.

O SAER não é um serviço isolado, mas integra-se no conjunto de todos os outros serviços do Hospital para prestar uma boa assistência. Tem o dever, por isso, concorrendo para o bem dos doentes, de estabelecer bons níveis de colaboração e comunicação com todos os serviços do Centro Hospitalar, particularmente com os serviços de internamento (cf. art.º 4º do Regulamento do SAER).

1.2.3. Direitos dos utentes

A assistência espiritual e religiosa é um direito do doente, afirma o Decreto-Lei 253/2009, artº12º. A presença das Igrejas ou Comunidades Religiosas no hospital deriva deste direito à assistência. Com efeito, nos termos do artigo 12º do Decreto-Lei 253/2009, ao utente, independentemente da sua confissão, é reconhecido o direito a:

- a) Aceder ao serviço de assistência espiritual e religiosa;
- b) Ser informado por escrito, no momento da admissão na unidade ou posteriormente, dos direitos relativos à assistência durante o internamento, incluindo o conteúdo do regulamento interno sobre a assistência;
- c) Rejeitar a assistência não solicitada;
- d) Ser assistido em tempo razoável;
- e) Ser assistido com prioridade em caso de iminência de morte;
- f) Praticar actos de culto espiritual e religioso;

- g) Participar em reuniões privadas com o assistente;
- h) Manter em seu poder publicações de conteúdo espiritual e religioso e objectos pessoais de culto religioso, desde que não comprometam a funcionalidade do espaço de internamento, a ordem hospitalar, o bem-estar e o repouso dos demais utentes;
- i) Ver respeitadas as suas convicções religiosas;
- j) Optar por uma alimentação que respeite as suas convicções espirituais e religiosas, ainda que tenha que ser providenciada pelo utente.

1.2.4. Organização e Funcionamento do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa - Capelania

Os capelães hospitalares do CHLN (Hospital de Santa Maria e Hospital Pulido Valente), distribuem-se pelos diferentes serviços dos dois hospitais que fazem parte deste Centro, fazendo visitas diárias aos doentes e prestando assistência espiritual e religiosa solicitada. Fazem acolhimento e aconselhamento espiritual e celebram a Eucaristia quotidiana. Na visita aos doentes, os capelães são ajudados por um grupo de voluntários, ao longo da semana e ao domingo. A sua função, além de visitar e distribuir a comunhão, é também transportar os doentes que estão devidamente autorizados pelos serviços a participar na Eucaristia dominical. Diariamente existe um capelão de serviço de urgência, fora do horário normal de funcionamento do SAER. Um dos capelães ainda integra a Comissão de Ética do HSM¹³, participando nas suas reuniões.

¹³ Cf. Anexo 1. Comissão de Ética.

2. PASTORAL DA SAÚDE E CAPELANIA

2.1. PASTORAL DA SAÚDE

2.1.1. Introdução

Ao longo dos séculos, a Igreja tem revelado sempre a preocupação de acompanhar e participar nas alegrias e esperanças, nas tristezas e angústias dos homens de todos os tempos. Tal sucedeu no final do século XIX com Leão XIII, quando a Igreja se solidarizou com os operários; no início do século XX com Pio X, na atenção às crianças, à catequese e à Eucaristia; foi assim com Pio XI na urgência da formação do laicado pela Acção Católica para a sua intervenção na cidade dos homens; com Pio XII na grande reflexão sobre os problemas da ciência; com Paulo VI na atenção à igualdade, ao desenvolvimento dos povos e à paz; João XXIII, ao convocar o Concílio Vaticano II, aceitou uma renovação profunda da Igreja. É de salientar ainda o pontificado de João Paulo II, que teve uma dupla preocupação: a do diálogo com o mundo com consequências conhecidas e a da renovação constante da Igreja na fidelidade ao essencial que é Cristo e na continuidade da renovação conciliar.

2.1.2. A Pastoral da Saúde é muito mais que a Pastoral dos doentes

A dignidade da pessoa humana e o sentido da vida são constantemente postas em causa quando a doença e o sofrimento batem à porta, sobretudo se a doença põe a vida em perigo. A vida e a fé são questionadas, surgindo sentimentos de revolta, medo, angústia, perda de confiança, crise de fé e desespero.

O Papa João Paulo II, ao aperceber-se deste mistério e, a partir da sua experiência pessoal do sofrimento, abre a porta a uma acção pastoral absolutamente inovadora, a Pastoral da Saúde. Ele pretendeu restituir a dignidade a todos os que na

enfermidade julgam tê-la perdido, oferecendo também uma dignidade acrescida a quantos cuidam dos doentes, ainda que não possam curá-los.

A Pastoral da Saúde é desde 1985 e por vontade expressa do Papa João Paulo II, uma das formas da pastoral especializada. Não é apenas pastoral dos doentes, mas é também da saúde e tem em conta os profissionais, as escolas de saúde, etc.

Se a Pastoral é a acção organizada da Igreja, através da qual se torna presente, aqui e agora a acção salvífica de Cristo, então em Jesus Cristo todo o sofrimento é vencido pelo amor¹⁴ e esta acção salvífica de Deus opera-se pelo dar mais saúde a cada pessoa na circunstância concreta em que está a viver. Prevenir e procurar uma vida espiritual saudável é também tarefa da Pastoral.

Desde sempre, a Igreja deu atenção aos doentes, seguindo Jesus Cristo que fez do cuidado pelos doentes um sinal messiânico: *“ide dizer a João o que viste e ouviste: os cegos vêem, os coxos andam, os leprosos são curados, os mortos ressuscitam”* (Lc. 7, 22). Uma vez que os apóstolos aceitaram o desafio de Jesus, *“em qualquer casa onde entrardes dai a paz, curai os enfermos que lá houver e expulsai os demónios”* (Lc. 10, 5 e 9), também a acção da Igreja se mostrou sempre atenta para com os enfermos. A perspectiva pastoral estava porém constantemente dominada por duas preocupações: ou pedir a cura quase através de milagres ou preparar para a morte, sobretudo através do que se chamava os últimos sacramentos.

A Pastoral da Saúde vem precisamente vencer esta mentalidade utilitarista, de orações e promessas, dramática por estar relacionada com o momento da morte e da necessidade de cada um se purificar *“in extremis”* para poder “ganhar” o céu, mesmo que tendo, ao longo da vida, um percurso bastante acidentado. Era urgente ultrapassar

¹⁴ JOÃO PAULO II. Carta Apostólica *Salvifici Doloris*, n.º 14. Braga: Editorial A. O., 1984.

esta maneira de pensar. A Igreja, logo no pós-concílio, procurou encontrar caminhos novos, mudando mesmo o nome e o conceito do sacramento de extrema-unção para sacramento dos doentes, com orações que pedem o regresso às normais actividades.

A Pastoral da Saúde, como pastoral especializada, alterou profundamente a perspectiva de intervenção neste difícil campo da vida humana, o de dar mais saúde às pessoas. Assim sendo, a Pastoral da Saúde não é somente a pastoral dos doentes ou dos hospitais ou os profissionais católicos, ou espiritual e sacramental. A Pastoral da Saúde visa o homem todo, doente ou são; preocupa-se com os enfermos e com os profissionais que trabalham nas unidades de saúde; procura não só atingir os hospitais, mas também os centros de saúde, as residências e unidade de retaguarda; actua em todas as organizações postas ao serviço da pessoa humana, quer no domínio do tratamento, quer da prevenção e da promoção global da Saúde¹⁵.

Podemos verificar que a Pastoral da Saúde é uma realidade multiforme de acordo com os espaços em que se insere. Apesar dos fundamentos serem os mesmos, esta Pastoral ajusta-se às necessidades das pessoas nas suas comunidades de pertença habitual, a paróquia, e de pertença temporária, o hospital. Na paróquia, a Pastoral da Saúde é efectivada pelos Núcleos da Pastoral da Saúde, e no hospital, pela capelania.

Um dos grandes desafios da Pastoral da Saúde é saber escutar o grito sofredor dos nossos contemporâneos que reclama uma voz profética, confiante, geradora de esperança, perante a problemática ética que responsabiliza os profissionais,

¹⁵ Cf. V. FEYTOR PINTO. *Saúde para todos - desafios para uma acção pastoral*. Apelação: Paulus, 1999, pp.19-21.

administrativos e gestores que trabalham em campos muito delicados como é o âmbito da Saúde¹⁶.

Os três vocábulos fundamentais em Pastoral da Saúde, são: humanização, evangelização e sacramentação. Isto é: humanização para todos, evangelização para os que se dizem crentes, e celebração dos sacramentos para aqueles que o pedem, ao menos implicitamente ou por interposta pessoa. Tudo isto constitui uma mudança radical de atitude na acção pastoral. De facto, passou-se de uma pastoral de resposta a uma pastoral de proposta, a uma pastoral que anuncia a Boa Nova de Jesus Cristo, nas situações mais difíceis; de uma pastoral de chamada a uma pastoral de presença, que exige o contacto diário com todos os doentes, qualquer que seja a sua circunstância; de uma pastoral de sacramentos a uma pastoral profética que privilegia os gestos de humanização e as palavras que dizem estar próximo o Reino; de uma pastoral de cristãos a uma pastoral de salvação para todos; de uma pastoral de ricos a uma pastoral de atenção à pessoa; de uma pastoral de doentes a uma pastoral para todos os que vivem, estão ou passam pela unidade de saúde; de uma pastoral com capelães a uma pastoral realizada e vivida por todo o Povo de Deus¹⁷.

¹⁶ Cf. CONFERÊNCIA EPISCOPAL PORTUGUESA, “*Meditação sobre a Vida*”, in Documentos Pastorais, VI Volume, 2002-2005, Edição Secretariado Geral da Conferência Episcopal Portuguesa, Lisboa, 2006, pp.129-139.

¹⁷ Cf. V. FEYTOR PINTO, et al. *Pastoral da Saúde. Comissão Nacional* (Documento de reflexão não publicado), pp.1-33.

2.2. CAPELANIA HOSPITALAR CATÓLICA

2.2.1. Ministério de Comunhão

Um documento da Conferência Episcopal Italiana (Conselho Nacional da Pastoral da Saúde, 1992) define a Capelania Hospitalar como organismo eclesial “*expressão do serviço religioso prestado pela comunidade cristã na instituição de saúde. Compõe-se de um ou mais sacerdotes, aos quais podem ser agregados diáconos, religiosos e leigos*”¹⁸.

Ainda segundo Brusco¹⁹ em Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde, os objectivos principais da capelania são os seguintes:

- Criar na Instituição de Saúde um ambiente eclesial, possibilitando uma acção missionária;
- Ser um ambiente onde mediante as pessoas, a vivência e os gestos, inclusive os sacramentais, Deus revele a sua ternura ao homem, acompanhando-o na prova, ajudando-o a lutar pela vida até ao fim;
- Promover e coordenar todas as forças presentes na comunidade hospitalar, com recursos de instrumentos adequados e iniciativas (Conselhos pastorais...);
- Contribuir com o envolvimento dos cristãos, presentes na área, na promoção da saúde e na assistência aos doentes.

A ideia central é a auto-compreensão que a Igreja deu de si mesma como mistério de comunhão dos homens com Deus. “*Muito foi feito pelo Concílio Vaticano II*

¹⁸ A. BRUSCO, “Capelania Hospitalar”, in VENDRAME, Calisto & PESSINI, Leocir (Directores da Edição Brasileira). *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde*. São Paulo: Ed. Centro Universitário São Camilo e Ed. Paulus 1999, pp.140-142.

¹⁹ *Ibidem*, pp.140-142.

para que a Igreja como comunhão fosse mais claramente entendida e concretamente traduzida na vida” (RF,II,C,1)²⁰. Comunhão significa, antes de tudo, participação na vida trinitária de Deus, por meio de Cristo no Espírito Santo (cf LG n.º 4). Ela é comunicada através da Palavra e dos sacramentos. Esta realidade deve ser entendida como “dupla participação vital, a incorporação dos cristãos na vida de Cristo, e a circulação da própria caridade em todo o conjunto dos fiéis, neste mundo e no outro. União a Cristo e em Cristo; e união entre os cristãos na Igreja”(CfL n.º 19).

Para o cristão torna-se fundamental a relação vital e salvífica estabelecida com o Senhor Jesus: unidade misteriosa da qual tem origem a comunhão também com todos os outros irmãos de fé. Esta nova visão teológica contribuiu de modo determinante na tomada de consciência de todos os batizados, de ser povo de Deus portador na história deste mistério de comunhão. A dignidade baptismal comum torna os participantes do ofício sacerdotal régio e profético de Cristo (cf. CfL n.º 23), e conseqüentemente também da missão que a Igreja é chamada a cumprir, seja através de si própria, seja relativamente ao mundo (cf CfL n.º 23). A vida cristã só pode ser vivida como co-responsável participação na missão que o Senhor confiou à Igreja: todos são chamados a trabalhar na vinha do Senhor. *“Os padres conciliares, ecoando o convite de Cristo, chamaram todos os fieis leigos, homens e mulheres a trabalhar na sua vinha”(CfL n.º1).*

²⁰ Cf. “Relação Final do Sínodo Extraordinário dos Bispos 1985 – II Assembleia Geral Extraordinária do XX Aniversário da conclusão do Concílio Vaticano II”, in *Viver o Concílio*, Braga: Editorial A. O., 1986, n.º 4.

A nova capelania hospitalar deve ser concretizada deste ministério de Comunhão pela integração de todos: capelães e leigos, doentes e profissionais, a comunidade hospitalar e as paróquias

2.2.2. Comunidade Sanante

O mistério do Povo de Deus como Igreja-Comunhão (cf. CfL n.º 18), pede claramente que desenhemos um perfil “comunional” para as capelanias, superando os traços do seu tradicional centramento exclusivo na figura do capelão-clérigo: aprofundar o modelo de capelania-comunidade, experiência de comunhão orgânica onde a diversidade e a complementaridade entre todos os membros da Igreja se vive (cf. CfL n.º 20).

Jean-André Noual, ao referir-se sobre a equipa de capelania, realidade muito estudada em França, afirma que a oportunidade de reconhecer a dimensão sacramental da capelania, esclarece que um tal vocabulário encontra o seu fundamento na grande intuição dos Padres conciliares e na definição da Igreja como sacramento da salvação. Este autor refere-se à «*equipa de capelania em termos de "figura da Igreja-sacramento"*»²¹. A equipa de Capelania foi uma das insistências do episcopado francês nos inícios da década de oitenta. Bernard Mercier, para além da equipa de Capelania, refere a criação de um Conselho Pastoral Hospitalar e sua relação com a equipa²².

²¹ J. A. NOUAL, “Une Aumônerie en recherche”, in *Aumôneries des Hôpitaux* 160, 1998, pp.18-24.

²² B. MERCIER, “Constituer une Équipe - La coopération des ministères non-ordonnés à la charge pastorale”, in *Aumôneries des Hôpitaux* 160, 1998, pp.29-36.

Na mesma linha de pensamento se situa a reflexão de Leonardo Di Taranto,²³ que sublinha entre diversos factores, a importância da eclesiologia conciliar da comunhão e do desenvolvimento da teologia do laicado, como motivações do processo que, em Itália, fez evoluir o serviço religioso do hospital para o modelo capelania hospitalar mista, com forte componente comunitária, no lugar antes ocupado pelo capelão solitariamente. Também Carlo Colafranceschi, no comentário que faz ao número sobre Conselho Pastoral Hospitalar²⁴ da nota da Conferência Episcopal Italiana sobre a pastoral da saúde, chama a atenção das coordenadas eclesiológicas para fundamentar esta opção pastoral, à semelhança, aliás, da própria nota que apresenta este órgão como um dos instrumentos mais eficazes para exprimir a comum responsabilidade na pastoral de uma instituição de saúde.

Na mesma linha o episcopado espanhol refere como ponto de partida para a renovação da presença da Igreja no mundo do hospital, a tomada de consciência conciliar sobre a identidade da Igreja como Povo de Deus enviado, e como mistério de comunhão e sacramento que se expressa em fraternidade²⁵.

Estas referências aos progressos registados em outros países do sul da Europa, ajudam a compreender o contexto eclesiológico e pastoral que enquadra esta reflexão sobre o conceito de Capelania-Comunidade e o significado de que se reveste o Conselho Pastoral Hospitalar no âmbito deste conceito. Capelania-Comunidade que assuma, enquanto experiência da Igreja no meio hospitalar, a especificidade de concretização da Igreja como comunidade sanante, dimensão da identidade da Igreja que deve assinalar a

²³ Cf. DI TARANTO, L. NUNZIO, *La Cappellania Ospedaliera Mista: una novità ecclesiale nelle istituzioni sanitarie*. Torino: Edizioni Camilliane, 1999, pp.29-33.

²⁴ CEI, *La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana*, n° 42.

²⁵ CEE, *La Asistencia Religiosa en el Hospital*. Orientaciones Pastorales, n° 39.

totalidade do seu ser e do seu agir, e que, nestas circunstâncias, assume particular relevância: «a comunidade eclesial não deve ignorar a sua obrigação de ser uma comunidade sanadora. A preocupação de Deus pelo bem-estar das pessoas concretiza-se e “encarna-se” ainda hoje, no compromisso compassivo da comunidade em benefício dos que estão fisicamente doentes ou sofrem psiquicamente»²⁶. Nesta afirmação de Luciano Sandrin, encontra-se a síntese do sentido para todo um programa de acção que vise a transformação das capelanias na direcção que o tempo pede que escolhamos.

A encarnação da Igreja na realidade hospitalar colhe o seu sentido e encontra a sua razão de ser na própria encarnação redentora do Filho de Deus, Salvador do homem inteiro, que através da sua presença próxima solícita e com gestos sanadores anunciou e mostrou presente a salvação, de que a Igreja se define como sacramento. É toda a comunidade – e todos nela – que é chamada a participar nesta missão que prolonga e dá corpo à missão sanadora/salvadora de Jesus Cristo.

A capelania não pode deixar de procurar a concretização orgânica dessa sua íntima constituição, permitindo à totalidade dos seus membros a participação co-responsável na missão especificamente situada no meio hospitalar. Deve, mesmo, promover que o sacerdócio comum de todos os fiéis cooperadores da tarefa pastoral a desenvolver no hospital e de todos os membros da Igreja que, no hospital, em regime profissional ou voluntário, prestam serviço aos doentes, encontre lugar adequado para se manifestar.

A capelania não pode, ainda, ignorar o valor ministerial dos que sofrem os males que motivam o internamento hospitalar. O sofrimento assumido na fé, como

²⁶ L. SANDRIN, *La Iglesia, comunidad sanante: un reto pastoral*. Madrid: San Pablo 2000, pp.80-88.

participação no Acto de Redenção²⁷, obriga a conhecer a condição ministerial dos doentes e, assim, a criar condições que integrem a sublime peculiaridade do seu ministério no lugar de exercício orgânico da ministerialidade comum a todos os baptizados. Claramente fala neste sentido a Exortação Apostólica “*Christifideles Laici*” *“também os doentes são mandados como trabalhadores para a vinha do Senhor. O peso que fatiga os membros do corpo e que perturba a serenidade da alma, em vez de os impedir de trabalhar na vinha, convida-os a viver a sua vocação humana e cristã e a participar no crescimento do Reino de Deus com modalidades novas e mesmo preciosa”* (CfL n.º 53). O Concílio Vaticano II e múltiplos pronunciamentos magisteriais subsequentes pedem que a visibilização da presença da Igreja, Sacramento de Salvação, no mundo e na história dos homens, se faça pela orgânica da participação e da co-responsabilidade, que no Conselho Pastoral encontra expressão significativa e operante.

O Conselho Pastoral Hospitalar apresenta-se como uma concretização muito situada da conclusão de Luciano Sandrin: «*A Igreja é uma comunidade sanante e nela expressa-se uma comunhão em que a diversidade se converte em complementaridade e em que todos são agentes de pastoral, sarmentos de uma única videira e todos chamados a trabalhar na vinha do Senhor*»²⁸. A esta luz, este órgão transcende qualquer interpretação reducionista e pragmática que apenas o visse como modelo de organização, ou como modo de funcionar: afirma-se como parábola da identidade da própria capelania enquanto presença da Igreja no hospital, e constitui-se seu paradigma estruturador e, enquanto tal, fonte da consciência que tem de si mesma e da sua missão.

²⁷ JOÃO PAULO II. Carta Apostólica *Salvifici Doloris*, n.º 19, Braga: Editorial A. O., 1984.

²⁸ L. SANDRIN, *La Iglesia, comunidad sanante: un reto pastoral*. Madrid: San Pablo 2000, pp.80-88.

2.2.3. Sacramento de Presença

A Pastoral de presença²⁹ concretiza-se simultaneamente em duas dimensões: a encarnação, traduzida na inculturação necessária no meio culturalmente tão singular como é o hospital, e a proximidade que se expressa na relação estabelecida com os doentes e com todos os membros da comunidade hospitalar, e mesmo para além dela. O facto do Conselho Pastoral de Capelania ser “conselho”, remete-nos para a Igreja como comunhão que funda a comunidade sanante, e pelo facto de ser “pastoral” pede-nos que olhemos a Igreja como missão que, no hospital, se concretiza como missão sanadora, no contexto da finalidade terapêutica que constitui as instituições de saúde. É esta missão sanadora própria da comunidade sanante que a capelania deve exercer, não sendo possível esta missão se não descobrir este caminho balizado pela encarnação – inculturação no meio hospitalar – e pela proximidade – relação com as pessoas, modelada segundo as coordenadas da relação pastoral de ajuda. Podemos então dizer que a pastoral de presença é o modo de estar e actuar no meio hospitalar pautado de inculturação e relação.

Voltando ao Magistério, agora na busca dos contornos da missão, encontramos com a definição da própria comunhão que constitui intrinsecamente a Igreja como comunhão missionária (CfL. n.º 32). Trata-se de desenvolver uma pastoral de presença, é um modo de estar e actuar no seio do hospital, pautado por esta presença efectiva que se inicia na procura e reconhecimento da realidade do mundo da saúde nos traços que a

²⁹ Cf. J. NUNO SILVA, *Serviço da Saúde e dos doentes III – Capelania-Comunidade e Pastoral de Presença*. Apontamentos das aulas de Teologia Pastoral do Curso de Ética, Saúde e Espiritualidade, Fátima, 2007, pp.9-10.

caracterizam e se concretiza em modos de intervenção actuates e adequados. Na Exortação Apostólica “*Christifideles Laici*” o Papa define que “*a acção pastoral neste mundo da saúde e da doença não pode deixar de envolver, e de forma coordenada, todos os componentes da comunidade eclesial*” (CfL. n.º 54). Na Exortação Ecclesia in Europa indica que “*o cuidado dos doentes deve ser tido como uma das prioridades, pedindo que seja promovida uma conveniente presença pastoral nos diversos centros do sofrimento*” (EE.88).

José Nuno Silva refere que “*percorrendo o capítulo III da Exortação Apostólica Christifideles Laici, precisamente o capítulo sobre a co-responsabilidade dos fiéis leigos na Igreja-Missão, não podemos deixar de nos surpreender com a coincidência existente entre a interpelação que nos é dirigida pela situação vivida nos hospitais, no sentido da encarnação e da proximidade, e os contornos específicos da missão da Igreja-Comunhão em que todos os baptizados são co-responsáveis, segundo as coordenadas apontadas por este documento*”³⁰.

Na verdade, nos hospitais e no mundo da saúde em geral, de uma maneira muito particular, a presença da comunidade eclesial no compromisso da totalidade dos membros que a constituem, cada um segundo a sua condição e serviço, há-de expressar-se como “*serviço à pessoa humana e à sociedade*” (cf. CfL n.º 36) e mais concretamente ainda, como trabalho de anúncio e promoção de uma autêntica cultura centrada no respeito pela “*dignidade pessoal de cada ser humano*” (cf CfL n.º 37).

No meio cultural e social da saúde, por ventura com uma acuidade diferente dos outros lugares, são os cristãos chamados à proclamação da “*inviolabilidade da pessoa*” e, concretamente, a “*inviolabilidade da vida humana*” que a Exortação define como sua

³⁰ *Ibidem.*

primeira e fundamental expressão. A Exortação, evocando os enormes desafios emergentes dos progressos das ciências biomédicas e das novas tecnologias, interpela directamente os agentes de saúde, enumerando-os entre os fiéis leigos que são “*chamados por um título particular à missão e à responsabilidade de reconhecer a dignidade pessoal de cada ser humano e de defender o seu direito à vida*” (cf. CfL n.º 38). Ao lado deste fundamental direito, também a salvaguarda “*do direito à liberdade de consciência e à liberdade religiosa*” (cf. CfL n.º 39), confirmados pela Exortação, na sequência do Magistério conciliar, constitui uma dimensão de singular relevância na tarefa da Igreja nos hospitais, tarefa em que todos são chamados a assumir responsabilidade. Igual consideração pode ser feita a propósito da defesa da “*família, berço da vida e do amor, célula fundamental da sociedade*” (cf. CfL n.º 40) que nos hospitais a tantos atropelos está sujeita.

O serviço à pessoa e à sociedade a que os cristãos e as instâncias eclesiais presentes nos hospitais são chamados há-de revestir-se de “*caridade que anima e sustenta a solidariedade activa que olha para a totalidade das necessidades do ser humano*” (cf. CfL n.º 41), encontrando nas diversas formas de voluntariado outras tantas formas de concretização. A abertura ao ser humano na sua totalidade, e a ênfase colocada na importância do voluntariado, são duas constantes da missão. Estas são duas coordenadas indeclináveis da proximidade a cultivar como expressão da presença que a Igreja é chamada a desenvolver no hospital. A proximidade face aos doentes e a todos.

Não menos assinalável é a dimensão de compromisso político de que se reveste a intervenção dos cristãos neste meio. Passa muito pelo que aqui se faz a “*luta por uma política em favor da pessoa e da sociedade, que tem o seu critério de base na busca do bem comum, como bem de todos os homens e do homem todo e assume como linha constante de acção a defesa e a promoção da justiça*” (cf. CfL n.º 42).

3. O ESTÁGIO

3.1. OBJECTIVOS

Os objectivos do estágio:

- Acompanhar espiritualmente o doente internado, na perspectiva da Relação de Ajuda;
- Dar apoio humano, quando solicitado, aos utentes internados e seus familiares;
- Pôr em prática as técnicas da Relação Pastoral de Ajuda;
- Tomar conhecimento da complexidade da Pastoral da Saúde em sua expressão na Capelania e na Paróquia.

3.2. EXPECTATIVAS

Este estágio foi por mim considerado como um desafio. Depois de ter frequentado a parte curricular do Curso de “*Mestrado em Ética, Espiritualidade e Saúde*”, senti a necessidade de pôr em prática as teorias aprendidas, sobretudo a Relação Pastoral de Ajuda (RPA) ao doente. Perante tal desafio, senti expectativas: como fazer? O que vou fazer? Será que vai correr bem? O que posso aprender para fazer melhor o acompanhamento espiritual do doente? Como superar dificuldades que irão surgir ao longo do estágio? Como conseguirei conviver com a pessoa doente muitas das vezes em situação terminal?

No primeiro dia de estágio senti-me um pouco tenso, mas ao entrar na enfermaria e dirigir-me ao primeiro doente senti uma grande serenidade para escutá-lo.

A visita aos doentes e seu acompanhamento espiritual e religioso, é uma das tarefas mais importante da Capelania³¹, mas não pode ser feita de qualquer forma, porque pode ser prejudicial, se cairmos em frases feitas e conselhos piedosos³².

3.3. O ACOMPANHAMENTO ESPIRITUAL DE DOENTES

3.3.1. Um Acompanhamento Personalizado

Olhar o acompanhamento espiritual a partir da Relação de Ajuda possibilita pôr em realce a solicitude pastoral da comunidade como factor humanizador e, ao contrário da pastoral apressada e do sacramentalismo desumanizador, dá-lhe uma envolvimento afectiva. Possibilita ainda combater a imagem negativa e agoirenta da presença do padre junto dos doentes.

O acompanhamento espiritual tem a vantagem de permitir a escuta do doente, das suas interrogações sobre a fé, das incompreensões sobre a acção e a imagem de Deus. Torna possível orar a vida e o sofrimento, integrando as emoções, os sentimentos, as revoltas, as interrogações... Neste sentido, a Palavra de Deus, nomeadamente os salmos, para além de fornecerem textos de oração para todos os momentos, são um bom exemplo de como rezar a vida. Com efeito, apontam-nos quatro modalidades básicas de oração: revolta (“Meu Deus, meu Deus, porque me abandonaste?”Salmo22), súplica, acção de graças e confiança.

³¹ Cf. F. SAMPAIO, *Relação Pastoral de Ajuda. Boas práticas no acompanhamento espiritual de doentes*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2011.

³² Exemplos de algumas frases feitas e conselhos piedosos: “é a vontade de Deus”; “Deus põe à prova aqueles que mais ama”; “enquanto há vida, há esperança”, “sê forte”; “outros ainda estão piores”, “os homens não choram”; “não te preocupes, estás em boas mãos”, etc.

Acompanhar o doente é no fundo “caminhar” com o doente, ter boa vontade. Precisamos de ir mais além. Neste sentido a Relação Pastoral de Ajuda constitui a técnica e a medida adequada para o acompanhamento da pessoa doente³³.

Não existem ainda aparelhos para observar o interior da pessoa, a sua alma. O meio para o fazer é através da palavra e da relação humana, devendo ser enfatizada aqui a atitude empática. Esta tem na escuta activa e na resposta empática o modo principal de concretização.

Não podemos nunca esquecer que a pessoa, mesmo doente, continua a ser uma e indivisível, e quando alguém está doente, não é apenas o corpo que lhe dói. Todo o seu corpo é atingido pela doença. A sua família e o seu ambiente social ficam perturbados e contribuem para os perturbar. *“A doença e o sofrimento não são, de facto, experiências que afectem unicamente o substrato físico do Homem, mas o Homem na sua totalidade e na sua unidade somática e espiritual”*³⁴ (João Paulo II, *Motu próprio* p 53 da Carta). Participando embora do valor transcendente do indivíduo, a vida do corpo reflecte, pela sua natureza, a precariedade da condição humana, a qual se manifesta de forma especial na doença e no sofrimento vividos como um mal pelo indivíduo na sua totalidade.³⁵ O cristão sabe, em virtude da sua Fé, que a doença e o sofrimento são uma forma de participação na eficácia redentora da Cruz do Redentor. *“A Redenção de Cristo e a Sua graça redentora abrangem todos os homens na sua condição humana e, por conseguinte, na doença, no sofrimento e na morte”*³⁶.

³³ Cf. F. SAMPAIO, *Relação Pastoral de Ajuda*. pp.15-16.

³⁴ JOÃO PAULO II, *Motu próprio* «*Dolentium hominum*», n.º 2, Braga: Editorial A. O., 1985.

³⁵ Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde. *Documentos Pastorais - Carta dos profissionais de Saúde*. Lisboa: Paulinas, 1995, pp.54-56.

³⁶ JOÃO PAULO II, *Motu próprio* «*Dolentium hominum*», n.º 2, Braga: Editorial A. O., 1985.

Segundo C. Jandolo, citado por Bermejo³⁷, o objectivo fundamental do estudo e aperfeiçoamento da Relação de Ajuda é, pois, “*aumentar a competência relacional*”, tendo em conta o facto de esta ser constituída por diversos elementos:

- um conjunto de conhecimentos: “*um saber*”;
- a capacidade de, na prática, os utilizar: “*um saber fazer*” (aptidões, capacidades);
- uma série de atitudes que permitam estabelecer boas relações humanas com aquele que sofre: “*um saber ser*”.

Para poder ajudar o doente, é necessário compreender o que se passa com ele, quais são as suas necessidades, pelo que é necessário fazer um diagnóstico espiritual das suas necessidades.

Saber que o doente tem necessidades espirituais não chega. É necessário justificá-las e identificar as necessidades de cada doente, tendo como fim ajudá-lo através de um acompanhamento espiritual e/ou religioso personalizado. O doente, porém, não tem todas as necessidades em simultâneo.

Quando alguém vai ao médico, este ausculta-o e escuta-o e, se necessário, manda-o fazer exames complementares para que possa fazer um diagnóstico e, partindo deste, possa prescrever a terapêutica mais adequada. Também para acompanhar/ajudar alguém espiritualmente e de forma adequada, é necessário, a partir dos sentimentos em jogo, dos temores e das interrogações, a partir das suas queixas espirituais e religiosas, saber quais são as suas necessidades e qual o impacto destas.

³⁷ J. C. BERMEJO, *Relação Pastoral de Ajuda ao Doente*, Paulus: Apelação, 2002, p.12.

Imaginemos duas pessoas: uma que necessita de desabafar algo que a preocupa, que tem a necessidade de ser escutada; imaginemos outra que expressa sentimentos de grande culpabilidade. O acompanhamento vai ter tonalidades diferentes em função das necessidades do doente em questão. Imaginemos alguém em fase terminal que expressa necessidades religiosas de natureza simbólica/ritual (sacramental), e alguém a quem é diagnosticada uma doença grave e manifesta raiva e revolta. O modo de actuar e acompanhar não pode ser o mesmo, pois é necessário satisfazer as necessidades expressas para que o doente adquira a paz e o bem-estar.

3.3.2. Breve Compreensão dos Conceitos

A Relação Pastoral de Ajuda surgiu nos anos sessenta do século XX em capelanias hospitalares protestantes americanas³⁸. Rapidamente se estendeu à capelania católica nos países anglo-saxónicos, mas só chegou a Portugal na década de oitenta do século XX.

Para Carl Rogers, uma das possíveis definições, de relação de ajuda é a seguinte: *“Podemos definir relação de ajuda como sendo aquela em que um dos interlocutores tenta chegar, de uma ou de outra forma, a uma melhor apreciação e expressão dos recursos latentes no individuo e à sua utilização mais funcional”*³⁹.

Jesús Madrid Soriano, depois de citar o conceito de Rogers, acrescenta: *“A ideia fundamental que está subjacente a todo o processo de Relação de ajuda, especialmente*

³⁸ Cf. A. BRUSCO, “Relação Pastoral de Ajuda”, in VENDRAME, Calisto & PESSINI, Leocir (Directores da Ed. Brasileira). *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde*. São Paulo: Ed. Centro Universitário São Camilo e Ed. Paulus 1999, pp.1098-1105.

³⁹ C. R. ROGERS, *Tornar-se Pessoa*, Lisboa: Moraes Editora, 1985, p.43.

no seio da corrente humanista, é incrementar, a recuperação das capacidades da pessoa para crescer e enfrentar positivamente os seus conflitos (...). A Relação de ajuda, portanto, é uma experiência humana privilegiada que representa o marco adequado para facilitar o desenvolvimento das capacidades bloqueadas”⁴⁰.

Mais especificamente e segundo A. Brusco, citado por Bermejo, pode definir-se relação pastoral de ajuda como sendo um “*ministério da comunidade crente que tem como objectivo a cura, a libertação, a reconciliação e o crescimento espiritual da pessoa. Este ministério baseia-se na relação entre um ou mais agentes de pastoral competentes e uma pessoa ou grupo que se comprometem numa interacção significativa. Essa relação é um processo dinâmico com uma estrutura bem definida e objectivos entre todos acordados, e tem lugar dentro da tradição e dos recursos da comunidade crente*”⁴¹.

Ao tratar-se de um ministério, de um serviço àqueles que sofrem ou que necessitam de ajuda no seu processo de crescimento humano e espiritual, pode ser desempenhado por todos os cristãos como participação nas funções sacerdotal, profética e real de Cristo. Mas é também um processo religioso através do qual a pessoa faz experiência de Deus que redime, cura, reconcilia e promove o crescimento até à plenitude da vida, até à saúde em sentido evangélico: “*Vim para que tenham vida e a tenham em abundância*”(Jo 10, 10).

Se a condição humana é definida como relação com os outros a ponto de necessitarmos dos outros para sermos pessoas, tal relação é, por outro lado, reflexo da

⁴⁰ J. SORIANO, Relación de ayuda y comunicación, in AA. VV. *Hombre en Crisis y Relación de Ayuda*. Madrid: Asetes, 1986, pp.195-196.

⁴¹ J. C. BERMEJO, *Relação pastoral de ajuda ao doente*, Apelação: Paulus, 2002, p.22.

comunhão trinitária⁴². A relação pastoral de ajuda consiste em nos aproximarmos daquele que sofre em «nome do Senhor» (Act. 3,6; 4,10; 16,18).

Como defendeu Job, há já uns dois milhares e tal de anos atrás, não são as palavras bonitas que ajudam na doença. Isso, como diz Job, são apenas discursos de palavras vãs que em dados momentos só servem para atormentar. Ao aproximarmo-nos de quem sofre, é necessário que o façamos com muita humildade e “*em bicos de pés*”, defende Carlos Bermejo; não para lhe dar bons conselhos sobre como deve viver e interpretar a sua doença e sofrimento, mas para caminhar junto com ele e, acima de tudo, para compreender e transmitir compreensão sobre o seu mundo interior.

Se a RPA tem como objectivo último a ajuda especializada, oblativa e gratuita à pessoa em dificuldade, é porém uma técnica que exige aprendizagem por parte do agente de pastoral a nível pessoal, emocional e relacional.

- A nível pessoal, deve promover o conhecimento de si próprio (autognose), o seu autodomínio e auto-motivação.
- A nível emocional, deve ser capaz de gerir os seus sentimentos, de os integrar denominando-os, aceitando-os, aproveitando a sua energia, canalizando-os, gerindo a vulnerabilidade a que estamos sujeitos quando os exprimimos e expressá-los assertivamente.
- A nível relacional, é necessário um equilíbrio entre o saber, o saber fazer e o saber ser, ou seja, entre o conhecimento teórico, aptidões e atitudes para estabelecer uma relação empática que seja facilitadora e centrada na pessoa.

As aptidões como a escuta activa (evita a ansiedade, superficialidade, o julgamento, a impaciência e impulsividade, a passividade e a tendência para os

⁴² *Ibidem*, p.23.

“sermões”), a resposta empática, a assertividade, a personalização, a confrontação e a persuasão, são algumas técnicas que devem ser reflectidas no decorrer da práxis. Mas, para o conseguir, devem ser desenvolvidas as atitudes fundamentais da RPA, a saber: a aceitação incondicional ou consideração positiva, a autenticidade e a empatia.

Para que se estabeleça uma relação empática, o agente de pastoral deve colocar-se no lugar do outro para compreender o significado da sua situação.

A resposta empática que procura fazer eco do pensamento e do fundo emocional, usa as técnicas de reformulação. Foge, deste modo, às respostas espontâneas, frequentes que, procurando consolar, magoam mais do que ajudam⁴³.

Não chega compreender o doente; é necessário ser capaz de lhe transmitir de forma adequada e entendível essa compreensão. O agente de pastoral necessita, por isso, de conhecer as técnicas de comunicação e de as saber usar de maneira adequada, segura e expedita, transformando-as no seu modo usual de comunicar no acompanhamento pastoral do doente. Este saber fazer permite ao agente pastoral comunicar por palavras suas essa compreensão. Como consequência, o doente sentir-se-á valorizado, amado, compreendido e estimulado a superar as suas dificuldades, e o agente de pastoral adquire, aos olhos dos outros profissionais, competência e reconhecimento profissional.

As consequências da prática da RPA vão para além da compreensão do doente por também dar credibilidade aos agentes de pastoral. Implica por isso a revisão dos objectivos pastorais, dos métodos de actuação e do modo de estar nas instituições de saúde. Neste sentido, a RPA torna possível a renovação da capelania hospitalar, dá-lhe

⁴³ Cf. J. C. BERMEJO, Relação Pastoral de Ajuda, in Apontamentos das aulas no âmbito do Mestrado em “Ética, Espiritualidade e Saúde” da Universidade Católica. Fátima: 2007.

credibilidade face aos outros profissionais e promove o bem-estar do doente e uma espiritualidade saudável⁴⁴.

3.4. TRABALHO DESENVOLVIDO

A principal tarefa desenvolvida neste estágio foi o acompanhamento personalizado de doentes, fazendo também a distribuição da comunhão quando pedida à capelania. Procurei, na relação com o doente, aplicar o método da Relação de Ajuda. Esta técnica, nas reuniões de acompanhamento de estágio foi sujeita a supervisão. Para isso, alguns diálogos com os doentes foram passados a escrito e depois discutidos e analisados pelo grupo de estágio (ver Anexo n.º 1).

Para a elaboração do caso, utilizou-se um guião⁴⁵ para realçar os diferentes aspectos a ter em conta e complexidade que a escuta activa envolve para que seja possível uma resposta empática.

O caso apresentado em anexo⁴⁶, relata a história de uma senhora internada no Serviço de Ortopedia, há um semana, devido a uma queda e da qual resultou uma

⁴⁴ Cf. F. SAMPAIO, Relação Pastoral de Ajuda, pp.32-33.

⁴⁵ Do guião constam os seguintes itens: data, hora, duração do encontro, descrição do lugar, resumo da situação do doente; preparação – de quem foi a iniciativa, o seu objectivo e expectativas; descrição do diálogo o mais fielmente possível com as conversas, pausas, interrupções, silêncios, reacções, linguagem não-verbal; análise da experiência da pessoa ajudada – referir as diferentes dimensões da pessoa mais relevantes, as necessidades da pessoa segundo a escala de Maslow e os sentimentos dominantes da pessoa; análise da relação e da experiência do ajudante – porque escolheu este encontro, como foi vivida a experiência de ajuda à outra pessoa, que dificuldades sentiu e como enfrentá-las, as suas intervenções foram empáticas, que aptidões próprias utilizou, que sentimentos experimentou, o encontro despertou algum facto pessoal do ajudante e se no futuro haverá possibilidade de continuar esta relação de ajuda; dinâmicas psicológicas e problemas éticos presentes; a leitura teológica da experiência; conclusão; observações.

fractura do fémur. A iniciativa do encontro partiu da doente, aconteceu de uma forma natural no decorrer de mais uma visita ao Serviço. A doente quis partilhar comigo o que estava a viver nesse momento de solidão. Já havia visitado esta senhora dois dias antes, mas nesse dia encontrava-se acompanhada pela filha e as outras camas estavam ocupadas. Limitei-me somente a cumprimentá-la, bem como às outras doentes, desejando-lhes as melhoras.

Esta senhora sentia necessidade de falar da morte do filho, que falecera num desastre de viação. Ela tinha necessidade de ser escutada. Posteriormente teve alta e não foi possível continuar o acompanhamento.

Este encontro fez-me lembrar a Morte de Jesus, relatada na Paixão do Senhor no dia de sexta feira Santa. Quanto Maria não terá sofrido ao ver Seu Filho ser morto na cruz. Toda a Sagrada Escritura nos fala de verdadeiros encontros de Jesus com os doentes, com os que sofrem, ou seja, com aqueles que procuram uma palavra de conforto ou de ajuda.

Este caso serve de exemplo da actividade mais desenvolvida no estágio. É consolador poder acompanhar os doentes de forma personalizada e verificar que esse acompanhamento é proveitoso para o bem-estar espiritual dos doentes.

3.5. OUTRAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

3.5.1. Comissões de Ética

Na visita à Comissão de Ética tive oportunidade de saber que estas comissões, são formadas por grupos de reflexão multidisciplinares, independentes, imparciais, de

⁴⁶ Cf. Anexos 1: Encontro de Relação de Ajuda. Estudo de um caso.

carácter consultivo e subsidiário, interdisciplinares e de competência reconhecida que têm como objectivo principal, abordar os problemas éticos que surjam normalmente em ambiente profissional. A sua principal tarefa é oferecer guias e conselhos para a actuação ou orientações para a tomada de decisões; estabelecer regras deontológicas de cumprimento obrigatório; julgar e supervisionar as acções levadas a cabo e analisar os conflitos mais habituais no respectivo campo.

As comissões de ética (CE) nasceram de iniciativas pontuais e espontâneas, como resposta a vários problemas provenientes de: experiências realizadas em presos, em indivíduos pertencentes a minorias étnicas, em grávidas, em dementes, crianças, doentes comatosos, etc. E também da necessidade da elaboração de códigos internacionais relativos à experimentação no homem, iniciada com o Código de Nuremberga no pós guerra.

Nas CES é fundamental a independência, elas não podem estar sujeitas a influências, servir interesses ou obedecer a ordens. O campo específico das CES é o da ética das relações humanas, enunciando princípios, analisando situações, projectos e procedimentos à luz desses princípios, formando opinião e exprimindo-a. As CES desempenham um papel pedagógico de aconselhamento e ajudam nas instituições a que pertencem. Pelo seu trabalho (pareceres, decisões em matéria de projectos, documentos produzidos e opiniões sobre iniciativas, métodos e comportamentos), o seu papel é incontornável e de grande relevância para a instituição.

A CES do HSM tem na sua composição uma equipa multidisciplinar, formada por sete elementos; três médicos, um enfermeiro, um jurista, um farmacêutico e um teólogo (capelão hospitalar). Esta, pode ainda recorrer, de forma ordinária e/ou extraordinária, a consultores que entendam ser úteis para a elaboração de um parecer mais específico. No final da visita foi entregue o regulamento da CES do Hospital.

3.5.2. Visitas a Paróquias

Ao longo da realização do estágio foram efectuadas diversas visitas de estudo como complemento ao trabalho desenvolvido na capelania. Estas visitas tinham como principal objectivo consciencializarmo-nos da grande importância da ligação capelania – Paróquias, nomeadamente da complexidade da Pastoral da Saúde. Com efeito o Hospital é um lugar de passagem do doente, mas este continua a ser pertença da comunidade.

Neste sentido foram realizadas três visitas a paróquias em que, quer a Pastoral da Saúde, quer a Pastoral Social, têm o serviço de apoio à comunidade muito bem articulado com as entidades de saúde a que pertencem: a paróquia de S. Vicente de Paulo em Campolide, a paróquia do Campo Grande, ambas do Patriarcado de Lisboa e a paróquia de S. Brás da Arquidiocese de Évora.

a) O Centro Social Paroquial São Vicente de Paulo⁴⁷ fica localizado entre dois bairros periféricos e problemáticos da cidade de Lisboa, o de Serafina, bairro económico construído para funcionários públicos, e o da Liberdade, o qual não se sabe em concreto como surgiu, tendo sido todo feito clandestinamente, com casas que têm poucas condições, em que os moradores tinham graves problemas como alcoolismo, drogas, desemprego, poucas condições de higiene, pobreza, famílias desagregadas, crianças, jovens e idosos abandonados.

De facto, o que desde então esta Paróquia tem procurado fazer é procurar pôr em prática toda a doutrina de São Vicente de Paulo “Amar a Deus nos pobres”.

⁴⁷ Cf. Anexos 2. Visita ao Centro Social Paroquial de São Vicente de Paulo.

O Centro Social Paroquial apresenta as seguintes valências:

Lar de idosos, Centro de Dia, Apoio Domiciliário / Apoio à Comunidade, Atendimento e Serviço Social, Fisioterapia e Estomatologia, Creche, Jardim de Infância, Actividades de Tempos Livres (ATL).

Ao longo do tempo foi-se construindo um Centro de Dia, uma vez que os idosos, até esta data, passavam os dias a jogar cartas nas tabernas existentes nos dois bairros. Também nesta data, anos oitenta do século XX, foi criado o Apoio Domiciliário. Mais tarde, foi criado o Jardim de Infância, Creche e ATL, os quais foram começando a dar respostas às carências da população da Paróquia. A Instituição foi sempre feita em prol das carências da população, e as pessoas sentiram a necessidade da criação de um Lar de Idosos com as devidas condições e assim este foi construído, graças à realização de festas, cujas receitas reverteram para a efectivação desta obra, bem como com o apoio de benfeitores e do Estado. Este Lar tem a perspectiva de ter só idosos dependentes, o que aliás se mantém desde a sua inauguração, pretendendo ser quase um “hospital” de retaguarda. Actualmente o Lar dá respostas não só a pessoas do Bairro, mas de outras zonas da cidade.

Procuram ainda dar resposta a deficientes do foro psiquiátrico, doentes de trissomia 21 e filhos de pais idosos.

O Centro Social e Paroquial S. Vicente de Paulo desenvolveu todo o seu dinamismo sócio caritativo permanecendo fiel ao mandato de Jesus Cristo: “Tudo o que fizerdes aos outros é a mim que o fazeis”. Tem tido como lema o apoio aos mais pobres e necessitados.

b) Na visita à Paróquia do Campo Grande⁴⁸, fomos informadas das diferentes valências existentes na Paróquia: Área Litúrgica; Área Evangelizadora e Área Sócio-Caritativa.

Centrando-se na área Sócio-Caritativa, a Pastoral da Saúde na Paróquia promove trimestralmente uma reunião transversal com diferentes pessoas (assistentes sociais e os diferentes grupos de evangelização) que trabalham com idosos, para que se conheçam e assim para haver intercâmbio entre as diferentes pessoas. Quer o grupo da Catequese, quer o dos reformados, têm contribuído muito para a Evangelização na Paróquia.

Quanto à área Sócio-Caritativa é composta por vários grupos, em que o maior deles é o grupo do Centro Social, que tem várias valências: creche, jardim-de-infância e o “CATL”, centro de actividades de tempos livres, (antigo ATL), etc. O grupo sénior tem a responsabilidade do apoio social, e estão em contacto com os enfermeiros do Centro de Saúde, estando em contacto permanente com o Serviço de apoio à doença.

Nesta área está incluída a distribuição de refeições, higiene ao idoso e/ou doente. A área sénior tem um Centro de Dia, com cerca de cento e cinquenta utentes, com algumas actividades, tais como ginástica, ioga, vários ateliers, e estão em articulação com várias associações, como, por exemplo, com a Associação de Doentes de Alzheimer e outras similares.

Existe na paróquia, um centro de acolhimento do voluntariado, cuja função é a de acolher e encaminhar os voluntários, sendo estes depois integrados nas diversas valências, conforme a sua aptidão e onde se sintam mais à vontade. São os profissionais de cada valência que encaminham e orientam os voluntários. No voluntariado só são aceites pessoas que residam na Paróquia e que sejam idóneas. Os voluntários vão dois a

⁴⁸ Cf. Anexos 2. Visita à Paróquia do Campo Grande.

dois visitar os doentes/idosos e reúnem com a assistente social da área e também com a psicóloga.

Existe uma hierarquia na integração dos voluntários: os que levam as refeições; os que fazem acompanhamento e os que acompanham os doentes ao hospital.

Tem de haver um trabalho em equipa dos voluntários visitantes com a assistente social e com os agentes sociais. O grupo de visitantes só conversa com as pessoas (doentes e/ou idosas), sendo que aqui só interessa o aspecto humano pois o aspecto evangelizador é da responsabilidade do grupo “Presença Viva” (apoio espiritual católico). Os voluntários visitantes são os que estão mais ligados à Pastoral da Saúde.

Relativamente à relação Paróquia-Hospital foi-nos dito que quando têm conhecimento que um paroquiano está internado, um visitante ou um ministro extraordinário da Comunhão desloca-se ao hospital para visitar o doente, e se a visita for feita por um ministro extraordinário da Comunhão, este passa pela capelania para levar a Comunhão ao doente.

Pode considerar-se que nesta Paróquia existe uma boa envolvência com os paroquianos, nas diferentes áreas: (Litúrgica, Evangelizadora e Sócio-Caritativa): Quanto à relação Paróquia-Hospital, ainda está pouco desenvolvida.

c) A paróquia de S. Brás, em Évora⁴⁹, tem um projecto de reinserção social de acolhimento temporário a pessoas ou famílias em situação de emergência social. Com este projecto a paróquia estabelece um trabalho de articulação com o centro Distrital de Segurança Social de Évora/Unidade de Protecção Social de Cidadania e com o Hospital local de onde recebe utentes e para onde encaminha alguns deles.

⁴⁹ Cf. Anexo 2. Visita ao Centro de Alojamento Temporário de Évora.

3.5.3. Saúde mental: visita às Casas de Saúde do Telhal e da Idanha

Ao longo do Estágio fizemos uma visita à Capelania da Casa de Saúde de S. João de Deus do Telhal e à Casa de Saúde da Idanha das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

a) A Casa de Saúde do Telhal⁵⁰ é uma instituição psiquiátrica que faz parte do Instituto S. João de Deus, fica situada no Concelho de Sintra, na Estrada do Telhal em Mem Martins, a cerca de vinte quilómetros de Lisboa, sendo fundada pelo P. Bento Menni em Junho de 1893.

Iniciámos a visita pelos Serviços da Pastoral da Saúde e Animação, os quais possuem recursos humanos afectos em regime de tempo inteiro e um espaço próprio devidamente identificado e de localização e acesso fácil para utentes, colaboradores ou familiares. Este serviço é considerado um Serviço Humanista Cristão, tendo como alvo da sua acção a pessoa integral, canalizando para ela todo o esforço, acção e planeamento de uma visão global dos problemas da pessoa, ou seja, toda a actuação deste serviço vai ao encontro de uma assistência global e integral da pessoa doente, nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual, passando por uma necessária e adequada articulação entre os diversos serviços e valências da Casa de Saúde. Este Serviço não pode funcionar de uma maneira isolada e fechada em si mesma, mas sim em estreita colaboração com os diversos grupos disciplinares da Casa de Saúde.

Foram-nos ainda referidos os objectivos da intervenção na dinâmica da Pastoral da Saúde:

⁵⁰ Cf. Anexo 2. Visita à Casa de Saúde do Telhal.

- Zelar pela evangelização e humanização da assistência da Instituição, visando o bem-estar global de todos os que nela se encontram ou a ela vêm (utentes, Irmãos, colaboradores, familiares, etc.);
- Proporcionar atendimento pastoral, espiritual e religioso aos doentes internados na Casa de Saúde do Telhal - e acompanhamento quando internados noutra Unidade Hospitalar - bem como aos seus profissionais;
- Acompanhar e favorecer políticas de humanização, colocando o doente como razão de ser da Instituição, eventualmente no resgate da dignidade humana, no processo de restabelecer ou despertar a fé e a esperança;
- Sensibilizar a comunidade social envolvente para uma ligação efectiva com a instituição hospitalar;
- Preparar agentes da Pastoral da Saúde para anunciar a Boa Nova ao ser humano, diante do confronto com o sofrimento, a doença e a morte, bem como alertá-los para a necessidade do respeito pelo sigilo profissional em relação às informações recolhidas ou confiadas;
- Relacionar-se com as diferentes tradições religiosas num diálogo que respeite a liberdade de consciência;
- Contribuir para a humanização e conseqüente evangelização das estruturas - da Instituição e dos profissionais - actuando junto dos mesmos no evoluir do seu processo de formação profissional, a fim de cultivar valores humanos, éticos e cristãos.

No respeitante aos objectivos da Capelania foram enumerados os seguintes:

- Integrar a equipa de Pastoral da Saúde, desenvolvendo, também com ela, todos os objectivos já anteriormente descritos;

- Assumir a responsabilidade das celebrações litúrgicas e/ou sacramentais;
- Proporcionar atendimento Pastoral, Religioso e Espiritual aos utentes, colaboradores e familiares,
- Orientar e esclarecer aspectos de índole litúrgico-pastoral mais relacionados com a sua acção específica;

Podemos considerar que nesta Casa de Saúde, os doentes são bem acolhidos, existindo humanização e respeito pela pessoa doente.

b) A Casa de Saúde da Idanha⁵¹ fica situada em Belas e apresenta uma lotação de 500 camas. Tem como principais objectivos a prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria, segundo o Carisma Hospitaleiro, orientados pelo critério da centralidade da pessoa doente. Desenvolve programas assistenciais segundo um modelo de assistência integral que, através do trabalho em equipa, desenvolve a intervenção terapêutica contemplando os aspectos biológicos, psíquicos, sociais, humanos, espirituais e ético-relacionais.

Esta Instituição desenvolve a sua intervenção em diferentes valências: ambulatório: consultas externas de psiquiatria e psicologia; internamento de curta duração: intervenção na crise; internamento de média e longa duração; reabilitação: psicossocial; profissional e ocupacional; Medicina Paliativa.

O serviço da Pastoral da Saúde na Instituição abrange as seguintes áreas: Área de Celebração; Área de Evangelização; Área de Acompanhamento e Diálogo.

⁵¹ Cf. Anexo 2. Visita à Casa de Saúde da Idanha.

Ainda nos foi referido que, quando um dos doentes é internado num dos hospitais gerais, geralmente o Hospital Amadora-Sintra, que é o da área de residência, a equipa da Pastoral da Saúde da instituição visita esse doente, tentando acompanhá-lo.

A Pastoral da Saúde na instituição ainda faz o acompanhamento aos funcionários, quando por exemplo em problemas de divórcio, luto, etc., lhes tentam dar aconselhamento.

Pode considerar-se que a Casa de Saúde da Idanha é uma instituição de saúde em que é feito o acompanhamento integral à pessoa doente. Nesta instituição a Pastoral da Saúde está muito presente em todas as dimensões: sacramental, acolhimento e acompanhamento.

3.5.4. Visita à Capelania do Hospital de S. João

No âmbito das visitas de estudo ainda realizei uma visita à Capelania do Hospital de S. João, localizado no Porto⁵². Nesta visita fui recebido por um dos capelães, Pe. Manuel Fernando Soares que, após mostrar as Instalações onde se encontra a Capelania, relatou como esta se encontra organizada e o seu modo de funcionamento.

Foi-me referido que possuem um Conselho Pastoral da Capelania do Hospital, que é o organismo dos SAER que, no hospital, em união com os Capelães/Assistentes Espirituais nomeados pelo Bispo da Diocese e em comunhão com a Igreja Diocesana, animará a presença pastoral da Igreja na comunidade hospitalar, e coordenará,

⁵² Cf. Anexo 2. Visita à Capelania do Hospital de S. João.

integrando-os, os dons e carismas de todos os que cooperam nesta missão, como comunidade eclesial convocada e enviada por Deus a este meio concreto.

Tive ainda a possibilidade de constatar que neste hospital existem diversas equipas de colaboradores voluntários: a equipa da Pastoral de Presença; a equipa da Pastoral Sacramental Ferial; a equipa da Pastoral do Domingo; a equipa da Dinamização da Comunidade Hospitalar; a equipa da Pastoral Universitária; a equipa de Apoio constituída pela equipa de Espiritualidade; equipa de Formação e equipa de Animação Comunitária.

Na capelania existe uma biblioteca, com livros e revistas para empréstimo aos doentes, para que o tempo de doença não seja um tempo perdido ou apenas tempo entregue a distrações que distraiam mas pouco ajudem, mas um livro ou uma revista de espiritualidade auxilia a crescer interiormente e a aprofundar o sentido da vida. Ainda existe um serviço de apoio às famílias dos doentes, quando solicitado; existe sempre alguém disposto a escutar e a apoiar.

Aquando da alta de um doente cujos colaboradores acompanharam no seu internamento hospitalar, os serviços da capelania avisam o pároco da comunidade a que o doente pertence, para que o doente seja acolhido na comunidade, a fim de que a caminhada feita no hospital não seja perdida.

Têm ainda uma grande relação ecuménica com igrejas de outras confissões religiosas existentes no Porto; mas se for uma seita não existe relação.

É de salientar a organização e funcionamento desta Capelania Hospitalar, como modelo a seguir pelas Capelania de outros Hospitais. No hospital de S. João é garantida a assistência espiritual a todos os doentes, respeitando a sua convicção religiosa. Também nesta Capelania existe uma boa relação com as paróquias

envolventes, com a Comunidade e com as diferentes confissões religiosas existentes na cidade do Porto.

3.5.5. Conclusão das visitas de estudo

Para finalizar, posso concluir que a participação na Comissão de Ética por um dos capelães tem sido uma constante desde a origem da mesma. A preocupação ética é, um ponto importante para qualquer capelania. Por isso, no âmbito do estágio, foi feito um pequeno relatório sobre as Comissões de Ética.

No respeitante às visitas de estudo efectuadas às duas paróquias, paróquia de São Vicente de Paulo e do Campo Grande foram de grande interesse. Pude verificar, por exemplo, como na paróquia de São Vicente de Paulo, situada num bairro social com muitas carências, a Pastoral da Saúde e a Pastoral Social estão muito bem desenvolvidas, quer no apoio à pessoa desde a sua infância até à velhice, bem como na relação paróquia-hospital.

Quanto à paróquia do Campo Grande, situada numa zona da cidade de nível económico mais elevado, onde existem dois bairros sociais de nível socioeconómico baixo, constatei a existência de uma preocupação na área da Pastoral da Saúde no apoio à pessoa idosa, no seu acompanhamento domiciliário. Quanto à relação paróquia-hospital, esta ainda está em embrião, mas a relação com o centro de saúde da zona já é bastante forte.

Relativamente à visita ao CATE, pude verificar que existe uma boa articulação da paróquia de S. Brás em Évora com as diferentes entidades, Segurança Social e Hospital, no apoio temporário às pessoas ou famílias em situação de emergência social.

No respeitante, às Casas de Saúde do Telhal e da Idanha, verifiquei que a capelania destas duas instituições de saúde, têm um desempenho muito forte na Pastoral

da Saúde, pois existe grande preocupação no acompanhamento dos doentes internos, existindo humanização e evangelização. Destaco ainda, na Casa de Saúde da Idanha a existência da unidade de cuidados paliativos, em que existe uma boa equipa multidisciplinar para acompanhamento da pessoa doente na fase terminal da vida.

Quanto à visita de estudo à capelania do Hospital de S. João, foi muito enriquecedora, dando-me uma visão muito ampla do que se pode fazer numa capelania hospitalar católica, desde a envolvência da capelania, com as paróquias servidas pelo hospital, com os profissionais de saúde e com os doentes. Ainda é de salientar o espírito ecuménico que existe da capelania com as igrejas de outras religiões oficialmente reconhecidas.

CONCLUSÃO GERAL

Com o estágio no curso de mestrado do qual resultou este trabalho, tive a oportunidade de acompanhar doentes, assistindo-os espiritualmente e, desta forma aprofundar os conteúdos e a prática da Relação Pastoral de Ajuda.

Este trabalho foi muito positivo, embora sentisse algumas dificuldades e limitações, no que se refere ao acompanhamento de doentes. Não posso deixar de salientar a preocupação do Estado ao legislar, com o decreto-lei nº 253/2009⁵³, a assistência espiritual e religiosa nos estabelecimentos de saúde em que esta é reconhecida como uma necessidade essencial, com efeitos relevantes na relação com o sofrimento e a doença, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados. Também este decreto-lei, evidencia o aspecto ecuménico na assistência espiritual e religiosa nas diversas unidades de saúde. A capelania hospitalar é um serviço hospitalar, além de ser espaço de evangelização, de acolhimento e acompanhamento da pessoa doente, participa ainda na comissão de ética e noutras comissões.

No respeitante às dificuldades sentidas ao longo do estágio, no acompanhamento espiritual dos doentes foi, por vezes, ter hipótese de um só encontro com o doente, em virtude, de em alguns dos casos, os internamentos serem de curta duração, não permitindo por esta razão ter oportunidade de um segundo encontro com o doente e, como tal, fazer um melhor acompanhamento; outros o seu estado ser de tal modo crítico, que impedia o diálogo, e também a grande dimensão do hospital, que torna o ambiente pouco familiar e disperso, o que no início do estágio aumentou as dificuldades.

⁵³ Cf. Decreto-lei nº 253/2009 de 23 de Setembro, in *Diário da República*, 1ª série nº 185 de 23 de Setembro de 2009, pp.6794-6798.

Relativamente à importância da Pastoral da Saúde nas Paróquias, existe a necessidade de sensibilização dos párocos para a sua criação. Na realidade, muitas das paróquias não têm nada ou quase nada na Pastoral da Saúde, uma vez que só se têm preocupado com a Pastoral Social, mas ambas são importantes. Quanto à relação paróquia-hospital é de grande importância, porque o doente, quando está internado no hospital, continua a ser uma “pedra viva” da paróquia. O hospital é um lugar de passagem e na paróquia o doente tem necessidade de continuar a ser acompanhado em todas as dimensões da pessoa (física, psíquica e espiritual).

Para finalizar este trabalho sugerem-se algumas propostas para um serviço mais eficiente da Capelania no acolhimento e acompanhamento do doente.

- a) Criação de um Conselho Pastoral Hospitalar
- b) A Cooperação Paróquia – Capelania
- c) Reorganização da Capelania
- d) Criação de uma Biblioteca

a) Criação de um Conselho Pastoral Hospitalar

A criação de um Conselho Pastoral Hospitalar (CPH) é de grande importância para o avanço da acção e da presença da Igreja no interior dos hospitais e em todo o âmbito da saúde⁵⁴. O Concílio Vaticano II e múltiplos pronunciamentos magisteriais subsequentes, pedem que a visibilização da presença da Igreja, Sacramento de Salvação, no mundo e na história dos homens, se faça pela orgânica da participação e da co-

⁵⁴ Cf. M. BELLADELLI. “Conselho de Pastoral Hospitalar”, in VENDRAME, Calisto & PESSINI, Leocir (Directores da Edição Brasileira). Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde. São Paulo: Ed. Centro Universitário São Camilo e Ed. Paulus 1999, pp.195-197.

responsabilidade, que no Conselho Pastoral encontra expressão significativa e operante. O CPH deve ajudar todos os crentes presentes no hospital a descobrir-se e a ser uma comunidade de saúde. A Capelania Hospitalar como comunidade eclesial que é, não pode furtar-se ao desafio de aprofundar a consciência de si mesma, que constitui a Igreja, Povo de Deus, por Cristo, no Espírito Santo. A Capelania Hospitalar não pode deixar de procurar a concretização orgânica dessa sua íntima constituição, permitindo à totalidade dos seus membros a participação co-responsável na missão especificamente situada no meio hospitalar. Deve mesmo promover o sacerdócio comum de todos os fiéis cooperadores da tarefa pastoral a desenvolver no hospital e de todos os membros da Igreja que, no hospital, profissional ou voluntariamente, prestam serviço aos doentes, encontre lugar para se manifestar. A Capelania Hospitalar não pode também ignorar o valor ministerial dos que sofrem os males que motivam o internamento hospitalar. O sofrimento assumido na fé, como participação no Acto de Redenção, obriga a reconhecer a condição ministerial dos doentes, e assim, a criar condições que integrem a sublime peculiaridade do seu ministério no lugar do exercício orgânico da ministerialidade comum a todos os baptizados⁵⁵. O CPH tem como missão prioritária estudar e examinar toda a problemática pastoral e sugerir iniciativas concretas. No hospital os doentes e seus familiares vivem muitas vezes situações de grande dramaticidade; existe também uma pluralidade de culturas em diálogo ou até em confronto; a imensidão de pessoas que aí vivem momentos nucleares da existência humana, em processo acelerado de medicalização; a profundidade e a gravidade das questões antropológicas e éticas em debate, ou negadas, pela evolução das ciências

⁵⁵ Cf. CAPELANIA DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO. “Hospitalidade: sejamos o que somos”, in *Agenda Pastoral 2008/09*, Serviço Religioso, Porto.

médicas e pelas alterações em curso nas artes de cuidar e de cuidar, estas razões serão mais que suficientes para justificar a criação de um Conselho Pastoral Hospitalar. Este CPH deve ser formado por diversas equipas, de cooperadores voluntários, de profissionais de saúde, de alunos da Faculdade de Medicina e pelos capelães hospitalares, sendo um deles o presidente do CPH.

b) Cooperação Paróquia – Capelania

Ao longo dos tempos as capelarias hospitalares e as paróquias têm-se ignorado mutuamente e, com raras excepções, continuam a ignorar-se. A comunicação e a inter-relação pastoral são pontuais e inconsistentes, salvo raras excepções. Esta mútua ignorância pastoral prejudica os doentes e a Igreja. Portanto, é necessária uma cooperação Paróquia-Hospital, para o bem dos doentes⁵⁶. Esta cooperação é ainda mais necessária no actual contexto político-social, em que alguns sectores sociais põem em causa a presença da Igreja no hospital. Mas, sem cuidados espirituais e religiosos, não existem cuidados de saúde humanizados e de qualidade, sendo o homem olhado de forma sintomática e parcelar.

Verifica-se, na realidade hospitalar, um problema grave, uma vez que são muito poucos os católicos que solicitam activamente os serviços de assistência espiritual e religiosa. Geralmente os doentes e seus familiares esperam ser visitados e queixam-se se isso não acontece. Uns ignoram a existência de um serviço religioso, outros têm “vergonha” de o pedir, outros temem a censura ou troça, outros, dominados pelo preconceito, continuam a associar a presença do capelão ou do agente pastoral da saúde à morte, outros ainda, talvez o menos frequente, pedem os serviços de assistência

⁵⁶ Cf. F. SAMPAIO. *Cooperação Pastoral Paróquia-Hospital*. Documento fotocopiado pp.1-10.

espiritual e religiosa, mas a informação por vezes pode ser desvalorizada ou bloqueada. O pedido de Santa Unção que a maioria ainda chama “Extrema-Unção”, é o pedido mais frequente, geralmente só feito por familiares.

O hospital é um lugar de passagem e o tempo de internamento é cada vez mais pequeno, devido ao desenvolvimento da ciência e da técnica, e portanto, o tempo de internamento é cada vez mais um tempo de passagem. Os doentes não são do hospital, mas pertencem à paróquia. O modo como o doente vive a fé no tempo de doença, é indicativo de uma situação espiritual saudável ou patológica e o desapego em relação à celebração da fé é frequente. Terá de ser na paróquia que o trabalho de informação e formação deve ser realizado, e os capelães/assistentes espirituais poderão e deverão colaborar nesta tarefa, pois tal liga-os às próprias comunidades e torna-os conhecidos.

A cooperação Paróquia-Hospital pode proporcionar uma ocasião única para reinverter a situação e potenciar a solicitude pastoral pelos doentes. É necessário mudar o paradigma e tornar os cristãos de passivos em pró-activos na defesa e na exigência dos seus direitos. Isto deve ser feito através do poder de iniciativa dos cristãos pelo despertar do sentimento de poder (perder o medo e vergonha que conduz à resignação) através da consciencialização dos direitos e da importância da fé (fé como poder interior) na doença, a fim de viver cristãmente o tempo de doença. Só isso os pode levar a pedir e exigir a assistência espiritual e religiosa. Deste poder de iniciativa faz parte o conhecimento sobre a missão da capelania no hospital, sobre os sacramentos na doença, sobre um novo pensamento, sobre o sofrimento (purificar o pensamento no que se refere ao sofrimento) e o desenvolvimento de uma espiritualidade saudável. Um dos sintomas negativamente interessante é que os jovens doentes não pedem a presença dos serviços de assistência espiritual e religiosa e muito raramente falam nos sacramentos. O que terá acontecido à catequese dos jovens?

Concluindo, a cooperação pastoral entre a paróquia e a capelania, organizada e consistente, parece ser uma oportunidade pastoral preciosa e urgente para benefício dos doentes e para o bem da missão da Igreja. A capelania permite que a comunidade esteja presente no hospital através do voluntariado pastoral. Esta presença organizada e legitimada é benéfica para os doentes, pois fá-los sentirem-se amados e valorizados pela comunidade. O trabalho em rede é, por isso, pastoral e evangelicamente necessário e urgente.

A “Cooperação pastoral Paróquia- Capelania” realiza-se na paróquia e concretiza-se na capelania. Realiza-se na paróquia, através do Núcleo da pastoral da saúde, pela criação de canais de comunicação com a capelania, acompanhamento de doentes e participação no voluntariado pastoral da capelania. São de destacar ainda a importância de acções formativas e informativas sobre os direitos dos doentes, funções da capelania hospitalar, força da fé no tempo de doença e do sofrimento, sacramentos na doença, purificação da linguagem do sofrimento, educação, prevenção e promoção da saúde.

c) Reorganização da Capelania – aumento de um maior número de cooperadores voluntários; possibilidade do SAER ter acesso à listagem dos doentes internados diariamente.

No respeitante à reorganização da capelania, sugere-se um aumento do número de cooperadores voluntários, para que diariamente exista um grupo para acolhimento dos doentes internados no Hospital no dia anterior, independentemente da sua confissão religiosa. Este grupo terá por tarefa acolher os doentes, dando-lhes a conhecer a existência do SAER, e os seus direitos acerca da Assistência espiritual e religiosa, recolhendo também os seus pedidos de assistência. Para que isto possa ser posto em

prática, com mais facilidade, é necessário que SAER tenha acesso à listagem dos doentes internados diariamente. Esta reorganização vem ao encontro do artigo 5º do decreto-lei nº 253/2009 de 23 de Setembro de 2009⁵⁷.

d) Criação de uma Biblioteca

A criação de uma Biblioteca tem como objectivo o empréstimo de livros e revistas aos doentes, para que o tempo de doença não seja um tempo perdido ou apenas tempo entregue a distrações que distraem mas pouco ajudam, mas um livro ou uma revista de espiritualidade auxilia a crescer interiormente e a aprofundar o sentido da vida.

Este trabalho para a conclusão do “*Mestrado em Ética, Espiritualidade e Saúde*” constituiu uma oportunidade de aprofundamento, fundamentação e sistematização de conteúdos e aprendizagem de uma técnica de elevada importância para a comunicação de todo o agente de Pastoral.

Para concluir – Para o bem dos doentes é necessário um melhor serviço pastoral. E este só é possível com melhor estruturação e organização. A capelania hospitalar católica, integra-se, deste modo, num Hospital que exige excelência e qualidade nos cuidados que presta. E a imagem da Igreja sai beneficiada no complexo mundo da saúde.

⁵⁷ Cf. Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde: Artigo 5º do Decreto-lei nº 253/2009 de 23 de Setembro, in *Diário da República*, 1ª série nº 185 de 23 de Setembro de 2009, pp.6796.

BIBLIOGRAFIA

ESTUDOS

BELLADELLI, Marco. “Conselho de Pastoral Hospitalar”, in VENDRAME, Calisto & PESSINI, Leocir (Directores da Edição Brasileira). *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde*. São Paulo: Ed. Centro Universitário São Camilo e Ed. Paulus 1999, pp.195-197.

BERMEJO, Jose Carlos. *Relação Pastoral de Ajuda ao Doente*. Apelação: Paulus, 2002.

BERMEJO, Jose Carlos. Relação Pastoral de Ajuda, in Apontamentos das aulas no âmbito do Mestrado em “Ética, Espiritualidade e Saúde” da Universidade Católica. Fátima: 2007.

BRUSCO, Angelo. “Capelania Hospitalar”, in VENDRAME, Calisto & PESSINI, Leocir (Directores da Edição Brasileira). *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde*. São Paulo: Ed. Centro Universitário São Camilo e Ed. Paulus 1999, pp.140-142.

BRUSCO, Angelo. “Relação Pastoral de Ajuda”, in VENDRAME, Calisto & PESSINI, Leocir (Directores da Ed. Brasileira). *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da Saúde*. São Paulo: Ed. Centro Universitário São Camilo e Ed. Paulus 1999, pp.1098-1105.

CAPELANIA DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO. “Hospitalidade: sejamos o que somos”, in *Agenda Pastoral 2008/09*, Serviço Religioso, Porto.

CONFERÊNCIA EPISCOPAL ESPANHOLA. *La Asistencia Religiosa en el Hospital*. Orientaciones Pastorales, nº 39.

- CONFERÊNCIA EPISCOPAL ITALIANA, *La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana*, nº 42.
- CONFERÊNCIA EPISCOPAL PORTUGUESA, “*Meditação sobre a Vida*”, in *Documentos Pastorais*, VI Volume, 2002-2005, Ed. Secretariado Geral da Conferência Episcopal Portuguesa, Lisboa, 2006, pp.129-139.
- CONSELHO PONTIFÍCIO PARA A PASTORAL DA SAÚDE. Carta dos Profissionais de Saúde - Documentos pastorais, p.54.
- DI TARANTO, Leonardo Nunzio. *La Cappellania Ospedaliera Mista: una novità ecclesiale nelle istituzioni sanitarie*. Torino: Edizioni Camilliane, 1999, pp.29-33.
- EUROPEAN NETWORK OF HEALTH CARE CHAPLAINCY, Standards, Finlândia, 2002 (ENCC).
- JOÃO PAULO II. Carta Apostólica «*Salvifici Doloris*». Braga: Editorial A. O., 1984.
- Exortação Apostólica «*Christifideles Laici*». Braga: Editorial A. O., 1987.
 - Exortação Apostólica «*Ecclesia in Europa*», 2003.
 - Motu próprio «*Dolentium hominum*». Braga: Editorial A. O., 1987.
- MERCIER, Bernard. “Constituer une Équipe - La coopération des ministères non-ordonnés à la charge pastorale”, in *Aumôneries des Hôpitaux* 160, 1998, pp.29-36.
- NOUAL, Jean-André. “Une Aumônerie en recherche”, in *Aumôneries des Hôpitaux* 160, 1998, pp.18-24.
- PAULO VI. Constituição Dogmática «*Lumen Gentium*», 1964.
- PINTO, Vítor Feytor, et al. *Pastoral da Saúde. Comissão Nacional* (Documento de reflexão não publicado), pp.1-33.
- PINTO, Vítor Feytor. *Saúde para todos - desafios para uma acção pastoral*. Apelação: Paulus, 1999.

- Relação Final do Sínodo Extraordinário dos Bispos 1985 – II Assembleia Geral Extraordinária do XX Aniversário da conclusão do Concílio Vaticano II, in *Viver o Concílio*, Braga: Editorial A. O., 1986, n.º 4.
- Regulamento do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.
- ROGERS, Carl. *Tornar-se Pessoa*. 7ª Edição. Lisboa: Moraes Editora, 1985, p.43.
- SAMPAIO, Fernando. *Cooperação Pastoral Paróquia-Hospital*. Documento fotocopiado pp.1-10.
- SAMPAIO, Fernando. *Relação Pastoral de Ajuda. Boas práticas no acompanhamento espiritual de doentes*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2011.
- SANDRIN, Luciano. *La Iglesia, comunidad sanante: un reto pastoral*. Madrid: San Pablo, 2000, pp.80-88.
- SILVA, José Nuno. *Serviço da Saúde e dos doentes III – Capelania-Comunidade e Pastoral de Presença*. Apontamentos das aulas de Teologia Pastoral do Curso de Ética, Saúde e Espiritualidade, Fátima, 2007, pp.9-10.
- SORIANO, Jesús. Relación de ayuda y comunicación, in AA. VV. *Hombre en Crisis y Relación de Ayuda*. Madrid: Asetes, 1986, pp.195-196.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

Nota Histórica do Hospital de Santa Maria, in <http://www.hsm.min-saude.pt/hsmindra/tabid/1569>, acedido no dia 27 de Maio de 2009.

O Hospital de Santa Maria, in [http://pt.Wikipédia.org/Wiki/Hospital de Santa Maria](http://pt.Wikipédia.org/Wiki/Hospital%20de%20Santa%20Maria) acedido a 5 Dezembro 2012.

RELATÓRIO DE CONTAS CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE, in [http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/Relatório de Contas CHLN 2011 \(6Jun\).pdf](http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/Relatório%20de%20Contas%20CHLN%202011%20(6Jun).pdf), acedido a 6 de Dezembro 2012.

LEIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Decreto-lei nº 23/2008 de 8 de Fevereiro”, in *Diário da República - I Série nº 28, 946-947*, Lisboa, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Decreto-lei nº 253/2009 de 23 de Setembro”, in *Diário da República - I Série nº 185, 6794-6798*, Lisboa, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1

DOCUMENTOS A PARTIR DA CAPELANIA

Comissão de Ética

Relatório

1. COMISSÕES DE ÉTICA

As comissões de ética são grupos multidisciplinares de reflexão e/ou de decisão cujo objectivo principal é abordar os problemas éticos que surjam normalmente em ambiente profissional. A sua intenção é oferecer guias e conselhos para a actuação ou orientações para a tomada de decisões; estabelecer regras deontológicas de cumprimento obrigatório; julgar e supervisionar as acções levadas a cabo e analisar os conflitos mais habituais no respectivo campo⁵⁸.

2. RAZÃO DA SUA CRIAÇÃO

As comissões de ética (CE) nasceram de iniciativas pontuais e espontâneas, como resposta a vários problemas provenientes de:

- *“Experiências” realizadas em presos, em indivíduos pertencentes a minorias étnicas, em grávidas, em dementes, crianças, doentes comatosos, etc. (...) o próprio investigador não pode, pois ser o único juiz da liceidade moral da experiência que projecta realizar*⁵⁹.
- Necessidade da *elaboração de códigos internacionais relativos à experimentação no homem, iniciada com o Código de Nuremberga no pós guerra imediato, verdadeira “magna carta” nos ensaios científicos a realizar no ser humano (...), veio radicar na mente dos médicos a noção da criação de CE.*

⁵⁸ Cf. L. F. GRANDE. “Comités de ética”, in J. Garcia Férez & F. J. Alarcos (Directores), *10 palabras clave en Humanizar la salud*, Navarra: Editorial Verbo Divino. 2002, pp.189-228.

⁵⁹ W. OSSWALD. “Comissões de ética: Uma reflexão sobre a sua Justificação”, in Maria do Céu Patrão Neves (Coord.). *Comissões de Ética das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*, Gráfica de Coimbra, Lda., 2002, pp.125-129.

Todos esses documentos eram unânimes na necessidade de se entregar a decisão final respeitante a um projecto de investigação a um grupo multidisciplinar de pessoas conhecedoras dos problemas, nem todas com formação clínica ou biológica, e não mais a uma só pessoa.

- *Notáveis avanços verificados nas ciências biológicas com impacte directo na medicina vieram trazer potencialidades e virtualidades anteriormente nem sequer sonhadas.* Engloba-se neste caso o nascimento do primeiro “bebé proveta” em que a ética teve de andar a “reboque” da técnica, bem como as questões da clonagem dita terapêutica e do recurso a células estaminais humanas. Embora se possa distinguir dois tipos de comissões de ética, os *Institutional Review Board* e as comissões de ética propriamente ditas. No entanto, entre nós e na maioria dos países europeus, as funções daqueles e as destas têm ficado entregues a uma Comissão designada por Comissão de Ética.

O Decreto-Lei 97/95, estabelece a composição, competência e modo de funcionamento das C.E. para a Saúde (CES). À data da sua publicação, contudo, já existia Comissões de Ética no nosso país.

Nas CES é fundamental a independência, elas não podem estar sujeitas a influências, servir interesses ou obedecer a ordens; também devem estar imunes perante formas de coacção bem mais subtis⁶⁰. O campo específico das CES é o da ética das relações humanas, enunciando princípios, analisando situações, projectos e procedimentos à luz desses princípios, formando opinião e exprimindo-a. As CES desempenham um papel pedagógico de aconselhamento e ajuda nas instituições a que

⁶⁰ *Ibidem*

pertencem. Pelo seu trabalho (pareceres, decisões em matéria de projectos, documentos produzidos e opiniões sobre iniciativas, métodos e comportamentos), o seu papel é incontornável e de grande relevância para a instituição.

3. COMISSÕES DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Os novos desafios e as novas interrogações à clássica concepção da Vida e dos Direitos Humanos, aliados a uma vertiginosa evolução tecnológica e científica, justificam a indispensabilidade da existência das CES, e reclamam uma intensificação da sua actividade nas comunidades em que se inserem⁶¹.

O Decreto-Lei 97/95⁶² determina a constituição e actividade das CES. Mas, para além do que está legislado, as CES reflectem; devem difundir a sua reflexão e provocar a reflexão na comunidade hospitalar em que se inserem. *“Compete às CES promover e, mesmo, zelar para que o exercício da actividade médica se reja por padrões éticos, protegendo a dignidade humana e respeitando a autonomia dos indivíduos / doentes. As CES “são”, ainda, uma oportunidade excelente para a divulgação das grandes orientações e dos grandes princípios da bioética”*⁶³.

Hoje, os membros das CES terão de ter uma indispensável formação bioética específica e ampla, contrariamente ao que existiu, durante muitos anos, em que as CES

⁶¹ Cf. F. ALMEIDA, “Comissões de Ética para a Saúde: sua Natureza e Tarefas”, in Maria do Céu Patrão Neves (Coord.). *Comissões de Ética das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*, Gráfica de Coimbra, Lda., 2002, pp.131-142.

⁶² “Decreto-Lei 97/95 de 10 de Maio”, in *Diário da República - I Série A n°108, 2645-2647, Lisboa, 1995*.

⁶³ F. ALMEIDA, “Comissões de Ética para a Saúde: sua Natureza e Tarefas”, in Maria do Céu Patrão Neves (Coord.). *Comissões de Ética das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*, Gráfica de Coimbra, Lda., 2002, p.132.

eram constituídas por “homens bons” que ofereciam a sua disponibilidade e a sua sensibilidade, a sua atenção cuidadosa ao respeito pelos direitos e pelos valores humanos, universalmente proclamados e aceites.

4. COMPOSIÇÃO DAS COMISSÕES DE ÉTICA PARA A SAÚDE

As CES devem ter uma composição de sete elementos, preferencialmente e (legalmente) multidisciplinar incluindo profissionais de saúde (médico, enfermeiro, assistente social), jurista, eticista e/ou teólogo, devendo considerar-se a oportunidade de integrarem a sua constituição farmacêutico e algum membro da sociedade civil (não especificamente ligado à área da saúde). As CES podem recorrer, de forma ordinária e/ou extraordinária, a consultores que entendam ser úteis para a elaboração de um parecer mais específico.

Contudo, a “especialidade” fundamental que se exige a um membro de uma CES, é a sua sensibilidade para as questões éticas, capacidade de abertura ou diálogo e de acção no grupo como “ igual e interessado nas questões éticas”, a sua disponibilidade para a reflexão e estudo dos comportamentos humanos, a sua postura de opção preferencial pelos valores humanos e pela moral.

5. REUNIÕES DAS CES

As CES devem reunir com uma dada periodicidade, de preferência mensalmente, para que consigam responder de forma mais eficaz à maioria das situações. No entanto poderá haver necessidade de realizar reuniões com carácter extraordinário dependendo da urgência do caso em questão. As reuniões devem ser

convocadas pelo seu Presidente dando conhecimento prévio da respectiva agenda de trabalho.

De todas as reuniões plenárias das CES devem ser exaradas actas, o mais completas possível.

6. CONCLUSÃO

As Comissões de Ética na sua formação devem contemplar a *interdisciplinaridade*, como articulação da diferença e a pluralidade de perspectivas, o *diálogo* e a *deliberação*, como atitude e método da convivência solidária e a tomada de decisões prudentes; e a *responsabilidade e humanização* como compromisso humano com o mundo.

BIBLIOGRAFIA

ESTUDOS

F. ALMEIDA, “Comissões de Ética para a Saúde: sua Natureza e Tarefas”, in Maria do Céu Patrão Neves (Coord.). *Comissões de Ética das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*, Gráfica de Coimbra, Lda., 2002, p.132.

L. F. GRANDE. “Comités de ética”, in J. Garcia Férez & F. J. Alarcos (Directores), *10 palabras clave en Humanizar la salud*, Navarra: Editorial Verbo Divino. 2002, pp.189-228.

W. OSSWALD. “Comissões de ética: Uma reflexão sobre a sua Justificação”, in Maria do Céu Patrão Neves (Coord.). *Comissões de Ética das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana*, Gráfica de Coimbra, Lda., 2002, pp.125-129.

Encontro de Relação de Ajuda

Estudo de um caso

Análise de um encontro de relação de Ajuda

1. INFORMAÇÕES

O encontro decorreu num Hospital de Lisboa, no dia 23 de Janeiro de 2009 pelas 17 horas. O mesmo aconteceu no quarto da doente e teve uma duração de 20 minutos aproximadamente.

O quarto da doente é um quarto com luz directa, com três camas, mas neste dia só estava ocupada a da doente. As doentes das outras camas tinham tido alta. A doente tinha em cima da mesa-de-cabeceira uma garrafa de água e também um terço.

A doente chama-se Amélia (*nome fictício*). Tem 76 anos. É viúva e tem dois filhos, um do sexo masculino e outra do sexo feminino. Tem três netos, dois do sexo masculino e uma do sexo feminino. É natural de Santarém, mas veio viver para Lisboa desde os 20 anos, altura em que se casou. Encontra-se internada neste hospital há uma semana, devido a uma queda na sua casa e da qual resultou uma fractura do fémur.

Já havia visitado a D. Amélia no dia 21 de Janeiro de 2009, mas esta encontrava-se acompanhada pela filha e as outras camas estavam ocupadas. Limitei-me somente a cumprimentá-la, bem como às outras doentes, desejando-lhes as melhoras.

2. PREPARAÇÃO

A iniciativa do encontro partiu da doente e aconteceu de uma forma natural no decorrer de mais uma visita ao Serviço. A minha intenção era visitar a doente, bem como outros doentes lá internados. Não tinha uma expectativa concreta sobre o que se iria passar. Talvez a expectativa fosse em relação a mim próprio saber se estava à altura de ser surpreendido por um doente num diálogo mais profundo e ser capaz de utilizar as técnicas de relação de ajuda. A doente, ao sentir-se acompanhada, quis partilhar comigo o que estava a viver nesse momento de solidão.

3. CONVERSA

F₁ - Boa tarde D. Amélia! Como se tem sentido⁶⁴?

A₁ - Boa tarde. Sinto-me melhor. O Sr. Doutor disse-me que em breve vou ter alta.

F₂ - Estou contente ao saber que está melhor.

A₂ - Pois, mas eu continuo muito triste. A minha vida não tem sentido há já vinte e quatro anos.

(Fez-se silêncio).

F₃ - Referiu que a sua vida não tem sentido há tantos anos. Então, D. Amélia, algo a preocupa!

(Fez-se novamente silêncio e a D. Amélia começa a chorar. Dei-lhe a mão, sentei-me numa cadeira que estava junto à cama e ela continuou a chorar e olhando-me fixamente, depois deixou de chorar e prosseguiu).

A₃ - Há vinte e quatro anos tive uma grande perda na minha vida, o meu filho António. O mais novo dos três filhos que tinha e morreu num brutal acidente de viação. Nessa altura o meu marido ainda era vivo. Faleceu há oito anos, senti muito a sua falta, mas a saudade do meu Toninho é muito grande, apesar de ter os outros dois filhos e os meus três netos serem muito meus amigos.

F₄ - Imagino quanto difícil deve ser a perda de um filho! Mas Maria - Nossa Mãe, também perdeu o seu único filho, Jesus.

⁶⁴ No diálogo assinalei por F, o agente de pastoral e por A, a doente.

A₄ - Tenho aceitado a perda do meu Toninho, devido à minha fé e lembro-me muito de Maria e de muitas outras Marias que sofrem tão grande desgosto, se não já teria posto termo à vida, mas só Deus ma pode tirar.

Sabe, os meus filhos não me deixam falar neste assunto, mas eu sinto necessidade de falar do meu Toninho.

F₅ - Então D. Amélia fale-me do seu Toninho.

A₅ - O meu Toninho era o meu filho mais novo, um rapaz muito inteligente. Era economista e muito meu amigo. Era a alegria da nossa casa, pois os irmãos já eram casados. Era muito alegre, eu e o meu marido saíamos muito com ele. Ele tinha à sua frente um futuro muito promissor.

(Fez-se silêncio)

F₆ - Pois é, D. Amélia a vida por vezes traz-nos grandes surpresas! Quer rezar uma oração pela alma do seu Toninho?

A₆ - Sim, quero.

F₇ - Rezámos em conjunto, despedi-me e disse-lhe que contasse com a minha ajuda e desejei-lhe as melhores. E uma boa noite.

A₇ - Agradeço-lhe ter-me escutado e peço-lhe desculpa pelo tempo que lhe tomei. Sinto-me mais aliviada, consegui desabafar a minha grande dor.

F₈ - D. Amélia não quero que me peça desculpa. Estou aqui para escutar os doentes e até uma próxima visita

(Na semana seguinte, terça-feira, quando me dirigi ao quarto onde estava a D. Amélia, esta já tinha tido alta).

4. ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DA PESSOA AJUDADA

4.1. Neste encontro estão presentes as diferentes dimensões da pessoa: corporal (física), intelectual (pensamento, raciocínio), emotiva (como expressa os seus sentimentos), social (o isolamento sentido por não poder desabafar com os filhos do seu grande desgosto), espiritual (Deus e o sofrimento). Todas estas dimensões estão interligadas entre si, mas a emotiva, a social e a espiritual têm um lugar importante ao longo de todo o encontro. Emotiva devido ao seu estado de ânimo, (desgosto); social pois os filhos não a deixam falar no seu desgosto que a martiriza há tantos anos; espiritual, uma vez que sente que Deus está presente nos momentos de maior desânimo e como tal não tentar fazer um grande disparate (pôr termo à vida).

4.2. De acordo com a escala de Maslow (necessidades fisiológicas, de segurança; sociais; estima; auto-realização), penso que as mais sentidas ao longo do encontro foram as de segurança (sentia-se só, por não poder desabafar do problema com os filhos); as sociais e a de estima (apesar dos filhos serem seus amigos tem necessidade que estes a ouçam, uma vez que se sente aliviada ao falar do seu desgosto), sendo esta a que se destaca mais.

4.3. Ao longo de toda a entrevista os sentimentos que experimenta são: serenidade na aceitação da doença (fractura do fémur); confiança para poder partilhar comigo o seu grande desgosto e a solidão em não poder partilhar com os filhos o seu desgosto.

5. ANÁLISE DA RELAÇÃO E DA EXPERIÊNCIA DO AJUDANTE

5.1. A relação com esta pessoa é quase nula. Resume-se quase só à entrevista e a uma visita antes da mesma. Nesta entrevista não me deparei com dificuldade que possa considerar de alguma relevância.

5.2. Ao longo do encontro procurei que as minhas intervenções fossem de carácter empático. Procurei não julgar, não ser superficial, nem dar respostas rápidas como fossem receitas para serem aplicadas. Procurei colocar-me no lugar da pessoa que escutava, apesar de ser muito difícil esta situação. Penso que as minhas intervenções foram de carácter empático, embora tivesse por vezes a tentação interior de “dar soluções rápidas e directivas” ou “consolo”. No entanto, tentei dominar-me, escutando activamente e por vezes fazendo silêncio, mas feita uma análise posterior ao encontro verifiquei que não tinha sido empático quanto devia ser.

5.3. Ao longo do encontro procurei escutar activamente. Procurando “agarrar” os seus sentimentos e as suas afirmações. Durante o encontro os meus sentimentos foram, essencialmente, de empatia. Sou levado a pensar que, pelo menos, tentei acolher e escutar a pessoa.

5.4. Ao longo desta entrevista pude constatar da necessidade que esta pessoa tinha em ser escutada, mas no entanto deveria ter mais encontros com ela e tentar que ela fizesse o luto pela morte do seu filho.

6. DINÂMICAS PSICOLÓGICAS E PROBLEMAS ÉTICOS PRESENTES

6.1. O encontro foi um acto natural de confiança e de diálogo e foram encontradas poucas reacções e mecanismos de defesa, mas no entanto nota-se alguma ansiedade.

6.2. Relativamente ao problema ético penso que não existia problemática desta natureza.

7. LEITURA TEOLÓGICA DA EXPERIÊNCIA

Este encontro fez-me lembrar a Morte de Jesus, relatada na Paixão do Senhor no dia de sexta feira Santa. Quanto Maria não terá sofrido ao ver Seu Filho ser morto na cruz. Toda a Sagrada Escritura nos fala de verdadeiros encontros de Jesus com os doentes, com os que sofrem, ou seja com aqueles que procuram uma palavra de conforto ou de ajuda.

8. CONCLUSÃO

Ao analisar este encontro pode retirar-se algumas conclusões que, provavelmente, nos ajudarão em futuros encontros com esta ou outras pessoas. No entanto, existem aspectos positivos e negativos.

- A forma como decorreu este encontro foi importante, uma vez que não houve interrupções e havia uma certa serenidade.

- O local onde decorreu o encontro estava acolhedor, apesar do dia estar cinzento, mas como não havia mais doentes no quarto, tornou-se facilitador.
- Senti grande dificuldade em colocar-me no lugar desta pessoa, no entanto tentei sempre não o fazer transparecer.
- Tentei sempre mostrar uma grande disponibilidade interior e exterior para escutar e não ter a tentação de dar respostas rápidas e “pré-concebidas”.
- Creio que consegui dar respostas empáticas, sobretudo fazendo uma escuta activa e não responder com soluções de consolo.
- Ao longo do encontro fiz alguns silêncios e com os meus gestos (sentar-me junto da pessoa e dar-lhe a mão), creio que ela se sentiu acolhida.

9. OUTRAS OBSERVAÇÕES

- Senti ao longo do encontro algumas dificuldades. Por vezes tive a tentação de ser um pouco consolador ou directivo nas minhas respostas, mas penso que consegui evitar sê-lo, ou pelo menos tentei que tal não acontecesse.

3. (NOVA VERSÃO) - CONVERSA CORRIGIDA

F₁ - Boa tarde D. Amélia! Como se tem sentido?

A₁ - Boa tarde. Sinto-me melhor. O Sr. Doutor disse-me que em breve vou ter alta.

F₂ - Fico (Estou) contente ao saber que está melhor.

A₂ - Pois, mas eu continuo muito triste. A minha vida não tem sentido há já vinte e quatro anos.

(Fez-se silêncio).

F₃ - Sente-se triste, uma vez que a sua vida não tem sentido há tantos anos. (Então, D. Amélia, algo a preocupa!)

(Fez-se novamente silêncio e a D. Amélia começa a chorar. Dei-lhe a mão, sentei-me numa cadeira que estava junto à cama e ela continuou a chorar e olhando-me fixamente, depois deixou de chorar e prosseguiu).

A₃ - Há vinte e quatro anos tive uma grande perda na minha vida, o meu filho António, o mais novo dos três filhos que tinha, morreu num brutal acidente de viação. Nessa altura o meu marido ainda era vivo. Faleceu há oito anos, senti muito a sua falta, mas a saudade do meu Toninho é muito grande, apesar de ter os outros dois filhos e os meus três netos serem muito meus amigos.

F₄ - Mal posso imaginar (Imagino) quanto difícil deve ser a perda de um filho! (Mas Maria - Nossa Mãe, também perdeu o seu único filho, Jesus).

A₄ - Tenho aceitado a perda do meu Toninho, devido à minha fé e lembro-me muito de Maria e de muitas outras Marias que sofrem tão grande desgosto, se não já teria posto termo à vida, mas só Deus ma pode tirar.

Sabe, os meus filhos não me deixam falar neste assunto, mas eu sinto necessidade de falar do meu Toninho.

F₅ - D. Amélia quer falar-me do seu Toninho? (Então D. Amélia fale-me do seu Toninho).

A₅ - O meu Toninho era o meu filho mais novo, um rapaz muito inteligente, era economista, muito meu amigo. Era a alegria da nossa casa, pois os irmãos já eram casados. Era muito alegre, eu e o meu marido saíamos muito com ele. Ele tinha à sua frente um futuro muito promissor.

(Fez-se silêncio)

F₆ - Pois é, D. Amélia a vida por vezes traz-nos grandes surpresas! Quer rezar uma oração pela alma do seu Toninho?

A₆ - Sim, quero.

(F₇ - Rezámos em conjunto, despedi-me e disse-lhe que contasse com a minha ajuda e desejei-lhe as melhoras. E uma boa noite).

Rezámos em conjunto, despedi-me desejando-lhe as melhoras. E uma boa noite.

A₇ - Agradeço-lhe ter-me escutado e peço-lhe desculpa pelo tempo que lhe tomei. Sinto-me mais aliviada, consegui desabafar a minha grande dor.

F₇ (F₈) - D. Amélia não quero que me peça desculpa. Tive muito gosto em a escutar. (Estou aqui para escutar os doentes e até uma próxima visita).

NOTAS FINAIS:

Devia ter sido evitada a F₆, devido a ter havido nesta afirmação uma racionalização ... “a vida por vezes traz-nos grandes surpresas!” Também se nota nesta afirmação uma ansiedade da parte do agente de pastoral, este devia ter trabalhado mais o luto da D. Amélia. Também a F₄ revela na 2ª parte (Mas Maria - Nossa Mãe, também perdeu o seu único filho, Jesus) uma afirmação do tipo consolo, o que é sempre de evitar. O agente da pastoral mostrou confiança à doente pegando-lhe na mão, conseguindo pôr-se ao nível da doente sentando-se a seu lado e também não lhe passou despercebido ver o terço em cima da mesa-de-cabeceira.

ANEXO 2

Relatórios das Visitas

1. Centro Social Paroquial São Vicente de Paulo
2. Paróquia do Campo Grande
3. Centro de Alojamento Temporário de Évora
4. Casa de Saúde do Telhal
5. Casa de Saúde da Idanha
6. Capelania do Hospital de São João

Visita ao Centro Social Paroquial São Vicente de Paulo
dos Bairros da Serafina e da Liberdade do Patriarcado de
Lisboa

1. INTRODUÇÃO

O Centro Social Paroquial São Vicente de Paulo é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), ligada à Paróquia de São Vicente de Paulo, com personalidade jurídica no foro canónico e civil.

2. LOCALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SÃO VICENTE DE PAULO

O Centro Social Paroquial São Vicente de Paulo fica localizado entre dois bairros periféricos e problemáticos da cidade de Lisboa, o de Serafina, bairro económico construído para funcionários públicos, e o da Liberdade, o qual não se sabe em concreto como surgiu, tendo sido todo feito clandestinamente, com casas que têm poucas condições.

A Paróquia de São Vicente de Paulo foi constituída paróquia autónoma a 25 de Março de 1959 pelo Senhor Cardeal Patriarca Dom Manuel Gonçalves Cerejeira e confiada aos Padres Missionários da Consolata conjuntamente com a Paróquia de Santo António de Campolide.

Foi fundador e primeiro padre desta Paróquia o Pe. Gallea, então Capelão das Irmãs do Amor de Deus, a quem foi confiada a Educação Popular. Desde a sua origem e por vontade expressa do Pe. Gallea a paróquia foi confiada à protecção de São Vicente de Paulo de que foi constituído orago.

Ainda hoje exista a interrogação como é que o Pe. Gallea, na altura também Superior Regional dos Missionários da Consolata, Instituto fundado pelo Beato José Allamano e que tem como padroeira Nossa Senhora da Consolata, optou por São Vicente de Paulo para Padroeiro da sua nova Paróquia.

A resposta encontramos-na na reflexão e vida dos escritos deste pioneiro da caridade: “A Caridade é evangelizadora”. De facto, o que desde então esta Paróquia tem procurado fazer é procurar pôr em prática toda a doutrina de São Vicente de Paulo “Amar a Deus nos pobres”.

Os primeiros obreiros evangelizadores destes bairros foram alguns membros da Conferência Vicentina, oriundos da Paróquia de São Sebastião da Pedreira.

Os anos foram passando, os párocos foram-se substituindo, os bairros foram-se alterando, muitos habitantes abandonaram os bairros devido às condições habitacionais serem (e ainda são) muito precárias, sobretudo no bairro da Liberdade, pela construção do Eixo Norte-Sul, que obrigou a muitos desalojamentos e também pelo envelhecimento dos seus habitantes.

Este Centro Social teve a sua origem em edifícios pré-fabricados. Hoje, todas as valências funcionam em edifícios dignos e com uma boa estrutura, os quais formam uma boa harmonia arquitectónica com um novo e moderno templo, a Igreja Paroquial.

3. VALÊNCIAS A FUNCIONAR NO CENTRO SOCIAL PAROQUIAL

O Centro Social Paroquial apresenta as seguintes valências:

- Lar de idosos
- Centro de Dia
- Apoio Domiciliário / Apoio à Comunidade
- Atendimento e Serviço Social
- Fisioterapia e Estomatologia
- Creche

- Jardim de Infância
- Actividades de Tempos Livres (ATL)
- Univa, apoio a famílias carenciadas através do Banco Alimentar contra a fome

4. A VISITA AO CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SÃO VICENTE DE PAULO

Após feita uma breve apresentação deste Centro, passa-se a relatar como decorreu a visita. Chegados ao Centro, fomos recebidos pelo prior da Paróquia, cónego Crespo, prior desta Paróquia desde 1977, que fez uma resenha histórica da instituição, já descrita no ponto 2, e das respectivas valências que a seguir se descrevem. O cónego Crespo ainda afirmou que, ao ser responsável pela Paróquia, reflectiu nas ideias do padre Gallea e assim começou esta obra, começando por dar prioridade à criação do centro de dia, uma vez que os idosos até esta data, passavam os dias a jogar cartas nas tabernas existentes nos dois bairros. Também nesta data, anos oitenta, foi criado o apoio domiciliário. Mais tarde, foi criado o jardim-de-infância, creche e ATL. os quais foram começando a dar respostas às carências da população da Paróquia. A instituição foi sempre feita em prole das carências da população e as pessoas sentiram a necessidade da criação de um lar de idosos com as devidas condições e assim este foi construído, graças à realização de festas, cujas receitas reverteram para a efectivação desta obra, bem como com o apoio de benfeitores e do Estado.

Procuram ainda dar resposta a deficientes do foro psiquiátrico, doentes de trissomia 21, filhos de pais idosos, dando nesta data apoio a aproximadamente 30.

4.1. ÁREA DE IDOSOS

A área dos idosos deste Centro Social e Paroquial (centro de dia e apoio domiciliário e lar), destina-se preferencialmente a todos aqueles que sofrem de isolamento, debilidade física e mental e ausência de meios para concretizar eficazmente o seu dia-a-dia. Esta prestação de serviços tem em conta o desenvolvimento integral da pessoa, com direito à dignidade de acordo com o cariz religioso da instituição.

Os objectivos desta área são:

- Ajudar o idoso a garantir uma maior estabilidade na sua vida, quer física, psíquica e religiosa;
- Garantir o bem-estar, a qualidade de vida e a segurança;
- Ajudar a exercitar o seu poder intelectual, desenvolvendo acções condicentes com os seus interesses, a sua cultura e a realidade que rodeia;
- Estimular o convívio, de forma a quebrar o isolamento e de o integrar socialmente;
- Contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento;
- Vigiar e controlar o estado físico e mental do idoso, através de vigilância médica periódica;
- Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida;
- Disponibilizar uma equipa técnica de forma a apoiar os idosos na resolução dos seus problemas de saúde, sociais e jurídicos;
- Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização;
- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia.

Esta área de idosos tem como respostas o centro de dia, para idosos que se podem deslocar e que mantenham alguma autonomia física e psíquica. Nesta data têm cerca de 60 idosos neste centro de dia. Destaca-se ainda o apoio domiciliário, para idosos que estão nas suas casas e necessitam de apoio para a satisfação das suas necessidades mais prementes, e o lar, para situações de dependência e de grande dependência, abandono familiar e/ ou isolamento. Este lar tem a perspectiva de ter só idosos dependentes, o que aliás se mantém desde a sua inauguração, pretendendo ser quase um “hospital” de retaguarda. Referiu ainda que cada vez há maior necessidade de lares com esta característica (idosos dependentes), uma vez que a população envelhece cada vez mais e o período de vida é cada vez maior. Actualmente o lar dá respostas não só a pessoas do Bairro, mas de outras zonas da cidade e tem capacidade para 120 a 130 idosos dependentes. Também referiu que na cidade de Lisboa não existe mais nenhuma instituição com esta característica (idosos dependentes).

4.2. ÁREA DE APOIO À COMUNIDADE, ATENDIMENTO E PROMOÇÃO SOCIAL

O Centro Social e Paroquial S. Vicente de Paulo desenvolveu todo o seu dinamismo sócio caritativo permanecendo fiel ao mandato de Jesus Cristo: “Tudo o que fizerdes aos outros é a mim que o fazeis”. Tem tido como lema o apoio aos mais pobres e necessitados. Seguindo esta linha de fidelidade o centro procura:

- Intervir junto das famílias ou indivíduos mais carenciados proporcionando-lhes condições de vida mais humanas;
- Formar famílias e grupos para que se tornem agentes do seu próprio desenvolvimento;

- Promover condições salubres e serviços para melhorias de condições habitacionais e familiares;
- Desenvolver uma rede de parcerias com instâncias particulares ou estatais;

Apontando para uma comunidade idónea capaz de ver, julgar e agir para uma sociedade mais justa e solidária.

Esta área tem como objectivos:

- Contribuir para a criação de condições que possibilitem aos indivíduos, o exercício pleno do seu direito de cidadania;
- Apoiar as pessoas e famílias no desempenho das suas funções e responsabilidades, reforçando a sua capacidade de integração e participação social;
- Fomentar a participação e a intervenção das pessoas, das famílias e dos grupos;
- Desenvolver actividades dinamizadoras da vida social e cultural da comunidade;
- Promover a informação, formação e inserção profissional de pessoas à procura de formação e/ou emprego e de desempregados;
- Gerar condições para a mudança da comunidade e das pessoas em particular;
- Promover a aquisição de competências pessoais, profissionais e sociais, tendo em vista a respectiva inserção social, familiar e profissional;
- Contribuir para a minimização de situações de carência alimentar;

- Contribuir para a formação das famílias abrangidas pelo Banco Alimentar para a promoção da sua autonomia, auto-estima e gestão do seu projecto de vida.

4.3. ÁREA DE INFÂNCIA

O lema da área de Infância é o amar, uma vez que o amor é a primeira instância educativa. Habita o primeiro aconchego da família e deve continuar na Instituição.

A creche tem capacidade para 65 crianças entre os 4 meses e os 2 anos de idade, estando nesta data completamente lotada. Esta creche privilegia a interacção das crianças com os adultos e à medida que exploram e brincam ganham o sentido de si próprias, estabelecem relações sociais significativas, envolvem-se em representações criativas, descobrem o movimento, criam sistemas de comunicação e linguagem, exploram objectos e constroem os primeiros conceitos de espaço/tempo/quantidade e número.

O jardim-de-infância tem capacidade para 150 crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, tendo nesta data 140 crianças. É um espaço pensado e organizado em função das crianças e adequado aos seus interesses. Neste espaço as crianças cantam, contam histórias, brincam, desenvolvem projectos de pesquisa de assuntos de seu interesse, fazem pinturas, desenhos, dramatizações e jogos organizados, interiorizam valores do despertar da Fé e da prática religiosa que lhes é proporcionada. No jardim-de-infância as crianças têm também aulas de ginástica, o que lhes permite um desenvolvimento psicomotor mais equilibrado, bem como outras noções úteis no seu futuro. Como se sabe a frequência do jardim-de-infância contribui para o sucesso escolar, isto porque estas crianças já tiveram uma série de experiências que as vai ajudar a uma melhor compreensão do mundo que as rodeia e facilitar as aprendizagens formais da escola.

O ATL (actividades de tempos livres) tem capacidade para 200 crianças entre os 6 e os 10 anos de idade, tendo nesta data 170 crianças. Tem como finalidade apoiar as crianças em idade escolar, dando-lhes uma continuidade da escola e oportunidades de alargarem as suas experiências, através de actividades extracurriculares.

4.4 OUTRAS INFORMAÇÕES

Por fim, referiu que a Instituição tem cerca de 150 funcionários, onde se inclui 1 médico dentista, 2 fisiatras, 2 fisioterapeutas, 4 ajudantes de fisioterapia, psicólogo, técnicos de recursos humanos, 7 enfermeiros, 2 médicos de clinica geral e os restantes são ajudantes de acção directa, sendo estes na sua grande maioria emigrantes.

Têm voluntariado pastoral que nasceu na Instituição, uma vez que é formado por funcionários da Instituição, os quais são catequistas e ministros extraordinários da comunhão. Foi-nos referido ainda que a população destes Bairros de uma maneira geral não é generosa para dar apoio ao Lar, é mais virada para receber. A Paróquia é pobre e limitada, quer a nível social, quer espiritual.

Não têm médico permanente, mas têm 2 médicos que asseguram a presença na casa. A enfermagem também não é permanente, mas têm diariamente 2 enfermeiras na parte da manhã, para prestar a assistência aos idosos. Têm ainda uma pessoa que se encarrega do tratamento das credenciais para o receituário e exames dos idosos.

Têm fisioterapia e estomatologia para os utentes do lar, sendo que estas especialidades estão também abertas aos paroquianos, existindo acordo com a ADSE e ARS.

É a cargo da família a medicação e as fraldas para o utente e quando há necessidade de internamento hospitalar se o utente tem família compete a esta o

acompanhamento ao hospital, caso não tenha família irá uma funcionária do lar acompanhar o idoso. O hospital que serve esta área é o Hospital Curry Cabral.

5. CONCLUSÃO

Pode concluir-se que o Centro Social Paroquial S. Vicente de Paulo é uma IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social) de referência, com espaços próprios e aptos para as diferentes valências da Instituição. É uma Instituição em que existe humanização, dando apoio e carinho à pessoa humana desde o berço até ao mais idoso.

Visita à Paróquia do Campo Grande do Patriarcado de
Lisboa

1. INTRODUÇÃO

A Paróquia do Campo Grande, cuja Igreja Paroquial tem como orago os Santos Reis Magos, teve origem numa pequena ermida datada do séc. XVI da invocação dos Santos Reis. Começou por estar integrada na freguesia de Santa Justa de Lisboa, mas devido ao desenvolvimento demográfico foi agregada à Paróquia de São João Batista do Lumiar. No entanto, esta união foi pouco duradoura e no final do século XVIII, volta a ter estatuto de Paróquia independente.

Com o terramoto de 1755 a pequena ermida ficou praticamente destruída e, em 1778, deu-se início à reconstrução da Igreja dos Santos Reis, no Campo Grande, no local onde hoje se encontra. No final do século XIX, a Igreja veio a necessitar de obras de conservação e reparação que alteraram e desfiguraram a arquitectura inicial, sobretudo a sua frontaria.

No início do século XX, foram realizadas mais obras no seu exterior tendo sido suprimido o adro circundante, o qual era delimitado por uma cortina de grades, e apeado o bonito cruzeiro, datado de 1646, que foi instalado no pátio interior do edifício. No ano de 1996, foi executada nova obra de restauro, manutenção e conservação da igreja e levada a cabo a construção de um salão paroquial inter-comunicante com a nave central da igreja, permitindo assim resolver o problema da falta de espaço face à crescente comunidade paroquial da igreja do Campo Grande. Nessa data, foi possível refazer um pequeno adro lateral simbolicamente vedado, onde foi recolocado o cruzeiro setecentista, e construir de raiz um funcional e moderno edifício onde se encontram instalados os serviços do centro social paroquial do Campo Grande, um jardim-de-infância, um centro de dia, um serviço de apoio domiciliário, a loja do idoso e os serviços sócio-pedagógicos.

2. A VISITA À PARÓQUIA DO CAMPO GRANDE:SEU RELATO

Na visita à Paróquia do Campo Grande fomos recebidos pela Dr.^a Helena Presas, que começou por nos informar das diferentes valências existentes na Paróquia:

- Área Litúrgica;
- Área Evangelizadora
- Área Sócio-caritativa

2.1. ÁREA LITÚRGICA

Fazem parte da área Litúrgica todos os grupos que têm a ver com a Liturgia e Sacramentos, leitores, ministros extraordinários da comunhão, preparação do curso de preparação para o matrimónio e batismos. Nesta área está inserido o grupo “Presença Viva”, responsável pela distribuição da comunhão aos doentes no seu domicílio, a paróquia tem mais de cem ministros extraordinários da comunhão, e doze ou treze são responsáveis pela distribuição da comunhão aos doentes em casa. Os ministros extraordinários da comunhão reúnem-se todas as primeiras 6^a feiras do mês, para rezar e organizam-se relativamente aos tempos litúrgicos. Cada ministro extraordinário da comunhão que distribui a comunhão aos doentes em casa preenche uma ficha onde menciona quantas vezes distribuiu a comunhão e quantos doentes se encontram em cada uma das casas visitadas. Na reunião verificam se o doente tem necessidade de se deslocar à paróquia ou se é necessário um dos senhores padres deslocar-se à residência, para lhe dar a santa unção, ou proceder à confissão. Assim, existe uma tentativa de ligação paróquia – doente. Este serviço foi organizado há quatro anos e quando alguma pessoa está doente, deve comunicar à Paróquia que deseja receber a comunhão sua

residência e depois é resolvido o pedido. Se for da área geográfica da Paróquia irá um ministro extraordinário da comunhão dar a comunhão, caso seja doutra paróquia será comunicado o caso à respectiva paróquia.

Na Quaresma vão dois ministros da comunhão a casa de cada um dos doentes e fazem um pequeno retiro com o doente. Tal é feito pelo “Grupo Ascendente”, também é este grupo que organiza a preparação para o sacramento da unção dos doentes. Na Paróquia há anualmente uma celebração comunitária para a unção dos doentes. Tudo isto tem sido feito para que os doentes, estando nas suas casas, consigam acompanhar o que se faz na Paróquia, para que não se sintam marginalizados e se sintam úteis.

No Natal levam o Menino Jesus aos doentes que estão nas suas casas e na Páscoa um dos senhores padres leva-lhes a Cruz. Também as pessoas do grupo sócio caritativo levam por exemplo um manjerico na altura dos santos populares.

2.2. ÁREA EVANGELIZADORA

Fazem parte desta área todos os grupos de catequese:

- Despertar a Fé;
- Catequese da infância;
- Catequese dos jovens;
- Catequese de adultos
- Outros grupos de aprofundamento da Fé, por exemplo o grupo dos reformados.

A Pastoral da Saúde na Paróquia promove trimestralmente uma reunião transversal com diferentes pessoas (assistentes sociais e os diferentes grupos de evangelização) que trabalham com idosos, para que os diferentes se conheçam e assim

haver interferência entre as diferentes pessoas. Quer o grupo da Catequese, quer o dos reformados têm contribuído muito para a evangelização na Paróquia.

2.3. ÁREA SÓCIO-CARITATIVA

Nesta área existem vários grupos, em que o maior deles é o grupo do centro social, que tem várias valências, creche, jardim-de-infância e o “CATL”, Centro de actividades de tempos livre, (antigo ATL), existe ainda o grupo de jovens que têm aulas de educação para a sexualidade, que são dadas por educadores, assistentes sociais e animadores. Estes técnicos tentam estabelecer relação deste grupo com o grupo sénior.

O grupo sénior tem a responsabilidade do apoio social e estão em contacto com os enfermeiros do Centro de Saúde, estando em contacto permanente com o serviço de apoio à doença.

Nesta área está incluída a distribuição de refeições, higiene ao idoso e/ou doente. Nesta altura têm cerca de oitenta pessoas a usufruir de apoio domiciliário.

A área sénior tem um centro de dia com cerca de cento e cinquenta utentes, com algumas actividades, tais como ginástica, ioga, vários ateliers e estão em articulação com várias associações, como por exemplo com a associação de doentes de Alzheimer e outras similares. Nesta área existe uma psicóloga que faz estimulação cognitiva e trabalha com os utentes duas vezes por semana. É realizada semanalmente a medição de tensão arterial aos idosos e estes têm uma consulta farmacêutica com a mesma periodicidade, com distribuição de medicação por vezes gratuita ou então com desconto significativo.

No Bairro das Murtas e das Fonsecaas é prestado apoio comunitário, havendo trabalho de alfabetização e saúde materno-infantil. No Bairro das Murtas têm uma

extensão da função social., em que existe um centro de convívio onde trabalha um animador social e vários estagiários de diferentes profissões.

A Paróquia tem cerca de setenta funcionários remunerados, mas muito do trabalho realizado é feito pelos voluntários.

Existe um centro de acolhimento do voluntariado, cuja função é a de acolher e encaminhar os voluntários, sendo estes depois integrados nas diversas valências, conforme a sua aptidão e onde se sintam mais à vontade. São os profissionais de cada valência que encaminham e orientam os voluntários. No voluntariado só são aceites pessoas que residam na Paróquia e que tenham boa estrutura. Os voluntários vão dois a dois visitar os doentes/idosos e reúnem com a assistente social da área e também com a psicóloga.

Existe uma hierarquia na integração dos voluntários:

- visitantes;
- os que levam as refeições;
- os que fazem acompanhamento;
- os que acompanham os doentes ao hospital.

Tem de haver um trabalho em equipa dos voluntários visitantes com a assistente social e com os agentes sociais. O grupo de visitantes só conversa com as pessoas (doentes e/ou idosas), sendo que aqui só interessa o aspecto humano pois o aspecto evangelizador é da responsabilidade do grupo “Presença Viva” (apoio espiritual católico). Os voluntários visitantes são os que estão mais ligados à Pastoral da Saúde. Em relação Paróquia-Hospital foi dito que quando têm conhecimento que um paroquiano está internado, um visitante ou um ministro extraordinário da comunhão desloca-se ao hospital para visitar o doente e se a visita for feita por um ministro

extraordinário da comunhão, este passa pela capelania para levar a Comunhão ao doente.

3. CONCLUSÃO

Pode considerar-se que nesta Paróquia existe uma boa envolvimento com os paroquianos, nas diferentes áreas: litúrgica, evangelizadora e sócio-caritativa: Quanto à relação Paróquia-Hospital, ainda está pouco desenvolvida.

Visita ao Centro de Alojamento Temporário de Évora
(CATE) da Arquidiocese de Évora

A visita ao Centro de Alojamento Temporário de Évora (CATE) do Centro Paroquial de S. Brás da Arquidiocese de Évora, que foi inaugurado em 13 de Maio de 2006, teve como objectivo tomar contacto com uma iniciativa no âmbito da Pastoral da Saúde para pessoas ou famílias em situação de emergência social.

Foi-nos fornecido o regulamento do CATE⁶⁵, e nele podemos sintetizar algumas das informações que nos foram dadas durante a visita.

Neste documento, o CATE é definido como centro que dá resposta social desenvolvida em alojamento colectivo, acolhendo de imediato e absolutamente transitório pessoas de ambos os sexos, e/ou famílias em situação de emergência social, que não sejam enquadráveis noutras respostas institucionais. O acolhimento não deve exceder os três meses, a não ser que a situações o justifiquem. Durante o tempo de internamento, procuram-se soluções possíveis para cada situação, visando a caracterização sócio-familiar e desenvolvendo uma intervenção junto da família e da comunidade de origem. Procura-se ainda, oferecer serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes.

Nos princípios orientadores do CATE, destaca-se a interligação interinstitucional para fazer o diagnóstico e buscar soluções partilhadas pela equipa, o respeito pela individualidade e privacidade dos utentes e a reorganização familiar dos utentes sempre que possível.

A equipa técnica é constituída por uma directora técnica, uma assistente social, uma enfermeira e uma psicóloga. Esta equipa conta com treze auxiliares e tem como missão o estudo, a admissão e reencaminhamento das pessoas acolhidas, promover o

⁶⁵ Cf. Centro Social Paroquial de São Brás. *Regulamento do Centro de Alojamento Temporário de Évora (CATE)*. Évora, 2006.

contacto com as famílias, fomentar a integração nos recursos da comunidade e fazer avaliações periódicas sobre a organização e funcionamento do CATE.

Os utentes do CATE são enviados pelo Hospital local, pela Segurança Social, pela PSP, pela Unidade de Protecção Social de Cidadania, pelas Paróquias e pelo Serviço de Protecção Civil.

Após a decisão de admissão da pessoa/família, os técnicos do CATE procederão à abertura de um processo familiar, que terá por objectivo permitir o estudo e o diagnóstico da situação, assim como a definição da(s) solução (ões) mais adequada(s). Só serão admitidos indivíduos isolados que se encontrem em situação de risco e que tenham idade igual ou superior a 18 anos, ou agregados familiares cuja situação/problema exija medidas urgentes de intervenção. O processo de admissão será organizado com base nos seguintes documentos. Uma ficha de sinalização, o Bilhete de Identidade, O Cartão de Beneficiário da Segurança Social, o relatório clínico e o comprovativo de rendimentos. No acto de admissão deverá, obrigatoriamente, ser facultado o regulamento interno à pessoa em questão ou ao seu tutor na medida das suas faculdades e proceder-se-á a um compromisso escrito por parte do (s) utente(s) e a Direcção da Instituição e aceitação e cumprimento das normas vigentes.

O Capítulo VI do regulamento apresenta os direitos dos utentes (satisfação das suas necessidades básicas, físicas, psíquicas e sociais; ser respeitado na sua individualidade e privacidade, nas suas convicções políticas e religiosas; participação na construção do seu projecto de vida) e dos seus deveres (observar as normas e o regulamento interno; acatar as advertências da Direcção da Instituição transmitidas por esta ou, delegadamente pelos seus funcionários.

A sustentabilidade do CATE é feita por meio de uma comparticipação familiar, uma percentagem da reforma do utente e a comparticipação da Segurança Social.

CONCLUSÃO

Durante a visita podemos constatar um ambiente humanizado para as pessoas ali acolhidas. Os espaços são bem dimensionados e acolhedores, os quartos guardam a privacidade e intimidade das pessoas. Podemos ainda verificar que as pessoas acolhidas são distintas umas das outras: idosos, emigrantes doentes mentais, mendigos, famílias, desalojados porque a casa ardeu ou ruiu ou porque foram colocados fora de casa pela família e doentes oriundos do hospital. Esta Instituição pretende ajudar todos os que necessitam de acolhimento, encontrando soluções. Por vezes, existem pessoas que permanecem mais tempo do que o permitido, devido à não existência de solução imediata. Esta situação verifica-se muitas vezes com os idosos.

A abertura deste centro à comunidade, fá-lo um centro de fronteira que procura dar acolher todas as pessoas que necessitam sem olhar à sua confissão política ou religiosa. O único critério para o atendimento e acolhimento é ser maior de 18 anos e ter necessidades.

É de destacar a interligação deste centro com as diferentes instituições civis e eclesiais da cidade: hospital, paróquias, PSP, segurança social, centro de saúde e protecção civil.

Apesar de ser um centro mais vocacionado para a Pastoral Social, disseram-nos que os utentes rezam às refeições e quando necessário recebem os sacramentos, logo a dimensão espiritual e religiosa está presente.

Visita à Casa de Saúde do Telhal do Instituto São João de
Deus

1. INTRODUÇÃO

A Casa de Saúde do Telhal é uma instituição psiquiátrica que faz parte do Instituto S. João de Deus. Além desta casa o Instituto possui as seguintes instituições psiquiátricas:

- Casa de Saúde S. João de Deus, nos arredores do Funchal, na ilha da Madeira, inaugurada em 1924;
- Casa de Saúde de S. Rafael, situada na cidade de Angra do Heroísmo na ilha Terceira no Arquipélago dos Açores, a qual foi inaugurada em 1927;
- Casa de Saúde de S. Miguel, na ilha de S. Miguel no Arquipélago dos Açores, junto à cidade de Ponta Delgada, inaugurada em 1928;
- Casa de Saúde de S. João de Deus na cidade de Barcelos, inaugurada em 1928;
- Casa de Saúde de S. José situada em Areias do Vilar, a cerca de dois quilómetros da Estrada Nacional Barcelos - Braga, inaugurada em 1957.

Além destas Instituições psiquiátricas possui ainda o Hospital de S. João de Deus situado na cidade de Montemor-o-Novo, que é um hospital geral, sendo, no entanto, privilegiadas as intervenções em ortopedia e medicina física e reabilitação, que são as valências principais. Este hospital foi inaugurado em 1950 para tratar crianças vítimas de poliomielite, ou paralisia infantil, que nessa época existia muito no nosso país e só mais tarde passou a receber doentes adultos. Neste momento, além destas especialidades possui ainda as seguintes: cirúrgicas, (cirurgia geral, cirurgia plástica e cirurgia vascular), bem como, estomatologia, otorrinolaringologia e traumatologia desportiva. Possui também ainda as especialidades de fisioterapia, clínica geral e reumatologia.

Faz igualmente parte deste Instituto a Residência de S. João de Ávila, situada na cidade de Lisboa, cuja actividade teve início em 1998. Esta casa destina-se a apoiar pessoas idosas em regime de internamento e dispõe ainda de uma unidade de apoio integrado, sendo um centro especializado em geriatria e na reabilitação física e funcional.

2. LOCALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA CASA DE SAÚDE DO TELHAL

A Casa de Saúde do Telhal fica situada no Concelho de Sintra, na Estrada do Telhal em Mem Martins, a cerca de vinte quilómetros de Lisboa. Foi fundada pelo P. Bento Menni em Junho de 1893. Esta Casa de Saúde tem aproximadamente 450 doentes e conta com cerca de 250 colaboradores entre médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social, de terapia ocupacional, monitores de ocupação, auxiliares, pessoal de manutenção e pessoal do quadro administrativo.



Figura 1 - Vista aérea da Casa de Saúde do Telhal.

Nesta Casa de Saúde os doentes distribuem-se por sete unidades de internamento de evolução prolongada, três clínicas especializadas (de psiquiatria aguda, psicogeriatria e alcoologia) e tem ainda três unidades de reabilitação, uma das quais de transição e

treino. Dispõe também de cinco residências comunitárias, integradas num bairro residencial, onde habitam doentes que foram desinstitucionalizados.



Figura 2 - Vista exterior (nascente) da Casa de Saúde do Telhal.

Ainda dentro dos serviços de Reabilitação, para além das valências residenciais, tem várias respostas ocupacionais, nomeadamente formação profissional, actividades produtivas, área de dia e ensino. Funciona ainda diariamente nos dias úteis, um serviço de consultas externas de várias especialidades e existem ainda os serviços da Pastoral da Saúde e Animação, os quais descreverei mais adiante.

3. A VISITA À CASA DE SAÚDE: SEU RELATO

Após feita uma breve apresentação desta unidade hospitalar do foro psiquiátrico, vou relatar como decorreu a visita. Chegamos à instituição, dirigimo-nos aos Serviços da Pastoral da Saúde e Animação, onde fomos recebidos pelo assistente espiritual Eng. Fernando Oliveira que fez uma descrição e apresentação dos diversos serviços da instituição (Casa de Saúde do Telhal), já descritos no ponto 2.

Iniciámos a visita pelos Serviços da Pastoral da Saúde e Animação, os quais possuem recursos humanos afectos em regime de tempo inteiro e um espaço próprio

devidamente identificado e de localização e acesso fácil para utentes, colaboradores ou familiares. Este serviço é considerado um Serviço Humanista Cristão, tendo como alvo da sua acção a pessoa integral, canalizando para ela todo o esforço, acção e planeamento de uma visão global dos problemas da pessoa. Ou seja, toda a actuação deste serviço vai ao encontro de uma assistência global e integral da pessoa doente, nas suas dimensões física, psíquica, social e espiritual, passando por uma necessária e adequada articulação entre os diversos Serviços e Valências da Casa de Saúde. Este Serviço não pode funcionar de uma maneira isolada e fechada em si mesma, mas sim em estreita colaboração com os diversos grupos disciplinares da Casa de Saúde. Provisoriamente funciona, em anexo à Pastoral da Saúde e Animação, o Voluntariado da Casa de Saúde.

Em seguida foram-nos referidos os objectivos da intervenção na dinâmica da Pastoral da Saúde:

- Zelar pela evangelização e humanização da assistência da Instituição, visando o bem-estar global de todos os que nela se encontram ou a ela vêm (utentes, Irmãos, colaboradores, familiares, etc.);
- Proporcionar atendimento pastoral, espiritual e religioso aos doentes internados na Casa de Saúde do Telhal - e acompanhamento quando internados noutra Unidade Hospitalar - bem como aos seus profissionais;
- Acompanhar e favorecer políticas de humanização, colocando o doente como razão de ser da Instituição, eventualmente no resgate da dignidade humana, no processo de restabelecer ou despertar a fé e a esperança;
- Sensibilizar a comunidade social envolvente para uma ligação efectiva com a instituição hospitalar;
- 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 alertá-los para a necessidade do respeito pelo sigilo profissional em relação às informações recolhidas ou confiadas;

- Relacionar-se com as diferentes tradições religiosas num diálogo que respeite a liberdade de consciência;
- Contribuir para a humanização e conseqüente evangelização das estruturas - da Instituição e dos profissionais - actuando junto dos mesmos no evoluir do seu processo de formação profissional, a fim de cultivar valores humanos, éticos e cristãos.

Relativamente aos objectivos da intervenção na dinâmica de Animação, são propostos os seguintes:

- Funcionar em permanente articulação e complementaridade com o trabalho desenvolvido na vertente de Pastoral da Saúde;
- Desenvolver actividade com utentes e colaboradores que favoreçam o são convívio, a socialização e a relação entre todos;
- Estimular os profissionais e/ou voluntários para a promoção da saúde e o cuidado solidário dos doentes, bem como alertá-los para a necessidade do sigilo profissional em relação às informações recolhidas ou confiadas;
- Organização de reuniões e acções de formação para capacitação humana, afectiva, ética e técnica dos cuidadores, de modo a que estes se sintam envolvidos no processo de humanização.

Relativamente aos objectivos do voluntariado, destacam-se os seguintes:

- Funcionar em permanente articulação e complementaridade com o trabalho desenvolvido nas vertentes de Pastoral da Saúde e Animação;

- Ser presença constante junto dos utentes, nas suas Unidades de Internamento ou durante a sua participação nas actividades promovidas pela equipa de Pastoral e/ou Animação;
- Ser relação diária, de modo a que os utentes se sintam regularmente acompanhados e assistidos;
- Facilitar a realização de alguns desejos dos utentes, como redigir cartas, escutar, acompanhar, etc.

No respeitante aos objectivos da Capelania, foram enumerados os seguintes:

- Integrar a equipa de Pastoral da Saúde, desenvolvendo, também com ela, todos os objectivos já anteriormente descritos;
- Assumir a responsabilidade das celebrações litúrgicas e/ou sacramentais;
- Proporcionar atendimento Pastoral, Religioso e Espiritual aos utentes, colaboradores e familiares;
- Orientar e esclarecer aspectos de índole litúrgico-pastoral mais relacionados com a sua acção específica.

Como já foi referido anteriormente, o Serviço de Pastoral da Saúde e Animação possui um espaço próprio e de fácil acesso, composto por um gabinete para atendimento personalizado, um gabinete de trabalho para o coordenador do serviço ou para o assistente, um espaço ecuménico de reflexão/interiorização/oração, conhecido por “Lugar do Silêncio”, um espaço por nós visitado e considerado de muito interesse e utilidade para os utentes, um gabinete multiusos, o qual, dadas as suas dimensões serve de gabinete de voluntários, sala de reuniões e arquivo. Possui ainda uma área e móveis de secretariado e está também afecto a este Serviço um espaço que se destina ao

armazenamento de diverso material e equipamento (cenários, roupas e material diversos para actividades de animação). Também se pode considerar afectos sobretudo ao Serviço de Pastoral da Saúde e Animação o Auditório da Casa de Saúde, bem como a Igreja, o qual visitámos e onde podemos apreciar belos azulejos representativos da vida de S. João de Deus.

Relativamente aos Recursos Humanos que fazem parte do Serviço de Pastoral da Saúde e Animação da Casa de Saúde do Telhal fazem parte: um coordenador que acumula com a função de capelão, um Assistente espiritual e um Administrativo. Todos estes elementos trabalham a tempo inteiro, existindo ainda onze elementos eventuais e doze voluntários.

Foram-nos ainda mencionadas algumas das actividades planificadas e programadas para o ano de 2009, as quais envolvem os utentes, colaboradores e voluntários da Casa de Saúde do Telhal. Também nos foram fornecidas fichas de acolhimento e acompanhamento aos utentes pelo Serviço da Pastoral da Saúde, bem como a ficha denominada “Projecto de Voluntariado”, aquando da admissão de voluntários e a ficha de avaliação de voluntário.

Visitámos ainda o Serviço denominado S. Bento Menni, onde se encontram os doentes com diversas demências, no qual vimos os quartos, todos eles com muita luz, com mobiliário adequado e um ambiente agradável. Visitámos ainda a sala de refeições destes doentes, bem como as salas de ocupação de tempos livres, onde realizam diversas actividades. Relativamente à unidade de alcoologia (unidade para ambos os sexos, enquanto que as outras unidades são só para doentes do sexo masculino), não a visitámos devido à falta de tempo.

4. CONCLUSÃO

Pode considerar-se que a Casa de Saúde do Telhal é uma unidade Hospitalar com muito espaço envolvente bem arranjado, em que os doentes podem passear e em que os quartos das unidades visitadas, estão bem mobilados, muito espaçosos e com muita luz. Nesta Casa de Saúde, os doentes são bem acolhidos, existindo humanização e respeito.

Visita à Casa de Saúde da Idanha

Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

1. INTRODUÇÃO

A Casa de Saúde da Idanha pertence à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Foi fundada em 1894 por S. Bento Menni e é o primeiro Centro Assistencial da Congregação em Portugal.

Em Portugal, a Congregação realiza a sua missão em 12 estabelecimentos de saúde, dos quais 8 se situam no Continente e 4 nas Regiões autónomas, duas na Madeira e duas nos Açores, tendo no total cerca de 2800 camas de internamento. Esta Congregação desenvolve o seu trabalho também em outros 23 países da Europa, América, África e Ásia.

2. LOCALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA CASA DE SAÚDE DA IDANHA

A Casa de Saúde da Idanha fica situada em Belas e apresenta uma lotação de 500 camas divididas em 9 unidades de internamento, 2 residências apoiadas e 4 residências autónomas.



Figura 1 - Vista geral dos edifícios principais da Casa de Saúde da Idanha.

Tem como principais objectivos a prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas no âmbito da saúde mental e psiquiatria, segundo o Carisma Hospitaleiro, orientados pelo critério da centralidade da pessoa doente.

Desenvolve programas assistenciais segundo um modelo de assistência integral, que através do trabalho em equipa, desenvolve a intervenção terapêutica contemplando os aspectos biológicos, psíquicos, sociais, humanos, espirituais e ético-relacionais.

Para a realização de serviços assistenciais, conta com uma equipa interdisciplinar constituída por psiquiatras, clínicos gerais, neurologista, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, engenharia alimentar, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, terapeuta da fala, educadora social, animadoras socioculturais, auxiliares de apoio geral e pessoal administrativo.

Esta Instituição desenvolve a sua intervenção em diferentes valências:

- Ambulatório: consultas externas de psiquiatria e psicologia;
- Internamento de curta duração: intervenção na crise;
- Internamento de média e longa duração;
- Reabilitação: psicossocial; profissional e ocupacional;
- Medicina Paliativa.

3. A VISITA À CASA DE SAÚDE DA IDANHA: SEU RELATO

A visita iniciou-se por um diálogo com a coordenadora da Pastoral da Saúde na instituição, Dr.^a Fátima Gonçalves, que nos referiu que, na Pastoral da Saúde, além dela, trabalha ainda mais uma pessoa e também têm a presença de um capelão duas vezes por semana. Trabalham sobretudo na evangelização, têm catequeses destinadas aos doentes

e fazem formação aos doentes que têm bastante autonomia, mencionando ainda que, à data da visita, estava a decorrer um curso sobre S. Paulo.

O serviço da Pastoral da Saúde na Instituição abrange as seguintes áreas:

- Área de Celebração;
- Área de Evangelização;
- Área de Acompanhamento e Diálogo.

Na área de celebração, quando os doentes têm dificuldade em vir à capela, celebra-se a Eucaristia nos serviços, e como cada um dos serviços tem o nome de um Santo ou Beato, no dia da sua memória é celebrada eucaristia no próprio serviço.

Fazem ainda preparação para os funcionários nas épocas fortes (Advento, Natal, Quaresma e Páscoa), e têm também reflexões para os doentes nos tempos considerados fortes, estando estas preparações integradas na área de evangelização.

Relativamente à área de acompanhamento e diálogo, cada vez se torna mais difícil disponibilizar tempo para escutar o doente, porque as Irmãs são cada vez em menor número na “Casa”, e não existem voluntários ligados à área da Pastoral da Saúde. O voluntariado que existe na instituição é chamado voluntariado hospitaleiro, o qual está ligado aos cuidados paliativos, cujos voluntários têm uma formação específica.

Um dos objectivos principais da Pastoral da Saúde na instituição é a sua presença na equipa de cada um dos serviços.

A Casa de Saúde da Idanha tem várias unidades:

- Unidade de Cuidados Paliativos – tem 10 quartos individuais, é uma unidade mista;

- Unidade de Demências (Irmã Maria Josefa) – tem 30 doentes, é uma unidade mista, esta unidade tem acompanhamento diariamente de 2º a 6ª feira e os que pretendem recebem a comunhão diariamente;
- Unidade de Psicogeriatrics (S. José) – tem 80 doentes,
- Unidade de Doença mental e definitiva (Sagrado Coração de Jesus) – tem 40 doentes e é uma unidade de agudos em que os doentes têm alguma autonomia e todas as tardes vai uma pessoa rezar o terço com eles.
- Unidade de Deficientes (S. João de Deus) – tem 40 doentes;
- Unidade de Sta. Isabel - tem 40 doentes.

Nesta unidade (Sta. Isabel) os doentes fazem a cama, põem a mesa e fazem a sua medicação, uma vez que a caixa da medicação tem a fotografia de cada utente. Esta unidade tem 6 sub-unidades:

- Unidade 1 – Unidade de Agudos, que é uma unidade mista;
- Unidade 2 – Unidade de Adolescentes, que à data da visita ainda não tinha doentes;
- Unidade 3 e 4 – Unidade de Psiquiatria (esquizofrenia), que na Pastoral da Saúde não têm técnico nenhum para receber este tipo de doentes;
- Unidade 5 e 6 – Unidade de Deficiências, em que a unidade 6 corresponde a deficientes profundos.

Além de todas estas unidades, a Casa de Saúde ainda possui as consultas externas e tem a Residência Sol, que se situa fora das instalações.

A Pastoral da Saúde na Instituição ainda faz o acompanhamento aos funcionários, quando por exemplo em problemas de divórcio, luto, etc., lhes tentam dar aconselhamento.

Nos cuidados paliativos o acompanhamento é dado sobretudo à família, tendo sido ainda referido que o acompanhamento aos doentes agudos da psiquiatria, por exemplo uma depressão profunda ou uma esquizofrenia, é muito difícil de realizar.

Realiza-se na última sexta-feira de cada mês uma eucaristia, onde é lido os nomes de todos os aniversariantes desse mês, para a qual as doentes às segundas-feiras ensaiam os respectivos cânticos e mais tarde realiza-se uma festa que tem o nome de “Festa da Vida”.

Foi ainda referido que no mês de Junho realiza-se a “Festa da sardinha” e cada unidade faz uma marcha, em que os doentes confeccionam os fatos e até enfeitam os carrinhos de rodas. A Pastoral da Saúde participa nas actividades lúdico-recreativas, participando também na programação das festas e dos passeios.

A Casa de Saúde da Idanha participa em duas peregrinações anuais, em que uma delas é da família hospitaleira, estando presentes doentes de todas as Casas, suas famílias, funcionários e as Irmãs, e em que da parte da tarde cada “Casa” apresenta a sua encenação. A outra é da Pastoral da Saúde, realiza-se todos os anos na primeira 5ª feira de Outubro e está ligada à saúde. Nesta peregrinação participam os doentes mentais de todas as “Casas” que têm unidades de doenças mentais, incluindo as dos Açores e Madeira, que trazem uma representação. Nesta peregrinação só vão os funcionários que são necessários para acompanhar os doentes.

Por fim, foi referido que quando um dos doentes é internado num dos hospitais gerais, geralmente o Hospital Amadora-Sintra, que é o da área de residência, a equipa da Pastoral da Saúde da Instituição visita esse doente, tentando acompanhá-lo.

4. CONCLUSÃO

Pode considerar-se que a Casa de Saúde da Idanha é uma instituição de Saúde em que é feito o acompanhamento integral à pessoa doente. Nesta Instituição a Pastoral da Saúde está muito presente em todas as dimensões: sacramental, acolhimento e acompanhamento.

Visita à Capelania do Hospital de São João na cidade do
Porto

Na visita à Capelania do Hospital de S. João, localizado no Porto, fui recebido por um dos capelães, Pe. Manuel Fernando Soares, que após mostrar as Instalações, que são espaçosas e em quantidade suficiente para o bom desempenho do Serviço de Apoio Espiritual e Religioso, relatou como esta se encontra organizada e o seu modo de funcionamento. Referiu que, no Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa/Capelania, tinham três capelães, padres e uma religiosa que era assistente espiritual. Possuíam ainda 4 funcionários remunerados pelo Hospital adstritos ao serviço, desempenhando um as funções de secretário, equiparado a administrativo, dois auxiliares que têm a seu cargo a limpeza e um sacristão. Têm missa diária pelas 12, 30, nos dias de semana e aos domingos às 10, 30, encontrando-se a Capela aberta das 8 h às 19 h, diariamente.

Referiu ainda que possuem um Conselho Pastoral da Capelania do Hospital, que é o organismo dos SAER que, no Hospital, em união com os Capelães/Assistentes Espirituais nomeados pelo Bispo da Diocese e em comunhão com a Igreja Diocesana, animará a presença pastoral da Igreja na comunidade hospitalar e coordenará, integrando-os, os dons e carismas de todos os que cooperam nesta missão, como comunidade eclesial convocada e enviada por Deus a este meio concreto.

O Conselho Pastoral da Capelania do Hospital tem como atribuições:

- Animar o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa (SAER) / Capelania como Comunidade eclesial situada em meio hospitalar;
- Procurar conhecer e promover activamente o reconhecimento da especificidade do meio em que se insere;
- Coordenar as acções que forem programadas no âmbito da acção do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa (SAER) / Capelania, dentro e de harmonia com as orientações diocesanas;

- Incentivar a cooperação entre todos os organismos do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa (SAER) / Capelania;
- Examinar, após informação conveniente, os problemas existentes e carências de ordem pastoral, considerando as peculiaridades da comunidade humana que o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa (SAER) / Capelania é chamado a servir;
- Reflectir e participar na relação com os Órgãos de Administração e os demais organismos do Hospital, naquilo que, sem comprometer a isenção e independência, promova melhor serviço aos doentes e comunidade hospitalar;
- Promover e manter a ligação com os órgãos pastorais de nível paroquial, vicarial, regional e diocesano.

Serão membros do Conselho Pastoral da Capelania:

A- Por inerência de cargo, o Capelão Coordenador e os demais Capelães/Assistentes Espirituais;

B- Também por inerência do cargo, os membros das Equipas Coordenadoras do Sector Pastoral:

1. Os membros da Equipa Coordenadora do Sector da Pastoral de Presença;
2. Os membros da Equipa Coordenadora do Sector da Pastoral Sacramental Ferial;
3. Os membros da Equipa Coordenadora do Sector da Pastoral do Domingo;
4. Os membros da Equipa Coordenadora do Sector da Dinamização da Comunidade Hospitalar;

5. Os membros da Equipa Coordenadora do Sector da Pastoral Universitária.

C- Também por inerência do cargo, os membros das Equipas de Apoio:

1. Os membros da Equipa de Espiritualidade;
2. Os membros da Equipa de Formação;
3. Os membros da Equipa de Animação Comunitária.

D- Por eleição:

1. Um representante de cada equipa da Pastoral de Presença;
2. Um representante da Pastoral de Domingo, por cada Domingo;
3. Um representante da Pastoral Sacramental Ferial, por cada dia da semana.

E- Por nomeação:

1. Um representante dos doentes;
2. Um representante de cada Profissão da Saúde;
3. Outros, a critério dos Capelães/Assistentes Espirituais;

F- Como Observadores Convidados:

1. Um Delegado do Conselho de Administração do Hospital;
2. Um Delegado da Paróquia em que o Hospital se insere;
3. Um Delegado da Associação de Voluntariado;
4. Um Delegado do Grupo de Contacto Ecuménico.

Farão parte dos órgãos do Conselho Pastoral:

A Presidência do Conselho Pastoral é colegialmente assumida pelos capelães/assistentes espirituais, cabendo ao capelão coordenador a liderança deste órgão. O Secretariado Pastoral é constituído pelos coordenadores de cada uma das

Equipas Coordenadoras do Sector Pastoral (Presença, Sacramental Ferial e do Domingo), por um dos membros da Equipa Coordenadora da Pastoral Universitária, designado por um período de um ano, por um representante de cada uma das Equipas de Apoio (Equipas de Espiritualidade, Equipas de Formação, Equipas de Animação Comunitária), por um representante dos doentes designado pela Presidência, e a critério da Presidência e se necessário, outros membros do Conselho Pastoral da Capelania poderão ser chamados ao Secretariado. O número de membros do Secretariado não poderá ser superior a 15 e entre os seus membros, serão designados um Secretário e um Moderador, que funcionarão em estreita ligação com a Presidência, podendo estes serviços ser rotativos, competindo ao Secretariado Pastoral representar e apoiar de forma responsável e continuada o Conselho Pastoral da Capelania na prossecução dos seus fins e na execução dos planos. O Secretariado Pastoral reunirá ordinariamente uma vez por mês, quando convocado pela Presidência. Extraordinariamente, reunirá sempre que a Presidência, o convoque, ou pelo menos dois terços dos seus membros o solicitem. O Plenário do Conselho Pastoral da Capelania é constituído pelo conjunto dos membros do Conselho Pastoral da Capelania, competindo aos capelães/assistentes espirituais a Presidência. A moderação é confiada ao Moderador do Secretariado. O Plenário reúne por convocação da Presidência, ordinariamente duas vezes por ano (no princípio de Outubro e em Junho), e extraordinariamente sempre que a Presidência, o Secretariado ou um terço dos seus membros o solicitem. Compete ao Plenário pronunciar-se sobre as realizações, planos e sugestões de actividade da Capelania.

Depois de ter sido dado a conhecer a composição e funcionamento do Conselho Pastoral, referiu ainda as funções desempenhadas pelos voluntários nas diversas Equipas da Pastoral, começando pela Pastoral de Presença, em que a ideia principal é ter muitos colaboradores na equipa. A capelania no dia a seguir ao internamento do doente,

tem acesso ao programa de internamento e elabora uma lista dos doentes entrados e no dia seguinte os membros desta equipa fazem o acolhimento ao doente e a partir daí desenvolve-se todo o processo/acção, desde visitas ao doente, confissão, comunhão, etc. Cria-se uma relação entre a Capelania e a pessoa doente.

No respeitante à Pastoral Sacramental Ferial, esta equipa funciona de 2ª feira a sábado, sendo constituída por três grupos por dia. Cada grupo tem 2 pessoas, sendo uma ministro extraordinário da comunhão e a outra acompanhante, ou seja, diariamente são necessárias 6 pessoas.

Quanto à Pastoral dos Domingos e Dias Santos, esta é constituída pelo grupo dos MEC, sendo necessário 15 ou 20 para distribuir a comunhão aos Domingos e dias Santos aos doentes internados nos vários serviços do Hospital; pelo grupo de animação litúrgica, sendo este constituído pelos coros, leitores e acólitos; pelo grupo de acompanhamento dos doentes que podem e desejam vir à missa, fazendo parte deste grupo escuteiros de várias paróquias envolventes do Hospital, que muitas das vezes se localizam a uma distância de 20 km, bem como o grupo coral que é de uma das paróquias da área do Hospital. Em cada Domingo ou dia Santo, o número de pessoas envolvidas nunca é inferior a 40 sem contar com o grupo coral. Isto cria uma grande envolvimento e relação entre as paróquias, a Capelania e os doentes.

O grupo de dinamização da comunidade hospitalar, constituído por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de saúde), tem como missão uma acção humanizadora. Colaboram também na formação ética e na dinamização da capelania pela comunidade hospitalar.

Relativamente à equipa da pastoral universitária, esta é constituída por alunos (jovens) da Faculdade de Medicina e das diferentes escolas de saúde do Porto (psicologia, fisioterapia, enfermagem, etc.). Desenvolvem diversas actividades, como

por exemplo peregrinações, convívio com outros jovens do país e criaram um blog. Todos os anos, em cada Verão, realizam uma acção denominada “Rumo ao Homem Total”, esta acção consta de 15 dias passados em Lourdes e nos Pirinéus, com alunos de todos os Cursos de Saúde. Esta actividade organiza-se em duas fases: uma semana em Lourdes, ao serviço dos peregrinos doentes e a “beber” a Mensagem da Compaixão que define aquele Santuário Mariano; uma semana nos Pirinéus, acampados em alta montanha, a contemplar a beleza sem limite e a reflectir a experiência da semana em Lourdes, em busca das coordenadas de uma antropologia, de uma ética e de uma espiritualidade para os cristãos chamados a viver o seu ofício no exigentíssimo mundo da saúde, do sofrimento e da morte. O grupo, nesta acção “Rumo ao Homem Total”, pretende contribuir para uma aproximação à totalidade da Pessoa Humana, em três sentidos: conhecer a totalidade da pessoa doente, que em Lourdes se apresenta como peregrino e nos ensina a servi-la também na sua dimensão espiritual e religiosa, tantas vezes esquecida a descobrir o que temos em comum, anterior ao que nos distingue: somos peregrinos iguais; encontrar e aprofundar a consciência da totalidade de si mesmo, através da vida em grupo e da frequência de lugares de si só alcançáveis pelo silêncio, que a rotina do quotidiano torna tão difícil; é uma oportunidade para cada um se reconhecer e assumir mais autenticamente, sujeito da sua identidade pessoal. Descobrir em Jesus Cristo a revelação da totalidade do “Mistério do Homem”, como Maria, figura da Igreja-Mãe e da Compaixão, em Lourdes no-LO apresenta tão evidente: tudo ali, gira e se organiza em torno desta presença de Jesus Cristo, na Eucaristia, na Palavra, nos Débeis, no íntimo de cada um. Foi dito ainda, que os estudantes que têm participado são unânimes em afirmar que é um momento de descoberta e de viragem nas suas vidas. Para participar nesta acção só pagam os estudantes que podem e se podem.

Além destas equipas, existe uma equipa de apoio, fazem parte dela uma equipa de formação, outra de animação comunitária, e uma última de espiritualidade.

A equipa de formação, responsável pelas acções de formação e pela admissão de novos colaboradores, em que estes têm uma entrevista com o capelão e com o psicólogo, fazem uma formação em grupo com pessoas com mais experiência. Depois da formação, têm novamente uma entrevista com o capelão e iniciam um estágio de aproximadamente 3 meses, no mínimo, onde são sempre acompanhadas por outro colaborador já experiente; os grupos geralmente têm uma formação mensal. A equipa de animação comunitária, constituída por 4 ou 5 pessoas, é responsável por nos tempos fortes, Natal, Páscoa, Advento ou Quaresma, fazer por exemplo uma pagela ou qualquer outra coisa para distribuir aos doentes. A equipa de espiritualidade é a que se encarrega de organizar retiros, no mês de Maio é responsável pela organização do Rosário e pelos grupos de oração. Geralmente desta equipa fazem parte 2 ou 3 pessoas.

Na Capelania existe uma Biblioteca, com livros e revistas para empréstimo aos doentes, para que o tempo de doença não seja um tempo perdido ou apenas tempo entregue a distrações que distraiam mas pouco ajudem, mas um livro ou uma revista de espiritualidade auxilia a crescer interiormente e a aprofundar o sentido da vida.

Ainda existe um serviço de apoio às famílias dos doentes, quando solicitado, existe sempre alguém disposto a escutar e a apoiar.

Os colaboradores da capelania trazem as flores para ornamentar a capela e uma das colaboradoras é que faz os arranjos aos sábados.

Aquando da alta de um doente cujos colaboradores acompanharam no seu internamento hospitalar, os serviços da capelania avisam o pároco da Comunidade a que o doente pertence, para que o doente seja acolhido na comunidade a fim de que a caminhada feita no Hospital não seja perdida.

Têm ainda uma grande relação ecuménica com igrejas de outras confissões religiosas existentes no Porto, mas se for uma seita não existe relação.

Finalmente referiu que os fundos da capela são resultado das intenções de missa, e da venda de velas além de outras ofertas.

CONCLUSÃO

A visita à Capelania Hospitalar Católica do Hospital de S. João foi considerada por mim de muito interesse e utilidade, pois tive a oportunidade de ver e de me ser referido como é feito o acolhimento e acompanhamento da pessoa doente. É de considerar a organização e funcionamento desta capelania hospitalar, como modelo a seguir pelas capelanias de outros hospitais. No Hospital de S. João é garantida a assistência espiritual a todos os doentes, respeitando a sua convicção religiosa. Também nesta capelania existe uma boa relação com as paróquias envolventes, com a comunidade e com as diferentes confissões religiosas existentes na cidade do Porto.