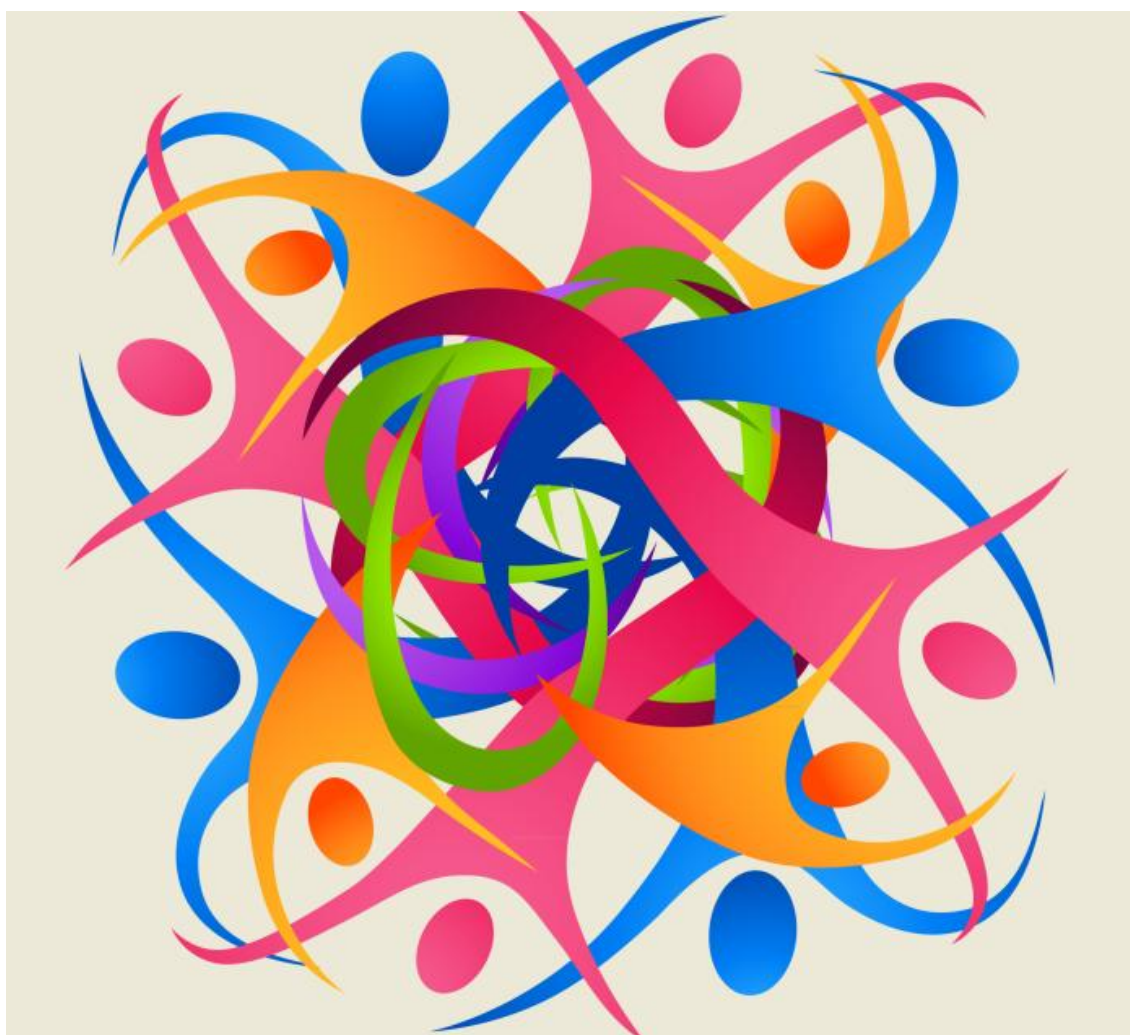


UNIVERSIDADE ABERTA

MESTRADO EM RELAÇÕES INTERCULTURAIS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO



*Pluralidade Religiosa e Assistência Hospitalar - Estudo
de caso: Projeto Inter-Religioso no Hospital de São João*

Maria Nazaré Marques

Aluna nº 903077

Orientadora: Prof. Doutora Fátima Alves

PORTO
2012

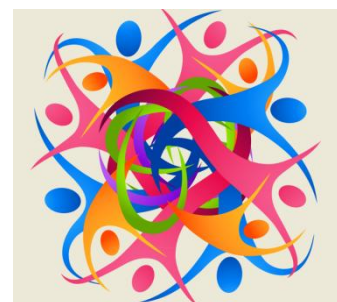
UNIVERSIDADE ABERTA

MESTRADO EM RELAÇÕES INTERCULTURAIS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

*Pluralidade Religiosa e Assistência Hospitalar - Estudo
de caso: Projeto Inter-Religioso no Hospital de São João*

Maria Nazaré Marques
Aluna nº 903077



Orientadora: Prof. Doutora Fátima Alves

PORTO
2012

Para a Íris

AGRADECIMENTOS

O meu mais profundo agradecimento:

À Professora Fátima Alves, pelo extraordinário apoio, a confiança que depositou em mim e todo o incentivo que me deu para ultrapassar as sucessivas fases do trabalho.

A todos os entrevistados que tão solícitamente corresponderam ao meu pedido.

Ao meu marido, restante família e às amigas que tiveram de suportar as minhas ausências, mesmo aparentando estar presente.

Um obrigado especial ao Hugo e à Filipa pelo toque artístico na capa.

RESUMO

Portugal confirmou o que desde sempre fez parte da sua história, sendo uma sociedade multicultural a diversidade cultural é um desafio à convivência quotidiana, seja ao nível das organizações, seja ao nível das interações sociais e culturais.

Este estudo parte da constatação da multiculturalidade e das relações complexas no campo religioso para compreender a configuração da multiculturalidade e da religiosidade no espaço hospitalar. Para isso decidimos fazer uma aproximação à temática partindo para um estudo de caso sobre a assistência espiritual desenvolvida no Hospital de S. João do Porto.

Apesar da laicidade da nossa sociedade, as necessidades espirituais e religiosas manifestadas em contexto hospitalar revelam a sua importância em situações de grande vulnerabilidade. Este é um facto que interessa compreender num contexto onde só muito recentemente se reconhece, ao nível formal, a pluralidade religiosa. O reconhecimento exclusivo da religião católica na assistência aos doentes foi substituído pelo da assistência religiosa plural (Decreto-Lei nº253/2009), reconhecendo duplamente o direito à pluralidade de credos e culturas, abrindo as portas à sua entrada e valorizando no espaço hospitalar a assistência espiritual a par da assistência médica.

Esta investigação, partindo da análise de um estudo de caso, utilizando uma metodologia qualitativa, pretende evidenciar a importância do reconhecimento da pluralidade religiosa em contexto Hospitalar e da espiritualidade na equação da saúde e da doença. Qual a posição de cada confissão perante a assistência religiosa hospitalar? Qual a ação inter-religiosa ao nível da doença? Com esse objetivo procurámos conhecer o percurso já realizado no âmbito do diálogo inter-religioso e a sua atuação ao nível da dignidade da pessoa doente internada neste Hospital. Como é concebida e prestada a assistência religiosa? Como se relacionam as religiões representadas no Projeto Inter-religioso do Hospital de São João, assim como o diálogo ecuménico e inter-religioso?

ABSTRACT

Portugal has confirmed that which has always been part of its History: being a multicultural society, cultural diversity becomes a challenge for daily coexistence, both for organizations and cultural and social interactions.

This project is based on the finding of multiculturalism and complex connections in the religious area and it aims to understand the configuration of multiculturalism and religiousness within the hospital space. For that matter, we decided to explore this theme by making a case study about the spiritual assistance developed in the Hospital de São João, located in Oporto.

Despite the secularism of our society, the spiritual and religious needs shown in hospital context reveal its importance in situations of great vulnerability. It is essential to understand this fact in a context where the religious plurality started to be recognized only recently. The exclusive recognition of the catholic religion in the patients' assistance was replaced by the plural religious assistance (Decree-Law no.253/2009), which recognizes twice the right to plurality of beliefs and cultures, by allowing its entrance in the hospital context and valuing the spiritual assistance, as well as the medical assistance.

This research, which is based in an analysis of a case study, using a qualitative methodology, aims to highlight the importance of plurality recognition in hospital context and, equally, of the spiritualism of health and illness. Which is the position of each confession towards the religious assistance in hospitals? How does the inter-religious action in illness take place? With this aim, we try to study the steps which have already been taken in the area of the inter-religious dialogue and its action concerning the patients' dignity in the Hospital de São João. How is religious assistance provided? How do the religions presented in the inter-religious project of this hospital relate, as well as the ecumenical and inter-religious dialogue?

RÉSUMÉ

Le Portugal a confirmé ce qui a toujours fait partie de son histoire: étant une société multiculturelle, la diversité culturelle est un défi à la vie quotidienne, soit au niveau des organisations, soit au niveau des interactions sociales et culturelles.

Cette étude part de la constatation du multiculturalisme et les relations complexes dans le domaine religieux pour mieux comprendre la configuration du multiculturalisme et de la religion à l'hôpital. Pour ce faire, nous avons décidé d'y faire une approche thématique en élaborant une étude de cas des soins spirituels mis au point à l'Hôpital de São João, à Porto.

Malgré la laïcité de notre société, les besoins religieux et spirituels exprimés dans un hôpital montrent leur importance dans des situations de grande vulnérabilité. Il s'agit de comprendre ce fait dans un contexte où la pluralité religieuse n'est que très récemment reconnue sur le plan formel. La reconnaissance exclusive de la religion catholique dans les soins aux patients a été remplacée par celle de l'assistance religieuse plurielle (Décret-Loi n ° 253/2009), qui reconnaît le droit à la pluralité de religions, de croyances et de cultures, ouvrant les portes à leur entrée et considérant, dans le domaine des soins hospitaliers, l'assistance spirituelle au même niveau de l'assistance médicale.

Basée sur l'analyse d'une étude de cas en utilisant une méthodologie qualitative, cette recherche veut souligner l'importance de la reconnaissance de la pluralité religieuse dans le contexte de l'Hôpital et de la spiritualité dans l'équation de la santé et la maladie. Quelle est la position de chaque confession religieuse envers les soins spirituels hospitaliers? Quelle est l'action interconfessionnelle au niveau de la maladie? Avec cet objectif, nous avons cherché à connaître l'itinéraire déjà entrepris dans le dialogue inter-religieux et son niveau de performance par rapport à la dignité des patients admis à cet hôpital. Comment est conçu le secours religieux? Comment met-on en relation les religions représentées dans le Projet Inter-religieux de l'Hôpital de São-João, ainsi que le dialogue oecuménique et inter-religieux?

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
Primeira Parte - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
Capítulo I – O HOSPITAL EM PORTUGAL	16
1.1 – A Hospitalidade na Idade Média	16
1.2– A Primeira Reforma do Sistema Hospitalar em Portugal e criação das Misericórdias	17
1.3– Os Hospitais no Porto	19
1.4– O Hospital de S. João	21
Capítulo II – A SAÚDE E A RELIGIÃO	23
2.1 – Saúde, espiritualidade e interculturalidade	23
2.2 – Religião e Espiritualidade	25
2.3 – Espiritualidade na doença e na morte	27
Capítulo III – A RELIGIÃO NOS CUIDADOS HOSPITALARES	30
3.1 - A Capelania Hospitalar	30
3.2 – A Capelania do Hospital de S. João	32
3.3 – O Projeto inter-religioso de assistência no Hospital de S. João – enquadramento legal.	35
Capítulo IV – DIÁLOGO ECUMÉNICO E DIÁLOGO INTER-RELIGIOSO	38
4.1 – Diálogo Ecuménico	39
4.1.1 – A nível global	39
4.1.2 – Em Portugal	40
4.2 – Diálogo Inter-religioso	42
4.2.1 – A nível global	42
4.2.2 – Em Portugal	46
Segunda Parte – METODOLOGIA	50

Capítulo V – OBJETIVOS E MÉTODO	50
5.1- Método e técnicas	53
5.1.1- Entrevistas exploratórias	55
a)– Indicadores e guião	55
b) – Informantes privilegiados	55
5.1.2– Inquéritos por entrevista semiestruturados, gravados e transcritos	57
5.2– Análise e Tratamento das Informações Recolhidas	58
5.3 – Participantes	59
5.3.1 - Igrejas presentes no Grupo de Contacto Ecuménico	59
a) – Igreja Católica Romana	59
b) - Igreja Lusitana Católica Apostólica evangélica	60
c) – Igreja Greco-Católica	61
d) – Igreja Evangélica Metodista	62
e) – Igreja Evangélica Alemã	63
f) – Igreja Ortodoxa do Patriarcado Ecuménico de Constantinopla	64
5.3.2 - Confissões religiosas não cristãs	65
a) – Religião Islâmica	65
b) – Religião Judaica	66
c) – Religião Hindu	67
d) – Budismo	68
Terceira Parte - TRABALHO DE CAMPO	70
Capítulo VI - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO	70
6.1 - Essência fundamental	70
6.2- História da comunidade	72

6.3- Caracterização da comunidade	74
6.4- Frequência do culto	76
6.5- Caracterização do culto	79
6.6- Relações com outras Igrejas ou Confissões Religiosas	81
6.7- Singularidades que possam implicar uma atenção especial ao doente internado por parte da comunidade hospitalar	84
 Capítulo VII – ESPIRITUALIDADE, INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E INTERCULTURALIDADE	 88
7.1 – Integração da dimensão espiritualidade na lógica da atuação do Hospital	88
7.1.1 - Respeito pelos preceitos religiosos/culturais	91
 Capítulo VIII – CONCEÇÃO DE DOENÇA E MORTE	 95
8.1- Construção social da doença	95
8.1.1- Estratégias de apoio/ respostas desenvolvidas na doença	98
8.2- Conceção de morte	102
8.2.1- Estratégias de apoio/ respostas desenvolvidas perante a morte	104
 Capítulo IX - RELAÇÃO DAS CONFISSÕES RELIGIOSAS ENTREVISTADAS COM O HOSPITAL/CAPELANIA	 109
9.1- Participação na estrutura da Capelania	109
9.2- Acesso e atendimento aos doentes	113
9.3- Participação em celebrações conjuntas	115
9.4- Participação em formação	118
9.5- Relações interpessoais entre os representantes das confissões religiosas	120
 Capítulo X – PROJECTO INTER-RELIGIOSO	 121
10.1– Realidade concreta ou declaração de intenções?	121
10.2 - Expectativas quanto ao Espaço inter-religioso do Hospital de S. João	123

10.2. 1 - Finalidade	124
10.2.2– Dificuldades	124
10.2.3– Propostas	125
10.3- Contactos fora do Hospital	127
10.3.1- A nível Ecuménico	127
10.3.2- A nível Inter-religioso	129
Síntese dos resultados	132
Conclusão	138
BIBLIOGRAFIA	140
ANEXOS	151
Anexo 1 – Caracterização dos entrevistados	153
Anexo 2 - Guião das entrevistas exploratórias	155
Anexo 3 - Guião para a entrevista ao Sr. Padre José	157
Anexo 4 - Guião para a entrevista à Monja Tsering	158
Anexo 5 - Guião para a entrevista ao Américo Azevedo	159
Anexo 6 - Inquéritos por entrevista	160
Anexo 7 – Matriz categorial	170
Anexo 8 – Manual de Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar	184

INTRODUÇÃO

Falar de doença remete-nos imediatamente para os consequentes cuidados médicos necessários à recuperação da saúde. Este trabalho é orientado para a dimensão religiosa e espiritual da pessoa doente enquanto parte integrante da assistência hospitalar. Interessa ao investigador compreender a pluralidade cultural que permeia o contexto hospitalar, em particular a dimensão espiritual e religiosa que, a par da assistência hospitalar no sentido mais restrito de tratamento do corpo doente, se reconhece como sendo uma dimensão do cuidado, alargando deste modo o cuidar e assistir. Como é que em um contexto tão regulado e disciplinado (Foucault, 2003) em torno do corpo se integra a assistência religiosa e espiritual? Como se compatibilizam pluralidades culturais que definem o campo religioso (Bourdieu, 1996) com os cuidados médicos? Qual a dinâmica gerada em torno do respeito pelos direitos à assistência religiosa considerando esta pluralidade existente na sociedade portuguesa?

O estudo do caso do Projeto inter-religioso no Hospital de S. João que nos propomos efetuar nesta dissertação, pretende equacionar e desbravar caminho nesta análise procurando em primeiro lugar caracterizar a situação da assistência religiosa no campo da saúde, para de seguida compreender como se compatibiliza uma assistência religiosa, por natureza e por definição legal plural, com as dinâmicas hospitalares, bem como perceber como convivem estas diferentes confissões religiosas em contexto hospitalar – que espaços de interação e articulação se constroem e com que propósitos. Em segundo lugar pretende-se perceber qual o peso desta dimensão da pluralidade religiosa na assistência à doença, aos doentes e suas famílias.

A situação de doença coloca os indivíduos em situação de grande fragilidade física e emocional, em rutura com a autossuficiência e o desempenho de papéis sociais. A atenção dos profissionais de saúde dirige-se primariamente para a componente física, mas também para a sua dimensão psicológica. No entanto, cada indivíduo tem uma dimensão espiritual que ultrapassa estas duas dimensões e que em momentos de grande instabilidade

e crise é evidenciada e que não pode ser descurada no cuidar a pessoa doente. Atendendo que, a migração é cada vez mais um fenómeno global (Anes, 2006) e que, *“cada cultura é única pelo que a compreensão dos elementos que a compõem não pode ser procurada à luz dos códigos de interpretação de outra cultura, mas tem de ser buscada no contexto global dos seus próprios significados, valores e formas de expressão”* (Silva, 2004, p.9 citada em Anes, 2006:24), é necessário conhecer os padrões culturais do individuo para a compreensão do seu comportamento em toda a sua abrangência (Anes,2006). O cuidado com o corpo deve situar esse corpo no contexto mais vasto da vivência individual onde se integra esta componente espiritual como parte integrante do indivíduo.

O Decreto-lei nº 253/2009 corrobora esta necessidade declarando: *“A assistência espiritual e religiosa nas instituições do SNS permanece reconhecida como uma necessidade essencial, com efeitos relevantes na relação com o sofrimento e a doença, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.”*

A sociedade portuguesa desde as últimas décadas do século passado que viu desaparecer a homogeneidade cultural e religiosa e assistiu a uma multiculturalidade até aí desconhecida. Mas, como pode uma pessoa na situação de doente, com as suas características próprias, sociais, culturais e religiosas, ver satisfeita a sua necessidade de assistência espiritual?

Contrariando diretrizes anteriores que, implícita e explicitamente, privilegiavam a Igreja Católica, o Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde (SNS), publicado em anexo ao Decreto-Lei nº253/2009, assegura a universalidade da assistência religiosa. O Art. 2º diz: *“Às igrejas ou comunidades religiosas, legalmente reconhecidas, são asseguradas condições que permitam o livre exercício da assistência espiritual e religiosa aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde que a solicitem”*.

Que mudanças operaram este decreto no Hospital de S. João a nível da assistência religiosa? Essas mudanças e transformações operadas no Hospital de S. João resultaram: da força da Lei? Da reclamação de um lugar na

assistência por parte das diversas confissões religiosas reconhecidas? Da reclamação por assistência religiosa da parte dos doentes e suas famílias? Quais as confissões religiosas intervenientes no Projeto, como se processa a assistência e quantos doentes são assistidos?

O domínio do campo religioso na assistência hospitalar por parte da igreja católica, consubstanciado pela existência da Capelania Católica e do seu capelão, único a ter acesso, formalmente e por direito, aos doentes e gozando de liberdade para os assistir espiritualmente, foi aberto a outros interlocutores num movimento oficial de reconhecimento pela liberdade de identidade religiosa e cultural, espelhando de alguma forma a diversidade que caracteriza a nossa sociedade. Neste contexto interessa-nos compreender se efetivamente todas as confissões têm as mesmas condições de acesso aos doentes bem como qual a sua integração no sistema hospitalar. Como se apresentam aos doentes? Propõem-se ou impõem-se? Como se processa esse contacto e que tipo de assistência disponibilizam? Existe alguma articulação inter-religiões na assistência aos doentes?

Partindo do estudo do caso do projeto Inter-religioso existente no Hospital de São João no Porto procuraremos responder a estas e outras questões, bem como problematizar como se entende a relação entre saúde/doença e religião, ao nível das concepções, cuidados com o corpo doente em contexto hospitalar e na vida quotidiana. Quais os desafios que a religião, muitas vezes ‘incarnada’ enquanto traço cultural, coloca à organização hospitalar, aos seus profissionais? Como é que cada religião se debate com estas diferenças culturais ao nível das concepções e das práticas na sua relação com a instituição hospitalar – que trabalho fazem de sensibilização/formação dos profissionais, rotinas hospitalares, como por exemplo: ao nível do cuidado com o corpo – banhos, intimidade, alimentação, entre outras.

O estudo que nos propusemos fazer, exigiu deste modo que, em termos de enquadramento teórico (primeira parte desta dissertação, dividida em quatro capítulos) se analisasse em primeiro lugar (no primeiro capítulo), a história da assistência hospitalar em Portugal de modo a evidenciar a relatividade das concepções presentes, nomeadamente: como se alterou o conceito de hospital

ao longo dos anos, como a ciência se foi tornando da maior importância mas, simultaneamente, como a religião esteve sempre presente na doença e na morte. Na sumária referência ao Hospital de S. João realçamos a presença da Capelania da Igreja Católica Romana, como serviço intrínseco ao hospital e exclusivo da religião do Estado Português.

O segundo capítulo subdivide-se em três partes. Na primeira parte problematizamos a saúde e a doença enquanto construções sociais. Num segundo momento, problematizaremos sucintamente os resultados de algumas pesquisas que têm vindo a abordar o impacto da religião ou espiritualidade na vida dos indivíduos, mesmo a nível físico. Finalmente será colocada em evidência a ciência que tem vindo a analisar o benefício da religião na recuperação da pessoa doente ou na sua relação com a morte eminente.

No terceiro capítulo procuramos evidenciar a pertinência do serviço prestado pelo Capelão Hospitalar em geral e do percurso da Capelania do Hospital de S. João em particular. Neste capítulo procuramos caracterizar o enquadramento legal que regula as novas relações entre os serviços de saúde e as diversas religiões excluídas no passado.

Por fim, no quarto capítulo da primeira parte abordamos o diálogo entre as igrejas cristãs e o diálogo inter-religioso em torno da ideia de “um hospital de todos, para todos”, que coloca o desafio da aceitação das diferenças e a valorização das semelhanças, enquanto fator determinante da constituição do Projeto Inter-religioso do Hospital de S. João.

Na segunda parte do trabalho apresentamos o trabalho de campo, onde problematizamos a metodologia desenvolvida assim como a caracterização das Igrejas e confissões religiosas participantes no estudo de caso.

Na terceira parte fazemos uma análise dos principais resultados obtidos, uma síntese e a conclusão.

Primeira Parte - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I – O Hospital em Portugal

1.1 - A Hospitalidade na Idade Média

Desde a Idade Média que encontramos a preocupação de assistir a quem precisa. Por motivos mais religiosos que humanitários, por todo o território, à imagem da Europa, surgiram espaços onde eram acolhidos os necessitados. “ *Na Idade Média existiram vários tipos de instituições cuja distinção se revela difícil, uma vez que a hospitalidade se confundia com a assistência numa época em que os cuidados do corpo eram secundarizados relativamente aos cuidados da alma*” (Sá, 1995:87).

As hospedarias destinavam-se aos peregrinos que, incessantemente, percorriam os íngremes caminhos em direção a qualquer local de culto mais relevante. Estes tinham direitos reconhecidos de acolhimento e cuidados de descanso, alimentação e tratamentos, caso se justificassem. A estadia média era de três dias mas poderia ser mais, se a incapacidade para continuar fosse visível. Os hospitais destinavam-se ao acolhimento de pobres que estivessem doentes e não tivessem família que os tratasse. Também nestes podiam ser acolhidos peregrinos pelo que as duas instituições em pouco diferiam entre si (Sá, 1995).

Sendo estes cuidados administrados pelas ordens religiosas, misturavam-se os valores da caridade com a salvação das almas. Eram agasalhados, alimentados e tratados dos ferimentos ou doenças, e assim a assistência abrangia a globalidade do ser. “*Parece inegável que a generalidade dos hospitais e albergarias não incluíam médicos entre o seu pessoal até ao século XIII*” (Sá, 1995:88). A ideia generalizada, desde o século XIX, do que se entende por cuidados médicos ou hospital nada tem a ver com a realidade da Idade Média. É de salientar a baixa mortalidade nos hospitais já que a maioria excluía doentes incuráveis ou portadores de doenças contagiosas.

“ *Os Hospitais medievais tinham uma clientela exclusiva de pobres: os médicos e cirurgiões faziam visitas domiciliárias a pagamento, e, num escalão social mais elevado, integravam a domesticidade dos ricos*” (Sá, 1995:89).

Os hospitais eram de uma forma geral indiferenciados mas havia os especializados, por exemplo as gafarias para os leprosos que não tinham o objectivo do tratamento dos doentes mas do seu afastamento da restante sociedade. Havia ainda os hospitais destinados a crianças abandonadas com a finalidade de acudir aos *“filhos ilegítimos em risco de infanticídio, perdendo-se as almas sem baptismo das crianças a as das mães que os abandonavam”* (Sá, 1995:89).

Também aqui se encontra a prevalência da religião sobre qualquer outra motivação que se vai reflectir na forma como estas instituições eram custeadas. *“ A criação de hospitais fazia-se quase sempre por testamento e a salvação da alma era a preocupação prioritária”* (Sá,1995:90). Estas doações resultaram em múltiplas unidades de acolhimento, pequenas e sem condições nem meios de sobrevivência futura que motivaram tentativas de aperfeiçoamento por parte da coroa portuguesa.

1.2 – A primeira reforma do sistema hospitalar em Portugal e criação das Misericórdias

O Hospital de Todos os Santos em Lisboa resultou de uma reforma levada a cabo por D. João II que fundiu pequenas albergarias e hospitais numa grande unidade assistencial. Esta iniciativa teve de ser *“precedida de um esforço diplomático junto de Roma para obter autorização”* (Sá, 1995:91) visto os testamentos dos doadores referirem a aplicação dos bens numa instituição muito concreta em troca da salvação da sua alma ficando esta em perigo uma vez que a sua vontade não iria prevalecer por todo o sempre. Foram agregadas dezenas de pequenos hospitais e o seu nome – Hospital Real de Todos os Santos revela simultaneamente, o interesse do Rei no projecto e a tentativa de invocar os muitos santos cujos nomes apadrinhavam as unidades encerradas. Na tentativa de pôr fim a desmandos na gestão muito arbitraria das albergarias e hospitais, a coroa nos finais do sec.XV e início do século XVI fez todo um esforço para moralizar e normalizar a administração destas instituições. *“ Esse esforço culminará com D. Manuel I, que nomeará provedores de capelas e hospitais, encarregados de velar pela feitura dos livros de tombo e dos regimentos ou compromissos nas comarcas respectivas”* (Sá,

1995:92). Na mesma época, no ano de 1498, assistiu-se à criação da Misericórdia de Lisboa pela Rainha D. Leonor e no ano seguinte, o Rei D. Manuel I usou a sua influência para levar as gentes importantes do Porto a criar a Misericórdia do Porto. Estas e as outras que se lhes seguiram serão mais tarde determinantes na reestruturação da assistência em Portugal, cuja influência e importância nos chega aos dias de hoje. Efetivamente, as Misericórdias continuam a desempenhar um papel decisivo na assistência, não apenas social mas também na saúde.

Datado de 1514 o Regimento das Capelas e Hospitais inova quanto à gestão hospitalar no Reino de Portugal. Distingue peregrino de doente e atribui-lhes espaço e atenção diferenciada, confere ao cuidado do corpo igual importância ao até ali atribuído apenas ao cuidado da alma e regulamenta que houvesse “*presença contínua e regular tanto dos administradores como do pessoal médico*” (Sá, 1995:97). No século que se seguiu, “*As Misericórdias, sob protecção régia, tenderam progressivamente a administrar os hospitais*” (pp 98) e pode dizer-se que “*foram as Misericórdias a dar seguimento às mudanças no panorama geral da assistência em Portugal*” (Sá, 1995:99). Apesar das dificuldades de comunicação próprias da época foi grande “*a facilidade com que as Misericórdias se espalharam pelo reino e pelo império e a rapidez com que o fizeram nas primeiras décadas após a erecção da Santa Casa de Lisboa*” (Araújo, 2009:35) Estamos a entrar numa nova era nos cuidados de saúde e a alma? Terá sido esquecida? Nem por isso. Nos séculos XVI e XVII “*Os doentes eram submetidos a um exame médico de admissão; seguiam-se a confissão e comunhão, sem as quais a sua estadia não era permitida*”. (Sá, 1995:100). O doente era tratado, alimentado e agasalhado e “*em caso de perigo de morte, o doente era confessado e recebia a extrema-unção*” (Sá, 1995:100). No Hospital misturavam-se a assistência médica e religiosa e com elas os seus “profissionais” diferenciados, sendo o sacerdote, um elemento sempre presente e que deveria assegurar não só a missa dominical obrigatória para todos os doentes, como a administração da extrema-unção a quem precisasse. Para tal “*os orçamentos hospitalares conferiam parcelas significativas da sua totalidade ao pagamento de sacerdotes*” (Sá, 1995: 101).

A prática da medicina até ao século XIX era mais uma arte que uma ciência. Após a Revolução Francesa com toda a inovação ideológica e científica que se lhe seguiu, a medicina evoluiu em direcção ao que é hoje (Bynum, 1994). A Anatomia Clínica e a Medicina Laboratorial assim como Pasteur, Koch ou Bernard, entre outros, contribuíram decisivamente para uma relação diferente entre doente e médico, assim como para o novo conceito de hospital. Apesar de toda esta evolução e dos contactos privilegiados entre a Europa e a Ásia, não foram, no entanto aproveitados os milénios de sabedoria Oriental. Segundo Paul Unschuld (1988) o monoteísmo Ocidental determinou o rumo da biomedicina pois um só Deus inspira uma só verdade, um só caminho e tolera muito pouco diferentes abordagens e paradigmas alternativos. Esta influência faz-se sentir ainda em pleno século XXI.

1.3 – Os Hospitais no Porto

A história da assistência hospitalar na cidade do Porto passa pela Hospital-Albergaria de Roque Amador, chamada de Santa Maria do Rochedo, fundada no final do século XII, pelo Rei D. sancho I. Foi a Câmara do Porto que geriu a instituição até 1521, ano em que o Rei D. Manuel I ordenou que passasse a ser a Santa Casa da Misericórdia a responsável pelo seu funcionamento. De 1605 a 1689 decorreram obras de ampliação e melhoramento financiadas por D. Lopo de Almeida, assumindo o Hospital que resultou desta obra o nome do seu benemérito. Desde 1641 que, neste novo hospital, teve início uma dinâmica de transmissão de conhecimentos cirúrgicos (Brito,s/d ; H. G. S. A., s/d ; Portojo, 2010).

No séc. XVIII, devido ao crescimento populacional da cidade do Porto, D. José I ordenou à Santa Casa da Misericórdia dessa cidade que providenciasse a construção de um novo Hospital que substituisse o velho Hospital de D. Lopo, para satisfação das necessidades emergentes. Após quase trinta anos de obras e mercê as dificuldades económicas da época, apenas dois terços do inicialmente projectado foi construído. A votação dos mesários deu-lhe o nome de Santo António. Os primeiros doentes foram recebidos em 1795(Basto, 1982; Porto XXI , s/d)

A cidade ficou com um edifício monumental onde os cuidados de saúde se aproximavam do que se fazia pela Europa mas “*em Portugal, a educação médica ainda sofria, nos alvares do século XIX, os efeitos deletérios da hegemonia da Universidade de Coimbra*”(Gomes, 2009:11). Consciente das limitações que tal realidade impunha ao ensino da Medicina, o Cirurgião-Mor do Reino usou da sua influência para convencer o Rei D. João IV a criar duas escolas de Cirurgia, uma no Porto e outra em Lisboa. Não tardou o Soberano a deliberar em alvará e cinco meses depois “*Bernardo Pereira da Fonseca Campeão inaugurava assim, nesse benfazejo dia 25 de Novembro de 1825, a Régia Escola Cirurgica do Porto, cuja direcção assumiu a partir daquele momento*” (Gomes, 2009:11). Enquanto a sua congénere de Lisboa usufruía da protecção do Estado que custeava mestres estrangeiros para garantir o nível do ensino, “*no Porto o curso arrastava-se obscuramente, por completo esquecido dos poderes centrais. E toda a Cirurgia aqui se foi desenvolvendo, amparada exclusivamente pela benemerência particular*” (Gomes, 2009:12). Sofreu ainda com a guerra civil entre Miguelistas e Liberais vendo presos ou exilados alguns dos seus lentes e chegando mesmo a ser temporariamente encerrada. “*Só com o fim das lutas liberais, em 1834, e graças à intervenção resoluta do secretário do Ministério do Reino, Almeida Garrett, a Régia Escola retomou o seu regular funcionamento*” (Gomes, 2009:14). Apesar de todas as adversidades esta Escola contribui com nomes importantes para “*as páginas da medicina portuguesa*”(Monteiro, 1926:s/p).

Com o início do século XX outras exigências resultaram da evolução científica e “*há, portanto, uma mudança de filosofia na educação médica, que passa a considerar de forma supletiva o ensino prático.*” (Gomes, 2009:18). Apesar de todos os esforços de clínicos e cirúrgios “*a educação médica no Porto continuava a debater-se com a exiguidade das instalações*” e com o facto de ser realizada “*quase por favor, num hospital que nem ao Estado pertencia*” (Gomes, 2009:19). Era urgente ampliar as instalações assim como a construção de uma moderna maternidade para responder à enorme mortalidade infantil. Em 1935 ficam concluídas as obras de ampliação do edifício da faculdade de Medicina e em 1937 foi inaugurada a Maternidade Júlio Dinis onde passou a ser ministrado o ensino da Obstetria e Ginecologia.

No contexto social inerente a esta década, duas realidades coincidiram: um grande aumento populacional que exigia uma reforma no sistema hospitalar português e um equilíbrio nas finanças que o permitiu. Desde o pós implantação da República que o dr. Francisco Gentil, figura eminente da história da Medicina no nosso país, nomeadamente na área da Oncologia, se viu envolvido nos estudos com vista à reforma do ensino médico em Portugal. Francisco Gentil preconizava a interdependência entre assistência hospitalar, educação clínica dos médicos e preparação cirúrgica. *“Não serve de nada fazer hospitais se não se preparar o pessoal médico, o pessoal de enfermagem e o pessoal administrativo indispensáveis a uma vida normal das instituições hospitalares criadas. É preciso ter hospitais e não só asilos-hospitais”* (Gentil, 1944: s/p). Após duas décadas de crise financeira e social, António de Oliveira Salazar assumiu a tutela do Ministério das Finanças e implementou *“uma política orçamental draconiana”* e *“equilibradas as contas do país, o Estado passou a ser dotado de recursos financeiros para lançar um vasto programa de obras públicas”* (Rosas, 1996:865). É então ordenada por Salazar, em 1933, a construção de dois hospitais escolares, um em Lisboa e outro no Porto, anexados à respectiva Faculdade de Medicina.

1.4– O Hospital de S. João

À ordem emitida pelo Governo, seguiram-se anos de estudos cuidadosos quanto aos solos utilizados e o projecto de arquitectura mais adequado, levados a cabo por comissões onde sobressairam nomes como Francisco Gentil ou Hernâni Monteiro. Um dos problemas mais discutidos foi a escolha do arquitecto que deveria ser conhecedor da exigência do Projecto e ter experiência na área hospitalar. Francisco Gentil e Hernâni Monteiro concordaram que o alemão Hermann Distel seria a escolha acertada. O projecto foi executado a partir das características da capital e, segundo Jácome de Castro, presidente da Comissão Administrativa e Engenheiro Inspector Superior de Obras Públicas, *“o edifício do Porto é fundamentalmente uma réplica do Grande Hospital Escolar de Lisboa, baseado no mesmo projecto inicial”* (Ministério das Obras Públicas, 1959:s/p). Por razões várias o Hospital de S. João apenas foi inaugurado vinte e seis anos após o decreto que

ordenou a sua construção. No preâmbulo do decreto-lei do Ministério do Interior nº 41811, de 9 de Agosto de 1958 pode ler-se que *“as perturbações resultantes da segunda guerra mundial fizeram atrasar os trabalhos de construção dos hospitais escolares, que só retomaram o ritmo devido após a cessação das hostilidades”*.

Durante a sua primeira visita oficial ao Porto, o Presidente da República inaugurou o Hospital de S. João, num dia de grande significado para a cidade – 24 de Junho de 1959. *“Em conformidade com a tradição católica portuguesa, o hospital fez-se dotar de uma capela para atos religiosos”* (Gomes, 2009:64). A sua construção permitia que mesmo doentes acamados pudessem deslocar-se à Capela para assistir às celebrações. D. António Ferreira Gomes, Bispo do Porto, embora tenha sido consultado para a sua construção e decoração, esteve ausente da sua inauguração por divergências com o regime, que inclusivamente, o forçou ao exílio pouco tempo depois.

Esta convivência permanente da assistência médica e da assistência espiritual persistiu, mesmo nos conturbados anos da Revolução de Abril. É de salientar, contudo, *“a abertura de um serviço religioso ecuménico”* (Gomes, 2009:126) nos primeiros anos do século XXI. Apesar de, apenas a Igreja Católica ter os seus representantes em permanência no Hospital, o Capelão mostrava-se disponível para contactar qualquer outra congregação religiosa sempre que qualquer utente o solicitasse. Assim, *“a Capelania acompanhou o movimento mundial de diálogo ecuménico e assegurou a igualdade de direitos na assistência confessional a doentes hospitalizados, antecipando-se, assim, à recente Lei de Liberdade Religiosa”* (Gomes, 2009:126). Após a tomada de posse do novo Conselho de Administração do Hospital de S. João, a 27 de Março de 2007, sob a presidência de António Ferreira, este, entre muitos e arrojados projetos, tomou a iniciativa da construção de um espaço interreligioso onde todas as confissões religiosas tivessem o direito de recolhimento e celebração, respeitando as suas convicções.

Capítulo II – A Saúde e a Religião

2.1 – Saúde, espiritualidade e interculturalidade

Não sendo a saúde e a doença o nosso objeto de estudo primeiro, sem dúvida que ele se entrecruza com esta pela via do contexto onde decidimos estudar o fenómeno inter-religioso – O Hospital – e pela via das representações e praticas da espiritualidade mais ou menos partilhadas pelos atores deste cenário Hospitalar.

Independentemente da ciencia e da tecnologia que circula no Hospital, da sua organização espacial, nele circulam poderes e saberes complexos, diversos agentes, nele e entre eles se estabelecem relações complexas de divisão do trabalho (que denuncia de alguma forma a hierarquia da ênfase que se coloca a cada uma das dimensões implicadas no processo de adoecimento e de cura/tratamento) produzindo uma ordem social especifica, como tão bem Graça Carapinheiro (1993) caracterizou no seu trabalho sobre o Hospital nos anos 90 do século passado. Onde se situa a religião e a espiritualidade neste complexo social hospitalar, neste campo da saúde? Como se integra neste complexo de tecnologias cada vez mais avançadas e de segmentação do corpo e do seu funcionamento? Qual o lugar das espiritualidades e da religião no espaço hospitalar e na equação da saúde e da doença?

A felicidade é um valor humano que pauta as ações e interações e projeta a humanidade numa construção particular. A felicidade, a saúde e o bem-estar são valores a que sucessivamente esta se associa, tal como podemos encontrar em vários estudos, nomeadamente os que têm vindo a problematizar a realidade portuguesa (Silva, 2008; Alves, 2011). A saúde, mais que os bens materiais ou a realização profissional, é a primeira ambição de todo o indivíduo. Mas, o que se entende por saúde? Desde há muitos anos que a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um estado de total bem-estar físico, mental e social, ao qual acrescentou espiritual, e não apenas a ausência de doença (WHO, 1946). As preocupações das entidades responsáveis centraram-se preferencialmente na avaliação da morbilidade e da mortalidade e não tanto no impacto da doença na vida das pessoas. Com o decorrer do

século XX outras preocupações se foram impondo e já não chegava apenas conhecer os números frios da mortalidade ou os gráficos das epidemias mas urge avaliar a qualidade de vida das pessoas. É importante saber como vive alguém com uma doença crónica, mais ou menos incapacitante ou como vivem as famílias quando um dos seus elementos adocece. Com o objetivo de estabelecer um conhecimento mais profundo das realidades, das angústias e das limitações, foi constituído pela OMS um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) para desenvolver instrumentos que avaliem a qualidade de vida dentro de uma perspetiva transcultural, apesar das grandes dificuldades encontradas na construção deste tipo de escalas. Neste contexto, *“Nos últimos anos a preocupação e a valorização da dimensão «não-material» ou espiritual em saúde tem crescido em importância”*(Ellerhorst- Ryan, 1996 citado em Fleck, 2000:37), tendo sido integrada pela OMS nos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida, contemplando as vivências religiosas e espirituais, no sentido amplo.

O instrumento WHOQOL-SRPB foi aplicado no Brasil, em Porto Alegre, em 15 grupos de profissionais de saúde, pacientes agudos, crónicos e terminais. Este conjunto de indivíduos incluía ateus e religiosos (católicos, evangélicos, afro-brasileiros e espíritas) (Fleck, 2003). O objetivo era averiguar até que ponto as crenças individuais afetam a qualidade de vida e ajudam a pessoa a enfrentar as dificuldades. Os trabalhos realizados visavam dar seguimento às preocupações manifestadas no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, redigida em Nova Iorque, a 22 de Julho de 1946 e que salientavam: *“A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição económica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados”*.

O relativo desconhecimento da problemática da saúde e da doença em contexto intercultural é um tema recorrente e que tem vindo a captar atenção

por parte dos técnicos, dos profissionais e dos investigadores. Os estudos interculturais sobre a saúde e da doença exigem que se reequacione e se compreenda a vivência da saúde e da doença. Como as diversas culturas em presença manifestam e explicam e lidam com a saúde e a doença? Qual o lugar das espiritualidades na compreensão da saúde e da doença? Como podemos restituir unidade ao humano?

É fundamental conhecer as especificidades culturais destes grupos sociais minoritários de modo a permitir desconstruir concepções e práticas hegemónicas e encontrar respostas culturalmente competentes, uma vez que *“A saúde é um direito de todos; todos os indivíduos têm um valor equivalente e deverão ser respeitados nas suas diferenças; o utente, nacional ou migrante, é um cidadão que não deverá ser discriminado qualquer que seja a sua origem social ou étnica, a natureza da sua doença, a sua esperança de vida, a sua situação legal”* (Ramos, 2006, p.332 citado em Anes, 2006, p. 75).

2.2 – Religião e Espiritualidade

A Ciência e a Religião têm tido grandes desentendimentos e frequentemente se têm revelado incompatíveis. No entanto, ao culminar de um século em que a ciência esteve em clara evidência e que quase ofuscou as religiões milenares pela falta de provas tangíveis de que estas fossem credíveis, como explicar este interesse pela vivência espiritual dos povos? Ao longo dos séculos sempre coexistiram investigadores ateus ou agnósticos e estudiosos crentes. A razão de qualquer deles foi sempre questionada. Um dos cientistas que relativizou todas estas questões foi Francis S. Collins, Diretor do Projeto Genoma, que em 2006 escreveu o Livro *“A Linguagem de Deus: a ciência apresenta provas para a Fé”*. O autor defende a visão Teísta da vida e do Cosmos partilhada por milhares de cientistas e por crentes das mais variadas religiões. Definidos os seis grandes princípios da Evolução Teísta a objetividade científica e a subjetividade da Fé não se excluem mutuamente, complementam-se. *“A Ciência sem a Religião é coxa, a Religião sem a Ciência é cega”* (Einstein, 1941, citado em Collins, 2007).

Na realidade a ciência apresenta uma pluralidade interna e externa e a ciência não é a única forma de conhecimento disponível. “ *A Ciência não é a única maneira de conhecer. A concepção espiritual do mundo proporciona-nos outra maneira de descobrir a verdade. Os cientistas que negam este facto devem analisar os limites dos seus próprios instrumentos*” (Collins, 2007: 177). O perigo da ciência, através das descobertas ligadas ao genoma, ter a tentação de se tornar o novo deus, é grande, Também a bioética ser defendida apenas com base na Fé, é arriscado, pois no passado já se cometeram grandes atrocidades em nome de um qualquer deus. Assim, é urgente que as duas concepções deponham armas pois “*precisamos desesperadamente que ambas as vozes estejam presentes à mesa, e que não gritem uma com a outra*” (Collins, 2007:209).

Segundo a convicção de Jordan Grafman (2009) a Humanidade é biologicamente predisposta a ter crenças e a religiosidade é uma delas. Estudos realizados pelo neurologista provam que as estruturas do cérebro usadas nas crenças religiosas pertencem a áreas formadas antes do desenvolvimento da espécie humana. A busca do Homem primitivo por respostas para os fenómenos foi o ponto de partida para que se diferenciasse dos restantes animais. Em todos os tempos, em todas as civilizações estudadas das mais antigas às mais modernas, a componente religiosa ou espiritual sempre esteve presente. A divindade adorada podia ser mais concreta e próxima do homem ou abstrata e distante mas sempre fez parte do quotidiano da humanidade.

Andrew Newberg (2009) defende a teoria de muitos outros cientistas que acreditam que a espiritualidade não só deixa marcas neurológicas em quem crê, como é benéfica para a sua saúde. Ressonâncias magnéticas realizadas a crentes em meditação revelam um desenvolvimento cerebral aparentemente relacionado com a prática continuada da espiritualidade (Newberg, s/d). O ser humano é mais complexo do que muitos querem fazer crer. O indivíduo não possui apenas a sua componente física, psicológica ou social, possui também a espiritual que está presente ao longo de toda a vida (Pargament, 2007). A espiritualidade pode ter várias definições mas todas convergem na importância

que lhe atribuem. A espiritualidade pode ser vista como um movimento inato em direção ao transcendente, a um Ser Superior e exterior ao Homem que o protege em momentos de crise (Bryson, 2004). Pode ainda relacionar-se com a preocupação na busca dos valores e do significado da vida humana, não estando subjacente a uma crença ou religião organizada (Hardwig, 2000).

Quer o indivíduo se reveja mais na primeira definição ou na segunda, esta dimensão não pode ser descurada na assistência de saúde pois “ um nível elevado de cuidado físico é certamente de vital importância, mas não o suficiente em si mesmo. A pessoa humana não deve ser reduzida a uma mera entidade biológica” (Pessini, 2005:496). Existem muitas outras definições de espiritualidade mas nenhuma delas esgota a riqueza de um conceito tão abrangente e profundo, principalmente no âmbito da saúde. Atualmente começamos a encontrar muitos trabalhos escritos sobre a incidência da fé da religião e da espiritualidade o processo de cura, recuperação do bem-estar humano e no final da vida. (Dunne, 2001).

Segundo Newberg, (2009), as pessoas que estabelecem relações no âmbito da meditação ou oração, conseguem um melhor equilíbrio interior e uma melhor relação com os outros. Este neurocientista ainda crê, embora não possa ainda apresentar provas, que a química cerebral se altera, modificando os níveis de serotonina e dopamina que regulam o funcionamento geral do nosso corpo incluindo o humor e a memória. É convicção da investigadora que se assiste a uma crescente procura por parte de indivíduos da chamada classe média /alta da sociedade ocidental, de grupos de meditação de origem oriental. Contrariando as religiões de massa dos últimos séculos, muito associadas à população com menos meios e menor escolaridade, surge uma vaga dos que buscam conscientemente a “ luz”, fugindo à rotina mecanizada do materialismo quotidiano.

2.3 – Espiritualidade na Doença e na Morte

Alguns estudos concluem que as pessoas com prática religiosa frequente apresentam taxas de mortalidade mais baixa. Uma das razões apontadas será

as boas práticas de saúde, casamentos estáveis e duradouros e relacionamentos sociais benéficos (Strawbridge, 1997).

Uma investigação levada a cabo, nos EUA, com setenta e um pacientes de cancro em estado avançado revela uma atitude mais positiva e uma maior satisfação e menos dor, nos pacientes com vivência religiosa. Não se provou que houvesse uma maior percentagem de sobreviventes mas a religião funcionou como fonte de conforto e segurança nos momentos difíceis (Yates, 1981). Também podemos encontrar em um trabalho de investigação realizado no Brasil, a partir do acompanhamento de cinco doentes de cancro da mama mastectomizadas, com o objetivo de perceber a influência da espiritualidade na aceitação da doença, na força para a luta e na qualidade de vida das pacientes. Pelos depoimentos recolhidos, a autora conclui que *“a espiritualidade que decorre de uma vivência de fé, embora simples e espontânea, pode ser uma forma eficiente de apoio para enfrentar e lidar com situações limite como é a que decorre do diagnóstico e dos tratamentos de um câncer da mama.”* (Santos, 2008:150) A autora supõe pelos resultados que a espiritualidade pode ter provido as pacientes de sentimentos de compaixão, tolerância e solidariedade para com os familiares e profissionais de saúde o que contribuiu para uma atitude positiva ao longo da doença. *“Portanto, a religiosidade e espiritualidade podem ser o fio condutor que integram condições psicossociais e físicas na garantia de uma melhor qualidade de vida, colaborando para um prognóstico positivo no tratamento do câncer da mama.”* Santos, 2008:151). Contudo, não é fácil encontrar espaços de individualidade numa instituição de saúde porque, frequentemente, *“o utente quando internado é padronizado, despersonalizado, despojado dos seus suportes de identidade cultural e social, afastado da família e das pessoas mais significativas. A relação doente - técnico de saúde é geralmente formal, distanciada com uma linguagem técnica e incompreensível, influenciando em maior ou menor grau a comunicação”* (Pereira, 2008:64). Torna-se imperativo que a formação dos técnicos de saúde inclua a sensibilização para o invisível que influi no corpo doente visível. *“Se na sua formação os enfermeiros, médicos e outros técnicos de saúde, tiverem conhecimentos psicológicos, antropológicos e sociológicos, podem ajudar a melhorar a comunicação e a combater os estigmas e os*

estereótipos, evidenciando e ajudando na compreensão dos processos de comunicação e das lógicas individuais e culturais dos comportamentos segundo as idades, os sexos, os estatutos e as culturas” (Ramos, 2004 cit. Pereira, 2008: 64-65).

Além da situação de internamento temporário ou doença mais ou menos prolongada no domicílio há ainda a problemática dos doentes terminais. Como dar resposta a essa fase da vida, tão sensível? Nos cuidados paliativos, a presença da espiritualidade é inquestionável porque é na reta final da vida que o transcendental assume uma grande importância. Desde sempre a Humanidade necessita desse apoio quando a vida lhe foge e *“a visão da morte é bastante positiva nas diferentes culturas religiosas, na medida em que conduz sempre a um plano superior de realização, salvação ou mesmo libertação. Vida e morte não se opõem; pelo contrário, sucedem-se, sendo a vida uma etapa num processo do qual a morte também é parte integrante, mas não como o fim”* (Teixeira, 2006:85). Os pacientes precisam de alguém que os acompanhem nessa vivência (Leighton, 1996).

Para Araújo e Silva (2007) a qualidade de vida está relacionada com o oferecimento do máximo conforto ao paciente sob cuidados paliativos, através do alívio de sintomas e do oferecimento de suporte psicossocial e espiritual, ajudando-o assim, a viver da melhor forma possível o tempo que lhe resta e a morrer com dignidade. Pessini refere que recentes pesquisas nos EUA revelaram que uma das 3 necessidades mais solicitadas pelos pacientes em estado terminal e seus familiares é precisamente o aconselhamento em questões espirituais. *“O ser humano é um complexo bio-psico-sócio-espiritual. Todas se interpenetram. Qualquer anomalia que afete uma dessas dimensões pode provocar uma doença. Por isso, também o processo de cura deve ser multidimensional”* (Silva, 2010:113). Parece ser já consensual este conceito de assistência. No entanto, é necessário que haja pessoas preparadas para o fazer, pois muitas vezes nem a família comunga dos mesmos interesses espirituais do doente.

O medo da morte também é uma realidade na nossa sociedade, o que impede frequentemente os moribundos de falarem do fim sem preconceitos e em liberdade. *“As atitudes perante a morte têm-se modificado ao longo dos tempos, acompanhando o desenvolvimento da cultura social, da religião, da*

ciência e da tecnologia. No séc. XX a morte deixou de ser um acontecimento social, público e comunitário, deixou de se morrer em casa, junto dos familiares e amigos, e passa-se a morrer no hospital, o que traduz uma verdadeira “hospitalização da morte” (Teixeira, 2006:7). A família, fugindo à dor e tentando ignorar o desfecho natural da doença, foge às conversas mais constrangedoras. “Os profissionais de saúde adiam o mais possível o momento de avisar a família, ou a própria pessoa, com o receio de se verem envolvidos na cadeia de reações que lhes farão perder o controlo de si mesmos” (Teixeira, 2006:55-56).

O século XXI tem de trazer uma nova resposta a esta questão e acompanhamento. Existem já equipas multidisciplinares de cuidados paliativos nos hospitais, nomeadamente no Hospital de S. João, para satisfazerem esta necessidade. No entanto, se o doente assim o desejar, é importante integrar nelas o Assistente Espiritual, independentemente da religião em causa. *“Um livro sobre o estudo interdisciplinar do cuidado com os doentes em fase terminal não estaria completo sem uma palavra sobre o desempenho do capelão do hospital. Frequentemente, é o único que é chamado quando um paciente está em crise, quando está morrendo, quando a família está relutante em aceitar a notícia, ou quando a equipe de tratamento o elege como mediador” (KUBLER-ROSS, 1977: 258 citada em Silva, 2010: 113). Os profissionais de saúde têm uma responsabilidade que ultrapassa a técnica e a ciência pois “o cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direcionado para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade” especialmente em condições de doença ou eminência da morte.*

Capítulo III – A Religião nos cuidados hospitalares

3.1 – Capelania Hospitalar

Como colocar ao serviço dos pacientes o apoio espiritual que se revela necessário e de que forma para que os direitos de cada um sejam respeitados?

“A espiritualidade e a religiosidade estão inseridas em todo ser humano, de acordo com sua cultura. Ele expressa seus valores, costumes, ensinamentos e forma de pensamento e acredita neles, por isso precisa ser

respeitado” (Silva, 2010:111). Este serviço não pode ser realizado apenas com recurso a celebrações formais de uma qualquer igreja mas sim através de uma relação muito próxima de empatia e “com-paixão” tanto com doentes quanto com familiares.

A atuação pastoral oferece solidariedade onde reina a indiferença, calor humano onde impera o abandono, cria vínculos à família dos filhos de Deus a indivíduos que se sentem desprovidos de laços e de sentido para a vida (Pessini, 2003 citado por Silva, 2010:110).

Alexsandro Silva, ao desenvolver a sua tese de doutoramento sobre a capelania hospitalar, faz uma reflexão sobre a importância da figura do capelão na assistência aos enfermos oncológicos. Ao fazer a fundamentação histórica e teológica da capelania hospitalar, refere-se aos primeiros séculos da era cristã como início de uma permanente preocupação dos cristãos pelos doentes em tempos de epidemias. Numa atitude contrária à que a sociedade da época tomava, os seguidores de Cristo *“que estão bem cuidam dos enfermos, os parentes atendem amorosamente seus familiares como deveriam, os patrões demonstram compaixão para com os seus escravos enfermos, os médicos não abandonam os aflitos”* (Alarcos, 2006:202, citado em Silva, 2010:15). Através dos séculos essa particularidade permaneceu e Santa Helena, mãe do Imperador Constantino tomou a iniciativa de construir os primeiros hospitais sob orientação da espiritualidade cristã. Já na Idade Média, *“multiplicaram-se por toda a Europa confrarias hospitalares, comunidades leigas mistas que acabaram por se transformar em verdadeiras formas de vida religiosa hospitalar”* (Silva, 2010:19). O século XVIII trouxe as ideias iluministas e com elas, o laicismo e a racionalização, a ponto de considerar humilhantes as obras de misericórdia. A separação do ensino médico e religioso tornou-se uma realidade mas a Igreja continuou a assumir um lugar de destaque na assistência dos mais necessitados. Alexsandro Silva revela nomes importantes dos finais do século XIX e início do século XX no que respeita à história da capelania hospitalar. Assim, entre os EUA e a Inglaterra encontramos Washington Gladden, Anton Boisen ou Leslie Weatherhead. Hoje, este serviço *“consiste num ministério de apoio, fortalecimento, aconselhamento e consolação, desenvolvido junto aos enfermos e seus familiares, funcionários e médicos do hospital.”* (Silva, 2010:27).

O capelão, entre outras funções, tem a obrigação de garantir o bom relacionamento com enfermos e assistentes religiosos de outra confissão. *“Deve ser capaz de realizar um diálogo inter-religioso, cooperando no objetivo comum de servir o doente, preservando a própria identidade de fé, nesse contexto pluralista, onde se encontram diferentes opções religiosas”* (Silva, 2010: 36. Dessa forma, este ministério ultrapassa a simples relação capelão/doente e exerce uma ação muito mais abrangente e profunda.

“A capelania hospitalar contribui para o processo de socialização de funcionários e usuários, oferecendo oportunidades de realização de atividades coletivas, livremente e da interação com relação à espiritualidade religiosidade, abre-lhes oportunidades de conhecer aspectos da religião do outro que podem trazer benefício a qualquer um” (Silva, 2010:111).

A possibilidade que cada um tem de sentir o apoio do seu grupo religioso num ambiente que por si só já se apresenta hostil, é uma mais-valia para a recuperação ou, no caso de esta ser impossível, para a coragem e força para enfrentar o incontornável.

3.2 – Capelania do Hospital de S. João

A Capelania do Hospital de S. João evoluiu ao longo dos anos tal como evoluiu a sociedade, a exigência nos serviços em geral e no atendimento e humanização em particular.

Desde a inauguração do Hospital que, ao ser construída a capela católica se pressupõe o funcionamento da Capelania. O Padre Capelão Álvaro Guedes de Carvalho, assumiu essa missão e, sozinho, tentava corresponder a todas as solicitações. *“De manhã ia dar a comunhão. Ia pelo hospital todo, com o sacristão com uma campainha, e dava a comunhão às pessoas que solicitavam comungar, ou as senhoras que punham um paninho na cabeça. Levava a comunhão a toda a gente de manhã, de madrugada antes de os serviços começarem a despertar e dava a comunhão a toda a gente”*. (Padre José Silva). Mais tarde, teve a ajuda do Padre Manuel Gomes mas tudo continuava centralizado no Capelão. As mudanças impuseram-se e foi com o Padre Mário Augusto que se iniciou a abertura ao exterior. *“O Padre Mário Augusto é que começou depois a convocar, a pedir às paróquias vizinhas do hospital para*

propor que os ministros extraordinários da comunhão das paróquias também viessem a ser ministros extraordinários da comunhão no hospital, não propriamente como visitantes, mas, digamos, como MEC e fez-se um grupo de MEC's, que começou com ele" (Padre José Silva). Estes leigos, instituídos para distribuir a Comunhão nas suas paróquias, foram introduzidos no Hospital. Seguiu-se o Padre José Nuno que se atreveu a alargar a pastoral de saúde aos profissionais e que criou uma superestrutura, que, pelo menos em teoria, descentraliza as atividades e as iniciativas de âmbito espiritual no Hospital.

Na publicação *Hospital/idade: sejamos o que somos - agenda pastoral 2008/09- Serviço Religioso Capelania*, diz-se que o modelo de Serviço Religioso Hospitalar se apresenta como Capelania-Comunidade, resultado de um processo de evolução com muitos anos, fruto da consciência das transformações na área da saúde e pode ler-se:

"Os colaboradores multiplicaram-se: vieram de dentro do hospital, entre profissionais e voluntários, das comunidades eclesiais de zonas servidas pelo hospital, de Movimentos e Institutos Religiosos e Seculares... o número cresceu. Organizaram-se equipas de trabalho, com responsáveis nomeados, depois Sectores Pastorais, com Equipas coordenadoras escolhidas. O Secretariado Pastoral já era uma realidade e funcionou como motor de todo o processo. A criação das Equipas Coordenadoras de Sectores foi o passo prévio final para a constituição do Conselho Pastoral da Capelania. Ele resulta de um caminho conscientemente empreendido, faseado e orientado para este fim."

As orientações na constituição do Conselho Pastoral do Hospital de S. João são:

- Representação de doentes
- Representação de todas as profissões de saúde
 - Observadores convidados presentes no Plenário:
 - Delegados do Conselho de Administração
 - Delegados da Associação de Voluntariado
 - Delegados da Paróquia em que o Hospital se insere
 - Delegados das outras Confissões Cristãs

CAPELANIA CATÓLICA DO HOSPITAL DE S. JOÃO



3.3 – Projeto Inter-religioso de assistência no Hospital de S. João – enquadramento legal

O Projeto em curso visa a assistência religiosa aos doentes de variadas confissões e a construção de um espaço inter-religioso onde doentes e assistentes possam realizar o seu culto, respeitando a sua identidade espiritual e religiosa. A inovação desta iniciativa contrasta com a realidade vivida num passado recente em que apenas a Igreja Católica tinha acesso aos internados.

Os direitos da Igreja Católica estavam há muito consignados na Concordata de 1940, Artigo 17.º – *“Para garantir a assistência espiritual nos hospitais (...) e outros estabelecimentos similares (...) é livre o acesso ao pároco do lugar e ao sacerdote encarregado destes serviços pela competente Autoridade eclesiástica, sem prejuízo da observância dos respetivos regulamentos, salvo em caso de urgência”*. Apesar das grandes mudanças realizadas pela Revolução de Abril, pouco mudou na tendência protetora da Igreja Católica, acrescentando o facto de proporcionar, a uma e apenas a uma confissão religiosa direitos custeados por todos os portugueses. No Decreto-Lei n.º 58/80, Artigo 1.º pode ler-se: *“Os capelães a que se refere o n.º 3 do artigo 10.º do Regulamento Geral dos Hospitais aprovado pelo Decreto n.º 48 358, de 27 de Abril de 1968, têm o estatuto de funcionários públicos”*. O Estado tem, a partir deste Decreto- Lei obrigação de custear o vencimento do Capelão assim como a manutenção do lugar de culto e demais necessidades inerentes à ação pastoral do mesmo. No conjunto de deveres atribuídos neste Decreto-Lei aos capelães hospitalares encontra-se na Art.5º, alínea g) *“Informar os responsáveis dos serviços hospitalares de qualquer pedido ou necessidade de assistência religiosa que venha ao seu conhecimento da parte de doentes de outras confissões”*. Este parágrafo é o que o Estado Português conseguiu de mais próximo do respeito pela liberdade religiosa.

Pode dizer-se que a Constituição da República Portuguesa era desrespeitada pois no Art.13º pode ler-se *“1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei. 2. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem,*

religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual” VII Revisão Constitucional (2005). A assistência religiosa por parte das confissões religiosas minoritárias dependia da boa vontade e do espírito ecuménico do capelão do hospital. Esta situação era injusta e discriminatória e urgia alterar a situação.

No Decreto-Lei n.º 253/2009 pode ler-se *“A assistência espiritual e religiosa nas instituições do SNS permanece reconhecida como uma necessidade essencial, com efeitos relevantes na relação com o sofrimento e a doença, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.”* Este Decreto-Lei faz ainda referência à Lei nº 16/2001 onde diz claramente *“A liberdade de consciência, de religião e de culto é inviolável e garantida a todos em conformidade com a Constituição, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, o direito internacional aplicável e a presente lei.”* Finalmente é aprovado o Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde (SNS), publicado em anexo ao Decreto-Lei nº253/2009, onde é assegurada a universalidade da assistência religiosa. O Art. 2º diz: *“Às igrejas ou comunidades religiosas, legalmente reconhecidas, são asseguradas condições que permitam o livre exercício da assistência espiritual e religiosa aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde que a solicitem.”* Regulamentados todos os pontos considerados importantes para o bom funcionamento do acompanhamento espiritual e religioso nos Hospitais, a Administração do Hospital de S. João assumiu a missão de dar corpo à Lei de forma a proporcionar as melhores condições aos doentes e suas famílias.

Cerca de três meses após o Decreto-Lei 253/2009 de 23 de Setembro encontraram-se representantes de nove religiões diferentes para poder estudar e acompanhar a implementação da nova Lei nos serviços de saúde. Segundo a Agência Lusa estiveram na reunião, representantes da Igreja Católica Romana, Aliança Evangélica Portuguesa, Comunidade Hindu, Comunidade Islâmica de Lisboa, Comunidade Israelita de Lisboa, Conselho Português das Igrejas Cristãs, Patriarcados Cristãos Ortodoxos Grego e Búlgaro e da União Budista Portuguesa. Responsável por este esforço de diálogo inter-religioso, o Padre José Nuno, coordenador das capelanias hospitalares, diz que *“é preciso harmonizar a diversidade”*. Nesta reunião ficou decidido que o melhor seria

criar uma comissão que ajudasse cada instituição de saúde a elaborar o seu próprio regulamento. A prossecução do diálogo religioso, a criação de um manual de assistência espiritual e religiosa e a formação do pessoal de saúde seriam os próximos passos, segundo a reportagem da Rádio Renascença de 16/12/09.

A dinâmica de transformação que se verificou teve especial relevância no Hospital de S. João no Porto. A reportagem de Rita Carvalho no Diário de Notícias de 07 de Março de 2010, diz que *“no Hospital de São João, no Porto, no dia após o internamento, os doentes são visitados por voluntários que lhes propõem assistência religiosa seja qual for o credo, católico, islâmico, hindu, judaico, budista, baha'i ou de outras confissões cristãs. O espaço de culto ainda é a capela católica, mas em breve haverá um lugar multirreligioso com referências a várias tradições religiosas, que poderá ser utilizado por todos.”*

Além da assistência direta aos doentes, os representantes de diversos cultos passaram a participar em celebrações e encontros em comum e em atividades formativas dirigidas aos alunos da Faculdade de Medicina. *“Os representantes de outras Igrejas e credos expressaram a sua satisfação pelo entendimento conseguido graças ao diálogo ecuménico e inter-religioso no Hospital de São João”* Agência Eclésia de 26/01/10. O diálogo foi profícuo e o Presidente do Conselho de Administração do Hospital de S. João, Dr. António Ferreira propôs-se trabalhar na criação de um do novo local de culto que será construído após a ampliação do 9.º e 10.º pisos e que visará o respeito pela sensibilidade de cada um e, segundo o próprio, *“não se trata de uma doação, mas de um dever”*. O Arquiteto Bernardo Abrunhosa de Brito foi o escolhido para projetar este Espaço. Embora seja de esperar um espaço neutro não poderá ser asséptico mas antes utilizar as novas tecnologias para oferecer a cada confissão a sua própria simbologia, respeitando as suas necessidades relativamente à interiorização e ao culto e tornando-se acolhedor para todos e cada um. Esta iniciativa deverá dar frutos noutros pontos do país, já que o Secretário de Estado da Saúde, Óscar Gaspar, anunciou que novos hospitais ou unidades de saúde remodeladas deverão passar a dispor de um Espaço semelhante ao projetado para o Hospital de S. João (TVI, 2010).

A dinâmica da Capelania do Hospital de S. João contagiou o ambiente hospitalar a nível nacional. Sendo o Capelão do Hospital de S. João, Padre

José Nuno, Coordenador Nacional das Capelarias Hospitalares, aos poucos a sensibilidade à Multiculturalidade foi crescendo. Uma nova realidade foi ganhando espaço, envolvendo Padres Católicos e confissões religiosas até há pouco afastadas numa mesma vontade de servir os doentes. Assim, foi criado o Grupo de Trabalho Religião e Saúde que, a nível nacional procura respostas adequadas à assistência espiritual em situação de internamento e outras a outras necessidades dos doentes, ligadas às singularidades das suas religiões. Fazem parte deste Grupo de Trabalho, para além da Igreja Católica que suscitou o dinamismo congregante dos vários Credos, a Aliança Evangélica Portuguesa, a Comunidade Bahá'í de Portugal, a Comunidade Hindu de Portugal, a Comunidade Islâmica de Lisboa, a Comunidade Israelita de Lisboa, o Conselho Português das Igrejas Cristãs e o Patriarcado Ortodoxo Ecuménico de Constantinopla, a União Budista Portuguesa e a União Portuguesa das Igrejas Adventistas do Sétimo Dia” (GTIR,2011). Este Grupo de Trabalho fez surgir um Manual de Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar que se revela do maior interesse para os profissionais de saúde, pois “só se respeita o que se conhece” (GTIR, 2011). Este documento dá a conhecer o essencial de cada religião, visando: as práticas religiosas e seus textos sagrados; os ritos de nascimento; a alimentação e prescrição religiosa; sentido e práticas na doença e no sofrimento; os ritos prescritos perante o mistério da morte (Anexo nº 8).

Capítulo IV- Diálogo Ecuménico e Diálogo Inter-religioso

Ao longo deste capítulo vamos descrever, muito brevemente, algumas das etapas no diálogo entre religiões. A designação de Igreja, corresponderá ao Cristianismo, não se limitando à Igreja Católica mas a todas as que dela emanaram. Quando falamos de Confissões Religiosas, a terminologia abrange o Cristianismo e as religiões não cristãs – Judaísmo, Islamismo, Hinduísmo e Budismo.

4.1 – Diálogo Ecuménico

4.1.1- A nível global

O Ecumenismo surge como uma força tendente a unificar a Igreja desunida. É difícil pelo peso da história que conta já com vários séculos.

Durante muitos séculos a Igreja de Roma apresentou-se como a única, a verdadeira, o único caminho para chegar a Deus. A expansão do Evangelho era uma urgência para a salvação das almas que, uma vez longe do verdadeiro caminho arderiam no Inferno da eternidade. O Grande Cisma do Oriente, no século XI, dividiu a Igreja em duas, Católica e Ortodoxa e foi o primeiro grande golpe na unidade dos Cristãos. Com excomunhões recíprocas os Papas de Roma e os Patriarcas de Constantinopla que se seguiram até ao século XX mantiveram-se de costas voltadas. Esta zanga entre “irmãos” apenas foi minorada em 1965 quando o Papa Paulo VI e o Patriarca Atenágoras I retiraram as excomunhões e retomaram o diálogo.

No século XVI, da Reforma Protestante da Igreja Católica, nasceram Igrejas e movimentos em desobediência a Roma que podemos hoje encontrar como: Anglicana, Baptista, Calvinista, Luterana, Metodista, Pentecostal, Presbiteriana, Adventista, Igreja Congregacional, Igreja Reformada e outras. Seguiram-se séculos de ódios, insultos e tentativas de se converter mutuamente.

A consciência da irracionalidade destas posições irreduzíveis foi evoluindo e, ao longo do séc. XX deram-se grandes mudanças. Iniciativas iluminadas de indivíduos foram, discretamente, marcando a diferença pois *“os caminhos trilhados pela humanidade não resultam da fatalidade ou do destino, mas das opções tomadas pelos seres humanos em determinados contextos”* (João, 2005:97). A palavra ecumenismo de origem grega e com o significado original de “toda a terra habitada”, é hoje utilizada com um sentido que pressupõe um esforço em busca da unidade. Esta unidade refere-se às Igrejas Cristãs. Depois de várias iniciativas por parte de algumas Igrejas reformistas o primeiro grande evento nesta caminhada intitulou-se Conselho Mundial de Igrejas e teve

lugar em 1948 que reuniu Igrejas Protestantes, Ortodoxas, Pentecostais e independentes. A Igreja Católica Romana não fez parte da organização. Apenas em 1960, o Papa João XXIII criou o Secretariado Romano para a Unidade dos Cristãos e entrou oficialmente no espírito ecuménico embora, já desde o início do século tivesse sido instituída a Semana de Oração pela Unidade dos Cristãos, de 18 a 25 de Janeiro.

Os esforços ecuménicos são discretos e quase reservados às cúpulas das Igrejas ou a nichos de crentes mais esclarecidos e abertos à diferença.

De entre muitas iniciativas que passaram despercebidas à opinião pública é de referir uma Assembleia Ecuménica Europeia, realizada no Pentecostes de 1989 em Basileia, na Suíça, convocada pela Conferência das Igrejas Europeias e pelo Conselho das Conferências Episcopais da Europa. Participaram mais de 700 cristãos católicos romanos, ortodoxos e protestantes.

É também relevante o reatar do diálogo oficial entra a Igreja Católica Romana e a Igreja Anglicana, levado a cabo pela terceira vez em 40 anos. Os trabalhos decorreram no Mosteiro de Bose, no Norte de Itália de 17 a 27 de Maio de 2011 na sequência da decisão conjunta do Arcebispo de Cantuária, Rowan Williams e do Papa Bento XVI.

4.1.2 – Em Portugal

Em Portugal e, nomeadamente no Porto, a caminhada ecuménica há muito que é uma realidade discreta mas vivaz. Há cerca de 50 anos que dirigentes de Igrejas não Católicas Romanas encetaram conversações para formar uma federação de Igrejas. Surgiram várias dificuldades, inclusive um nome que não fosse restritivo e pudesse respeitar cada igreja que lhe viesse a pertencer. A Comissão Intraeclesiástica Portuguesa fez uma proposta no dia 12 de Maio de 1962 – Conselho Português de Igrejas Cristãs. Mais conhecido pela sigla COPIC, é formado pela Igreja Presbiteriana de Portugal, pela Igreja Evangélica Metodista Portuguesa e pela Igreja Lusitana Apostólica Evangélica.

Em Dezembro de 2005, reuniu-se pela primeira vez a Comissão Ecuménica do Porto. A Comissão era constituída por 2 elementos de cada uma das seguintes Igrejas: Igreja Católica Romana, Igreja Evangélica Alemã do

Porto, Igreja Evangélica Metodista Portuguesa e Igreja Lusitana Católica Apostólica Evangélica. Mais tarde juntaram-se-lhes a Igreja Greco-Católica Ucraniana, a Igreja Ortodoxa do Patriarcado Ecuménico de Constantinopla e a Igreja Ortodoxa do Patriarcado de Moscovo.

Em Dezembro de 2005, reuniu-se pela primeira vez a Comissão Ecuménica do Porto. A Comissão era constituída por 2 elementos de cada uma das seguintes Igrejas: Igreja Católica Romana, Igreja Evangélica Alemã do Porto, Igreja Evangélica Metodista Portuguesa e Igreja Lusitana Católica Apostólica Evangélica. Mais tarde juntaram-se-lhes a Igreja Greco-Católica Ucraniana, a Igreja Ortodoxa do Patriarcado Ecuménico de Constantinopla e a Igreja Ortodoxa do Patriarcado de Moscovo. Esta Comissão tem uma ação dinâmica e meritória no âmbito do diálogo e da convivência entre Igrejas como o ilustra o Roteiro Ecuménico do ano de 2011. As Igrejas intervenientes reúnem-se mensalmente, percorrendo ao longo do ano os diversos locais de culto de cada uma e interagindo na oração e no convívio. A investigadora frequentou duas das celebrações e pode testemunhar que, embora o grupo que se reúne seja pouco numeroso é de tal forma participativo e as relações de tal forma amistosas que, para um observador externo, é difícil distinguir quem pertence a qual Igreja.

24 de Fevereiro 21h30	4 e 5 de Março	7 de Abril 21h00	4 de Maio 21h00	11 de Junho 21h30	2 de Julho 21h30	20 de Outubro 21h00	7 de Agosto 10h30
Paróquia Lusitana do Redentor Serviço da Oração da Noite	Celebração do Dia Mundial de Oração	Celebração com os doentes na capela do Hospital de S. João	Igreja Evangélica Alemã do Porto Serviço de Oração Rua do Mirante Canidelo GAIA	Igreja Católica Romana de Stª. Bárbara [Colmbrões] Vigília de Pentecostes	Igreja Greco-Católica Ucraniana Igreja dos Redentoristas Seminário de Cristo Rei GAIA	Igreja Evangélica Metodista do Mirante Oração e Estudo Bíblico Praça Coronel Pacheco PORTO	Festa de S. Pantaleão Igreja Ortodoxa Patriarcado de Constar Rua da Constituição 37 PORTO
Oração com Taizé Igreja das Taipas às 21h30 à 3ª quinta-feira de cada mês - Oração Ecuménica Mensal à 3ª quinta-feira de cada mês - 21h30 - alternado no Mosteiro da Serra do Pilar e na Igreja Lusitana do Torne							

4.2 – Diálogo Inter-religioso

4.2.1 – A nível global

Relativamente às Religiões do Livro, o Cristianismo, o Judaísmo e o Islamismo, também estes “irmãos”, apesar de terem o mesmo “Pai” Abraão se digladiaram ao longo de toda a sua história. Com respeito às outras correntes espirituais e religiosas que tiveram origem noutros continentes, nomeadamente em África ou Ásia, o velho Continente nem lhes atribuía estatuto de religião. Eram crenças de hereges a queurgia pôr cobro.

Estas lutas, por vezes exacerbadas, custaram muitos milhões de vítimas e deturparam por completo os ensinamentos morais que todas as religiões veiculam como caminho para a felicidade.

Após termos causado tanto mal à humanidade “*o único caminho seguro que nos resta é o diálogo*” (Carmo, 2001, pp. 393). O mundo evoluiu e durante o século passado iniciou-se, timidamente, o chamado diálogo Ecuménico entre as Igrejas Cristãs e o diálogo inter-religioso entre o Cristianismo, o Hinduísmo, o Islamismo, o Budismo e outras.

O respeito mútuo tem vindo a ser assumido como base para qualquer diálogo. As dificuldades são muitas e enraizadas em ódios ancestrais. Como se pode então caminhar no diálogo inter-religioso? “*Trata-se de perdoar e ser perdoado, o que implica um profundo espírito de humildade para reconhecer as faltas próprias (ainda que cometidas num passado mais ou menos longínquo por antecessores há muito desaparecidos).*” (Carmo, 2001, pp.413). E através do exemplo dos mais altos representantes de cada religião a verdadeira revolução ao nível do crente anónimo vai-se fazendo muito lentamente. Multiplicam-se situações de “*diálogo permanente ao nível das várias religiões, não com o objetivo de converter os interlocutores, mas para aprofundar o conhecimento mútuo, na busca incessante de pontos e interesses comuns.*” (Carmo, 2001, pp.413).

Nem sempre houve esta abertura ao outro e este respeito pelas liberdades dos demais. Foi desde o Concílio do Vaticano II que, os cristãos

encetaram uma nova forma de se relacionarem com os outros crentes. Pierre-Francois de Béthume (2007), reflete acerca das dificuldades surgidas, pois os cristãos sempre vocacionados para a conversão dos outros povos sentirão a necessidade de uma verdadeira conversão interior para irem ao encontro da Fé do outro sem porem em causa a sua própria Fé. O mesmo autor alerta para o facto de o medo e a rejeição do que é diferente substituir frequentemente a hospitalidade que é inerente a todas as religiões e se construírem muros em vez de pontes. O Outro sempre foi assustador. *“Na história dos Seres Humanos, o Outro foi frequentemente um agressor que roubava comida, mulheres, riquezas e por vezes a liberdade e a vida”* (Carmo, 2005:162). Mas o final do século XX marcou a diferença e hoje *“a proposta de um diálogo entre culturas e civilizações traduz um novo e urgente paradigma, que envolve não apenas as forças políticas, económicas e sociais, mas também as diversas tradições religiosas”* (Teixeira, 2010:s/p). Depois de séculos de costas voltadas, não será fácil a comunicação e *“para que haja um diálogo inter-religioso substantivo é necessário não só uma atitude de grande humildade, mas também sensibilidade e respeito face ao mundo do outro; bem como uma busca sincera do mistério que a todos envolve e ultrapassa”* (Teixeira, 2010:s/p).

A globalização e as comunicações simultâneas em qualquer ponto do planeta colocaram-nos perante um choque civilizacional que tem tanto de surpreendente pela positiva como pela negativa. Se por um lado apaixona por outro assusta. Neste contexto sobressaem as religiões muito influentes na maior parte dos povos. Então, estas terão uma grande missão na pacificação e no desenvolvimento dos diferentes continentes. «Não haverá paz entre as nações sem a paz entre as religiões. Não haverá paz entre as religiões sem o diálogo entre as religiões. Não haverá diálogo entre as religiões se não se investigam os fundamentos das religiões» – assim nos apresenta o tema Hans Küng na primeira página do seu último livro *O Islão – História, Presente, Futuro*. Diálogo inter-religioso: O desafio do nosso tempo (citado por Ramiro Loureiro da Cruz, Missionário Comboniano)

Mesmo sem que esta ação fosse consciente, vêm de longe as relações entre religiões. *“Falando em diálogo inter-religioso, referimo-nos a um longo*

caminho de inculturação da fé, onde as religiões aprendem umas com as outras, muitas vezes por meio de conflitos e oposições. Se olharmos um pouco a história, vemos por exemplo que a novidade do Budismo traz em si elementos do Hinduísmo, incorporados por Siddhartha Gautama, o Buda. A Bíblia traz muitos elementos vindos de um substrato da cultura e dos cultos dos vizinhos dos israelitas, no Oriente Médio. O Cristianismo assimilou estruturas e linguagem do mundo romano, que perduram até hoje, e transformou festas pagãs rebatizando-as e ressignificando-as” (Mecabo, 2010). Hoje, contudo, o Homem é um cidadão do mundo e o pluralismo que se impõe como direito, impele a que essas relações sejam conscientes e voluntárias. É nesta teia relacional que a atitude assumida é relevante e até determinante. “Para que haja um diálogo inter-religioso substantivo é necessário, não só uma atitude de grande humildade, mas também sensibilidade e respeito face ao mundo do outro; bem como uma busca sincera do mistério que a todos envolve e ultrapassa” (Teixeira, 2010:s/p). Como resposta ao perigo de fundamentalismo em qualquer das religiões e às desconfianças recíprocas, urge estabelecer objetivos claros para o diálogo entre elas. “Alguns dos objetivos que regem o diálogo inter-religioso são bem claros: o empenho profundo de compreensão mútua entre as tradições religiosas, de afirmação de relações de amizade e reciprocidade entre elas, de enriquecimento mútuo e cooperação conjunta em favor da paz, de comunhão contra o sofrimento da humanidade e da terra. Há também o grande desafio de intercâmbio e partilha espiritual” (Teixeira, 2010:s/p).

O momento mais mediático e simbólico da caminhada de muitos em direção à Paz, foi o dia 27 de Outubro de 1986, em que se reuniram, por convite do Papa João Paulo II, 70 representantes das principais religiões, em Assis. Esta cidade foi palco de uma oração multicolor, multirreligiosa, multirracial e tornou-se símbolo de uma fraternidade universal sonhada por quase todos. Em 2011, nas comemorações dos 25 anos do “Espírito de Assis”, juntaram-se nessa cidade, mais de 300 delegados, 4 dos quais não crentes, para rezarem pela Paz. O tema foi “ Peregrinos da Verdade, Peregrinos da Paz” e fez encontrar representantes de 50 países, alguns tão improváveis como o Irão ou a Arábia Saudita.

4.2.2 – Em Portugal

Na Agência Ecclésia, agência de notícias da Igreja Católica, de Janeiro de 2008, foi publicado um artigo escrito por Mário Mota Marques, da Comunidade Bahá'í de Portugal, onde este faz uma breve narrativa do percurso do diálogo religioso em Portugal. O autor refere a génese destes contactos ainda antes da Revolução de Abril. Já na década de 60 as relações entre o Presidente da Comunidade islâmica e a Comunidade Bahá'í seriam de grande cordialidade. Em Março de 1971, na Figueira da Foz ter-se-á realizado um Colóquio de grande importância para a abertura à liberdade e tolerância religiosa. Estiveram presentes cristãos, muçulmanos e bahá'is, entre os quais figuras de relevo, como o caso do Dr. Francisco Sá Carneiro e o Dr. Vasco da Graça Moura. Com a descolonização e conseqüente chegada a Portugal de cidadãos vindos de África, a sociedade portuguesa modificou-se integrando numerosos seguidores do Hinduísmo e do Islamismo. Paulatinamente, vão-se dando as transformações das mentalidades e, sobretudo, da legislação e uma das mais importantes foi a Lei 58/90 que regulamentou os tempos de emissão para as confissões religiosas. Este conhecimento da especificidade de cada um que as emissões televisivas passaram a proporcionar contribuiu para o Diálogo Inter-religioso pois tornou-se mais fácil encontrar os pontos de convergência. Contudo, apenas em 2001 foi publicada a Lei de Liberdade Religiosa. O autor salienta ainda a iniciativa da Igreja Católica em criar um espaço Inter-religioso na Expo-98 que ocasionou muitas e enriquecedoras reuniões entre representantes das diversas confissões religiosas. Revestiram-se ainda do maior interesse para a consciência do pluralismo religioso os encontros de Janeiro de 2002, Janeiro de 2003, Maio de 2006 e Setembro e Outubro de 2007. Nestes encontros, promovidos por diversas entidades, sempre marcaram presença, cristãos, hindus, judeus, muçulmanos, bahá'is e outros.

A aproximação das Igrejas não pode nem deve ficar-se pelos colóquios e encontros por muito enriquecedores que possam ser. Há marcas transversais a todas as confissões religiosas que podem ser utilizadas como interesse comum. *“O imperativo da compaixão é um traço que acompanha diversas tradições religiosas. Longe de ser identificada com um mero sentimento de*

piedade ou comiseração, a compaixão diz respeito ao profundo desejo de remediar todas as formas de sofrimento que corroem a humanidade e a criação” (Teixeira, s/d). Este sentimento pode contribuir para a assistência aos mais necessitados e, “em muitos casos, é do exercício inter-religioso de compaixão social e de sensibilização diante do sofrimento dos outros que nascem ricas iniciativas de colaboração comum. Uma colaboração que pode quebrar barreiras doutrinárias e favorecer um novo movimento de compreensão da alteridade e de mútuo enriquecimento entre os interlocutores” (Teixeira, s/d).

É na sequência destes assinaláveis acontecimentos que surgem os encontros inter-religiosos do Hospital de S. João e como diz Carmo (2001) destes encontros nascem a amizade e a admiração recíproca, um maior respeito pela Fé e pelas tradições dos outros e sai reforçada a própria Fé.

Não se pode aceitar a hegemonia de uma religião sobre as outras em qualquer ponto do globo, muito menos neste nosso tolerante Portugal. É neste pressuposto que surge a dinâmica de diálogo e colaboração entre as diferentes confissões religiosas com vista a uma eficaz e digna assistência espiritual nos Hospitais e eis-nos chegados ao Projeto Inter-religioso de Assistência no Hospital de S. João. Por iniciativa da Capelania Católica do hospital de S. João, cujo responsável é o Padre José Nuno, iniciou-se toda uma caminhada para dar cumprimento à Lei de Liberdade Religiosa aprovada em 2001. Foi muito importante o encontro ecuménico que teve lugar em 22 de Março de 2007: *” Representantes de diversas confissões cristãs estiveram reunidos na noite de 22 de Março na capela do Hospital de S. João, no Porto, numa celebração ecuménica que pretendeu lembrar o direito universal ao acompanhamento espiritual e religioso de todos os doentes, independentemente do culto que professam. A cerimónia marcou o início da I Jornada Ecuménica Nacional nos Hospitais, promovida pelas Capelarias Hospitalares, com a duração de cinco dias, integrando a 7ª edição da Celebração Ecuménica do Hospital de S. João, que este ano, pela primeira vez, assumiu carácter nacional”* (Mensário da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade).

A Exposição Nacional Itinerante “Entre o Sofrimento e a Esperança” que se lhe seguiu, foi organizada por uma comissão interconfessional e foi inaugurada pela Presidente da ARS Norte, Maciel Barbosa, em representação da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, Cármen Pignatelli. Esta Secretária de Estado já havia estado presente em Maio de 2006 na Conferência bianual da Rede Europeia das Capelarias Hospitalares, em Lisboa, onde estiveram sessenta representantes de diversas religiões e confissões cristãs vindos de trinta países de toda a Europa. Foram feitas promessas de um diploma que regulamentasse clara e justamente a assistência espiritual e religiosa nos hospitais. O resultado chegou no Decreto-Lei n.º 253/2009 onde pode ler-se *“A assistência espiritual e religiosa nas instituições do SNS permanece reconhecida como uma necessidade essencial, com efeitos relevantes na relação com o sofrimento e a doença, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.”* *Diário da República*, 1.ª série — N.º 185 — 23 de Setembro de 2009. Este Decreto-Lei faz ainda referência à Lei nº 16/2001 onde diz claramente *“A liberdade de consciência, de religião e de culto é inviolável e garantida a todos em conformidade com a Constituição, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, o direito internacional aplicável e a presente lei.”* *DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A N.º 143 — 22 de Junho de 2001.*

As reações das diversas confissões representadas nas reuniões que se multiplicaram foram positivas: *“Embora com um atraso de muitos anos, finalmente estão a ser ultimados os procedimentos no sentido de a comunidade evangélica ver garantidos os seus direitos legais de acesso aos hospitais no apoio espiritual a todos os que os solicitarem, bem como o acesso a um espaço de celebração devidamente apropriado ao fim em vista. Esperamos que o mesmo venha a acontecer em breve em relação às capelarias militares e prisionais”*. Padre Jorge Humberto (*Presidente da Direção da Aliança Evangélica Portuguesa*).

O Lugar de culto Multirreligioso a construir no Hospital de S. João foi projetado pelo arquiteto Bernardo Abrunhosa de Brito e ficará com cerca de 300 metros quadrados.

Em Dezembro de 2009 foi constituído o Grupo de Trabalho Inter-religioso de Assistência Espiritual nos Hospitais a nível nacional com a presença da Ministra da Saúde, em exercício, Dr.^a Ana Jorge. *“Ana Jorge formulou votos de que esse Grupo, nascido do diálogo entre os diversos Credos e Confissões religiosas mais representativas radicados em Portugal, pudesse formalizar-se e constituir uma instância de acompanhamento do processo de aplicação da nova regulamentação da assistência espiritual e religiosa hospitalar, veiculada pelo Decreto-Lei 253 de 23 de Setembro de 2009”* (Agência Eclésia). Iniciou-se assim uma caminhada conjunta, a nível nacional, para procurar criar condições de igualdade no que concerne à assistência espiritual dos doentes internados nos hospitais portugueses. *“A declaração foi assinada pela Aliança Evangélica Portuguesa, Comunidade Hindu, Comunidade Islâmica de Lisboa, Comunidade Israelita de Lisboa, Conselho Português das Igrejas Cristãs, Igreja Católica Romana, Patriarcados Cristãos Ortodoxos Grego e Búlgaro e União Budista Portuguesa”* (Agência Eclésia).

A região do Porto foi palco, no dia 26 de Outubro de 2011, das celebrações dos 25 anos do “Espírito de Assis”. Sujeitos ao mesmo tema explorado em Assis, “Peregrinos da Verdade, Peregrinos da Paz”, juntaram-se no anfiteatro da Igreja de Cedofeita, no Porto, responsáveis da Comunidade Chinesa, das religiões Judaica, Islâmica, Budista, Bahai’í e Cristã (Igreja Católica Romana, Igreja Evangélica Metodista Portuguesa, Igreja Evangélica Alemã do Porto, Igreja Lusitana/comunhão Anglicana, Igreja Ortodoxa Patriarcado de Moscovo, Igreja Ortodoxa Patriarcado de Constantinopla). A comunidade Hindu lamentou não poder participar, por este encontro ocorrer numa data religiosa importante para os Hindus.

Segunda Parte - METODOLOGIA

Capítulo V – Objetivos e Método

O multiculturalismo, a interculturalidade, exigem um percurso de compreensão e respeito profundo do outro e da sua visão cosmológica. Este estudo define-se ao nível da dimensão religiosa da sociedade, construída entre religiosidades plurais que o saber leigo mobiliza na sua ação e interação quotidiana, construindo formas mestiças de relação espiritual e religiosa com o mundo em geral e com a doença e a morte em particular; e ao mesmo tempo enfatiza o campo religioso, como Bourdieu o denominou, como um campo de lutas e de forças, onde as relações de poder de alguma forma procuram impor uma religiosidade hegemónica, ao mesmo tempo que se confrontam com as contra-hegemonias e pluralidades confessionais existentes em cada sociedade. Parte da constatação da multiculturalidade e das relações complexas no campo religioso para compreender a configuração da multiculturalidade e do campo religioso no espaço hospitalar. Neste contexto procurámos conhecer a dinâmica de assistência espiritual desenvolvida no Hospital de S. João do Porto, tomando-o como um estudo de caso.

Apesar da laicidade da nossa sociedade, as necessidades espirituais e religiosas manifestadas em contexto hospitalar revelam a sua importância em situações de grande vulnerabilidade. Este é um facto que interessa compreender num contexto onde só muito recentemente se reconhece, ao nível formal, a pluralidade religiosa.

Portugal confirmou o que desde sempre fez parte da sua história, sendo uma sociedade multicultural a diversidade cultural é um desafio à convivência quotidiana, seja ao nível das organizações, seja ao nível das interações mundanas. Desafio esse que se estende às portas hospitalares, onde o reconhecimento exclusivo da religião católica na assistência aos doentes foi substituído pelo da assistência religiosa plural, reconhecendo duplamente e por um lado o direito à pluralidade de credos e culturas e abrindo as portas à sua entrada e por outro lado valorizando a assistência espiritual a par da assistência médica. Apesar de vivermos num Estado laico, a Religião Católica,

até há poucos anos manteve direitos diferenciados das outras confissões religiosas minoritárias e teve a exclusividade da Assistência Religiosa nos Hospitais - Decreto-Lei nº253/2009. Esta investigação, partindo da análise de um estudo de caso, utilizando uma metodologia qualitativa, pretende evidenciar a importância da espiritualidade e do reconhecimento da pluralidade religiosa em contexto Hospitalar. Com esse objetivo procurámos conhecer o percurso já realizado no âmbito do diálogo inter-religioso e os resultados no respeito pela dignidade da pessoa doente internada neste Hospital. Pretendemos compreender de que forma é respeitada a individualidade espiritual da pessoa doente internada no Hospital e como lhe é prestada a assistência religiosa. Pretendemos também analisar o relacionamento entre a Capelania Católica e as Igrejas Cristãs representadas no Projeto Inter-religioso do Hospital de São João, assim como o diálogo ecuménico e inter-religioso.

O Hospital de S. João é um entreposto de confluência social, com milhares de pessoas a interagir diariamente. Umhas na condição de doentes, outras na condição de técnicos e outras ainda sendo familiares, cuidadores, amigos. As vidas dos doentes estão suspensas, em rutura com a autossuficiência e em absoluta fragilidade. A atenção dos profissionais de saúde dirige-se para a componente física e/ou psicológica. Esta atenção deve incluir a componente humana que ultrapassa a técnica. No entanto, cada indivíduo tem ainda uma dimensão espiritual que, mais ou menos evidenciada, sobressai em momentos de instabilidade.

O Decreto-lei nº 253/2009 corrobora esta necessidade declarando: *“A assistência espiritual e religiosa nas instituições do SNS permanece reconhecida como uma necessidade essencial, com efeitos relevantes na relação com o sofrimento e a doença, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.”*

A sociedade portuguesa desde as últimas décadas do século passado que se confronta, objetivamente, com a diversidade, assistindo a uma multiculturalidade crescente e mais visível. Neste contexto, como pode o “doente”, tendo em conta a sua singularidade e a sua agência individual,

construídas entre as estruturas sociais, culturais e religiosas, ver satisfeita a sua necessidade de assistência espiritual?

Contrariando diretrizes anteriores que, implícita e explicitamente, privilegiavam a Igreja Católica, o Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde (SNS), publicado em anexo ao Decreto-Lei nº253/2009, assegura a universalidade da assistência religiosa. O Art. 2º diz: *“Às igrejas ou comunidades religiosas, legalmente reconhecidas, são asseguradas condições que permitam o livre exercício da assistência espiritual e religiosa aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde que a solicitem”*.

Que mudanças podemos encontrar no Hospital de S. João a nível da assistência religiosa? As transformações operadas no Hospital de S. João resultaram da força da Lei ou da conjugação de esforços resultantes da observação e confronto quotidiano com necessidades religiosas plurais? Quais as confissões religiosas chamadas a intervir no contexto hospitalar e qual o impacto da sua atuação?

Durante muitos anos apenas a Capelania Católica tinha acesso aos doentes e tinha a liberdade de os assistir espiritualmente. Neste momento, todas as confissões têm as mesmas condições de acesso aos doentes? Como se integram no sistema hospitalar? Como se apresentam aos doentes? Propõem-se ou impõem-se? Como se processa esse contacto e que tipo de assistência disponibilizam? A sua intervenção no espaço hospitalar é restrita às situações em que ela é requerida? Existe um projeto de assistência espiritual de cada confissão religiosa? Como se caracteriza e em que consiste? Esse projeto de assistência espiritual de cada confissão articula-se com o projeto inter-religioso existente no Hospital? De que forma? Como se caracteriza essa articulação e em que consiste?

O Projeto Inter-religioso do Hospital de S. João constitui-se como um veículo privilegiado para aceder à configuração da assistência religiosa Hospitalar. Constatando a necessidade de assistência inter-religiosa plural, tomaremos como estudo de caso o Projeto Inter-religioso do Hospital de S. João no sentido de percebermos qual a posição de cada Igreja ou Confissão

Religiosa perante a assistência religiosa hospitalar por um lado, e, de compreender a ação inter-religiosa no contexto da saúde e da doença, por outro. Como se articulam as confissões religiosas? Há diálogo e colaboração entre elas? Que dificuldades têm tido na convivência e como as têm resolvido? Que eventos são planeados conjuntamente? Há diferenças entre o trabalho realizado pelas Igrejas Cristãs e o realizado pelas outras confissões religiosas? Relativamente ao espaço inter-religioso planeado, que dificuldades se apresentam? A simbologia religiosa tem um peso determinante nas decisões a tomar? Qual a importância atribuída à sua construção?

Secundariamente, com este trabalho pretendemos perceber como se entende a relação entre saúde/doença e religião, ao nível das conceções e cuidados com o corpo doente em contexto hospitalar. Quais os desafios que a religião coloca à organização hospitalar e aos seus profissionais? Como é que cada religião se debate com estas diferenças culturais ao nível das conceções e das práticas na sua relação com a instituição hospitalar – que trabalho fazem de sensibilização/formação dos profissionais, ao nível das rotinas hospitalares (por exemplo: ao nível do cuidado com o corpo – banhos, intimidade, etc. – alimentação, e outras)?

5.1 – Métodos e Técnicas

Este trabalho centrou-se na recolha de dados acerca da assistência religiosa aos internados no Hospital de S. João do Porto, partindo da ação das diversas confissões religiosas e observando em particular se este projeto contribui para um maior respeito e uma maior aceitação e integração da espiritualidade dos sujeitos de credos diferentes.

Para compreender e aprofundar esta realidade foi imprescindível fundamentar teoricamente a importância humana da espiritualidade e a pertinência do envolvimento religioso na forma como se lida com as fraquezas humanas, nomeadamente em caso de doença grave. Foi também necessário reconstruir o percurso histórico da assistência religiosa nos hospitais portugueses ao longo dos últimos séculos e ainda especificar o significado da doença e da própria morte para cada confissão religiosa envolvida no

processo, bem como as estratégias desenvolvidas para responder a essas realidades. Dessa forma, pudemos perceber a complexidade que caracteriza o campo religioso como Bourdieu (1999) o denomina, sobretudo quando pretendemos compreender a sua pluralidade na negociação de sentidos e significados eminentemente sociais e culturais da saúde e da doença, da vida e da morte.

Atravessada pelas estruturas sociais e culturais seculares, a religião constitui, sem dúvida, uma linguagem que não se pode negligenciar na compreensão dos sentidos sociais, da ação social e da interação quotidiana em torno do campo da saúde e da doença. Quais as interdependências (Elias, 1991) que se estabelecem entre estes dois campos de forças e de lutas? Neste contexto, não procuraremos as racionalidades leigas (Alves, 2011) de produção de sentidos entre estes campos, mas antes a configuração das diversas religiões que neles produzem efeitos práticos.

O trabalho de campo exigiu um esforço sistemático de recolha de informação, através de Entrevistas e de Questionários. Privilegiámos a entrevista embora tenha surgido a necessidade de realizar questionários, como adiante justificaremos. Qualquer um deles apresenta vantagens e inconvenientes. A entrevista permite aprofundamento da perceção dos sentidos e significados que os interlocutores atribuem à espiritualidade e doença e torna-se flexível porque o contacto direto permite a explicitação do conteúdo das perguntas e respostas. Esta técnica revela-se mais eficaz para ficar a conhecer em profundidade uma realidade (Kaufman, 1996) embora seja menos útil para efetivar generalizações. O que se ganha em profundidade perde-se em extensibilidade (Carmo, 2008). Implicou interações diretas, logo gastou mais tempo e custou mais caro. O questionário pode ser utilizado à distância, podendo ser enviado por correio eletrónico às Igrejas menos acessíveis, economizando tempo e custos. No entanto, este processo exige mais atenção para que o inquirido não desmotive. Utilizámos preferencialmente questões abertas.

Optámos pela metodologia qualitativa para que fosse possível um conhecimento fundamentado na realidade, holístico, indutivo e orientado para a

compreensão dos fenómenos. Apesar de não ser generalizável, numa investigação qualitativa *“a preocupação central não é a de saber se os resultados são suscetíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados.”* (Bogdan e Biklen, 1994 cit. In Carmo, 2008. pp. 199).

Esta adoção de uma metodologia qualitativa foi uma exigência colocada pelos objetivos do estudo e permitiu o aprofundamento necessário à compreensão contextualizada. O método de pesquisa empírica privilegiou o “método de estudo de casos” (análise intensiva), sendo desta forma possível preservar “o carácter unitário da amostra, com a finalidade última de obter uma ampla compreensão do fenómeno na sua totalidade” (Lima, 1981:18). Os métodos qualitativos assumem que os fenómenos sociais e culturais são socialmente construídos e interpretados pelos sujeitos e pelo investigador em contextos determinantes.

5.1.1 - Entrevistas exploratórias

a) – Indicadores e guião

Para investigar as relações entre os representantes das confissões religiosas com os doentes da sua comunidade internados no hospital de S. João, assim como a tolerância, respeito e cooperação entre si, começámos por fazer quatro entrevistas exploratórias para compreendermos um pouco mais a realidade que iríamos encontrar bem como para preparar os questionários a realizar ao maior número possível de representantes das confissões religiosas integrantes do projeto. Atendendo às características de cada informante privilegiado, criámos um guião muito flexível e aberto para extrairmos o máximo de informação possível.

b) - Informantes privilegiados

Nesta fase exploratória contámos com a colaboração de quatro informantes privilegiados, a quem foi revelada a pesquisa em curso, os seus objetivos e processos.

Entrevistámos uma enfermeira, a trabalhar no Hospital e apoiando, voluntariamente, a Capelania, onde exerce funções no Grupo de Contacto Ecuménico. Os seus discursos serão identificados como Entrevista Exploratória nº1 (Ent. Expl. Nº1). Entrevistámos a representante da Comunidade Budista no Porto que nos falou do percurso do Budismo em Portugal e nas particularidades de um budista relativamente à sua vivência da doença ou da morte, (Ent. Expl. Nº2). Era nossa intenção entrevista-la de novo, na qualidade de representante do Budismo mas, atendendo à sua recorrente indisponibilidade e ao volume de informação já recolhida na entrevista exploratória, este reencontro não se realizou. Utilizámos os discursos proferidos na entrevista exploratória para ilustrar as dimensões para as quais procuramos respostas. Contactámos um colaborador da Capelania, na condição assumida de procurador do doente, já que, pela sua deficiência física se considera um conhecedor da importância da humanização e apoio incondicional, fazendo a apologia da potencialização do relacionamento humano no tratamento médico, (Ent. Expl. Nº3). Entrevistámos ainda um padre, ex-capelão do Hospital de S. João que nos falou na condição de assistente e nos fez um breve resumo da História da Capelania Católica, (Ent. Expl. Nº4).

Constatámos haver uma grande diferença entre a dimensão e peso da Igreja Católica e das restantes confissões religiosas. Não será surpreendente se tivermos presentes os Censos de 2001, publicados pelo INE, em 2003, cujos dados apontam para a existência de 75% de Católicos, 0,08% de Ortodoxos, 0,19% de Protestantes, 0,96% de outras Igrejas Cristãs, 0,01% da Religião Judaica, 0,02% de Religião Muçulmana e 0,07% de outras religiões não cristãs em Portugal (INE, 2003). Sentimos, contudo a presença mais tangível das Igrejas Cristãs, ditas Ecuménicas, que se encontram entre as protestantes e as de outras igrejas cristãs.

Quisemos então, explorar, junto das comunidades mais significativas e mais participativas no projeto, a experiência de cada representante como visitador/assistente espiritual no Hospital de S. João. Delineados os eixos e as perguntas consideradas relevantes para o conhecimento da confissão religiosa, sua ação na comunidade, relação com a doença e a morte, relação com a sociedade (neste caso a nível hospitalar) com a qual pode estar mais ou menos

identificada e relação com outras confissões religiosas, passámos ao contacto com a pessoa (ou pessoas) que, em cada uma das comunidades, se disponibilizou a encontrar-se connosco e a partilhar a sua experiência, depois de identificada a pesquisa em curso e os seus objetivos. De um modo geral obtivemos uma adesão total à pesquisa por parte dos contactos efetuados e um interesse pelos seus resultados e satisfação com a escolha do tema e objetivos específicos. A colaboração connosco foi muito satisfatória.

5.1.2– Inquéritos por entrevista semiestruturados, gravados e transcritos

Através de inquérito, em forma de entrevista (8) ou questionários (1), procurámos informações acerca das seguintes dimensões: i) conceito de assistência espiritual na doença, própria de cada confissão religiosa; ii) forma de abordagem dos assistentes aos doentes e sua aceitação; iii) recursos disponibilizados pelo Hospital; iv) colaboração e interação das confissões entre si; v) dificuldades encontradas e consequências para as relações entre as diversas Igrejas.

O guião revelou-se adequado, muito embora, cada interlocutor lhe tenha dado a sua dinâmica pessoal. Alguns mostraram-se muito hábeis em falar da sua Fé, com convicção, dando pouco espaço às questões laterais, outros foram bastante diretos e concisos respondendo concretamente às questões. A nossa atitude foi sempre respeitosa, tentando corresponder ao que seria de nós esperado. Por exemplo, ao entrar na Mesquita, tivemos o cuidado de nos descalçarmos assim como, apesar de levar a cabeça descoberta, irmos vestidas de forma a não chocar a sensibilidade islâmica. Não pusemos em dúvida as afirmações do Imã, nem esse foi o objetivo do investigador. Segundo Kaufmann (1996), o investigador deve procurar “as chaves de leitura” e a lógica do discurso e depois decidir se vai orientar a sua atenção para o objetivo estabelecido ou para a verdade produzida. Não era nossa intenção duvidar da indulgência do Islamismo mas tão só compreender a relação desta comunidade com a instituição hospitalar, por exemplo. E a verdade é propriedade do orador, já que este não a deforma, apenas lhe dá forma, para lhe dar o sentido desejado (Kaufmann, 1996).

A experiência junto da Igreja Greco-Católica Ucraniana foi muito interessante, pois o seu representante, sendo Ucraniano e estando em Portugal há muito pouco tempo, escolheu um grupo de jovens e um colaborador mais velho que, falando bem as duas línguas e sendo membros ativos da comunidade, serviram de porta-voz da Igreja. As falas utilizadas destes interlocutores serão identificadas por R, R1, R2, R3 ou R4 conforme o quadro anexo 1.

As conversas foram gravadas e posteriormente transcritas. Cada discurso será identificado com o nome da confissão religiosa que representa.

A Igreja Ortodoxa do Patriarcado Ecuménico de Constantinopla, representada no Porto pelo respetivo Arquimandrita disponibilizou-se a responder a um questionário, através do correio eletrónico e com a ajuda dos serviços do Secretariado das Migrações do Seminário de Vilar. Um primeiro contacto entre nós e o Arquimandrita, deu-se em inglês, na Catedral Ortodoxa de S. Pantaleão, num ambiente de grande cordialidade. O religioso dispôs-se a ajudar mas informou-nos das suas permanentes viagens pastorais e das suas limitações quanto à língua e aconselhou-nos a utilizar o Secretariado das Migrações, com quem tinha uma relação de trabalho muito profícua, como intermediário. Este serviço da Igreja Católica acolheu-nos com solicitude e, através de correio eletrónico estabeleceu a ligação entre nós e esta Igreja, facultando-nos as respostas.

5.2– Análise e tratamento das informações recolhidas

As entrevistas exploratórias bem como as entrevistas efetuadas aos interlocutores das diversas religiões integradas no projeto inter-religioso do Hospital de São João, gravadas e integralmente transcritas, foram alvo de um tratamento qualitativo, analisando sistematicamente a informação recolhida a partir da sua organização em categorias temáticas. A análise de conteúdo (Bardin, 1979) serviu de apoio à identificação das categorias centrais que decorreram do quadro teórico e da definição dos objetivos bem como de toda a informação emergente.

Consultar matriz categorial construída – anexo nº 7.

5.3- Participantes

Os participantes neste estudo exploratório, representam cada uma das confissões religiosas cristãs e não cristãs mais participativas do Projeto Inter-religioso do Hospital de São João. Estas são 10 no total. As 6 Igrejas Cristãs pertencem ao Grupo de Contacto Ecuménico da Capelania do Hospital e as 4 Confissões não-cristãs participaram nos encontros de consulta para a construção do Lugar Multirreligioso. Os discursos utilizados para caracterizar o Budismo foram recolhidos na Entrevista Exploratória nº2, devido à indisponibilidade para um segundo encontro, da representante desta Confissão Religiosa. Passamos de seguida a uma breve caracterização de cada Confissão do ponto de vista da sua doutrina ou filosofia base.

5.3.1- Igrejas presentes no Grupo de Contacto Ecuménico

a) - IGREJA CATÓLICA ROMANA

O Cristianismo, tal como a palavra o indica, é uma religião que radica numa pessoa – Cristo. Com um pouco mais de 2000 anos de existência, a Igreja nasceu no berço Judaico que, há tantos séculos ansiava pelo Messias. Este Salvador que iria libertar o povo, desiludiu muitos porque não passou de um pacifista que utilizou uma arma desconhecida e desconcertante – o Amor. A Fé dos cristãos alicerça-se na Encarnação do próprio Deus numa criança e na sua Morte e Ressurreição. *“Vinte séculos depois, o Cristianismo é a religião de dois biliões de pessoas – um terço da Humanidade- e influenciou profundamente os valores éticos, elevando os direitos humanos a um nível jamais atingido, e deixando uma profunda marca em todos os aspetos da nossa vida atual”* (Carmo, 2001:136). Os Católicos mantêm-se fiéis à estrutura hierárquica consolidada nos primeiros tempos da Igreja Apostólica: Papa, Bispos, Presbíteros e Diáconos. A vivência eclesial baseia-se nos sete Sacramentos e na Tradição perpetuada por uma estrutura relativamente conservadora, arejada ocasionalmente por Concílios renovadores. Apesar das divergências surgidas ao longo dos séculos que deram origem a outras Igrejas Cristãs e até a seitas menos credíveis, é inegável que *“de todas as religiões esta é, sem dúvida, a mais universal, (...) por ter chegado a todos os países do*

planeta, podendo dizer-se que não há sítio, por mais recôndito, onde as missões não tenham chegado” (Carmo, 2001:151). A história da Igreja Católica Romana em Portugal, é anterior à própria nacionalidade pois os caminhos rasgados pelo Império Romano na Península serviram para a expansão do Cristianismo. Antes mesmo do primeiro Rei dominar o território já as ordens religiosas o faziam com os seus mosteiros. Apesar das dissidências surgidas no seio da Igreja a hegemonia da Igreja Católica em Portugal nunca esteve em causa.

b) - IGREJA LUSITANA CATÓLICA APOSTÓLICA EVANGÉLICA

A Igreja Lusitana Católica Apostólica Evangélica surgiu em Portugal nos finais do séc. XIX. Graças aos ventos liberais que se faziam sentir por toda a Europa e que agitaram alguns sectores da sociedade nacional, a hierarquia da Igreja Católica Romana começou a ser posta em causa. Atitudes conservadoras ligadas ao domínio papal, assim como outras respeitantes à situação do cristão como membro da Igreja levaram ao afastamento de alguns cristãos mais esclarecidos. Influenciados por outras correntes do cristianismo chegadas da Europa, sacerdotes e leigos desligaram-se da Igreja Romana e formaram pequenas comunidades onde procuravam viver e partilhar a sua Fé numa maior autenticidade, própria do cristianismo dos primeiros séculos. “*Assim, em 8 de Março de 1880, constituiu-se oficialmente, num Sínodo presidido por um Bispo Anglicano e com a presença de clérigos e leigos representativos das paróquias” (Igreja Lusitana)* e aí foi constituída e regulamentada a Igreja Lusitana Católica Apostólica Evangélica. Sendo uma Igreja Evangélica e pertencente à Comunhão Anglicana não se considera, contudo resultante dos movimentos reformadores do séc. XVI, continuando fiel à Fé Católica. Uma característica muito particular desta Igreja prende-se com o facto de ser LUSITANA, pois pretende “*ser a restauração da Igreja que ainda antes da nacionalidade existiu na Lusitânia... Essa igreja era autónoma, como eram então outras da cristandade, com a sua liturgia e leis próprias, embora em plena comunhão com as igrejas de outras regiões” (Igreja Lusitana)*. Encontramos então, uma entidade religiosa portuguesa, radicada essencialmente em Lisboa e no Porto. “*A Igreja Lusitana é uma Igreja*

autónoma que se rege pelas suas próprias leis (cânones) e está organizada com uma Diocese formada por Paróquias e Missões organizadas em dois Arciprestados, o do Norte com sede no Porto e o do Sul, centralizado em Lisboa” (Igreja Lusitana). Neste momento, o seu Bispo Diocesano, presidente do Sínodo que rege a Igreja é o Sr. D. Fernando da Luz Soares.

c) - IGREJA GRECO-CATÓLICA

Ao longo dos 2000 anos da existência do Cristianismo os Ritos utilizados foram evoluindo e, graças à geografia física e política da Europa não fizeram um percurso igual em todas as comunidades. *“O rito bizantino é o rito da antiga Constantinopla, que é usado nos dias de hoje pela maior parte das igrejas ortodoxas e das igrejas católicas orientais. É um dos ritos existentes mais antigos, possuindo em torno de 1600 anos, e se originou a partir da fusão dos costumes litúrgicos de Antioquia e Jerusalém, complementada pelo luxo da igreja e corte imperial” (Wikipédia).* A Igreja Greco-Católica Apostólica Ucraniana é uma das que utiliza ainda hoje o rito Bizantino. É por isso, uma Igreja Católica tal como a Romana, presta obediência ao Papa de Roma mas possui, com sua autorização, um rito diferente da Igreja Ocidental. Conta atualmente com cerca de 6 a 10 milhões de fiéis, na sua maioria ucranianos. Graças á diáspora do povo Ucraniano nos finais do séc. XX, hoje podemos encontrar comunidades espalhadas quer pela Europa, quer pela América Latina. Possui ainda autorização Papal para nomear os seus próprios Bispos. Assim, encontrámos a 25 de Março de 2011 uma notícia escrita por Filipe d’Avillez para a Rádio Renascença que dizia:

“Foi hoje anunciada oficialmente a eleição de um novo líder para a Igreja Greco-Católica da Ucrânia, a maior das Igrejas Orientais em comunhão com Roma.

Svyatoslav Shevchuk foi o escolhido pelos bispos daquela Igreja, que se encontravam reunidos em sínodo para eleger um sucessor para o Cardeal Husar, que renunciou à posição por razões de saúde.

A escolha é surpreendente, na medida em que Shevchuk tem apenas 40 anos e é o mais novo de todos os bispos da Igreja Greco-Católica da Ucrânia, sendo inclusivamente o terceiro bispo mais novo da Igreja Católica. Segundo as normas canónicas a eleição teve de ser confirmada por Roma, o que aconteceu hoje.”

d) - IGREJA EVANGÉLICA METODISTA

O Metodismo nasceu em Inglaterra nos meados do séc. XVIII. Jonh Wesley parece não ter pretensões a fundar uma nova Igreja mas tão só revitalizar e reformar a Igreja Anglicana, a que pertencia, de dentro para fora. A sua disciplina e método na prática do cristianismo dariam, mais tarde o nome à nova Igreja que visava a harmonização da vontade do homem com a vontade de Deus levando à santidade de vida.

A Igreja Metodista chegou a Portugal através do testemunho de Thomas Chegwin em 1854 e de James Cassels, dez anos mais tarde. Estes dois leigos ingleses promoveram pequenos grupos de estudos bíblicos e de oração segundo o modelo criado por Wesley. Foi em Vila Nova de Gaia que foi construída a primeira capela Metodista onde se puderam realizar os primeiros cultos da Sagrada Comunhão, assim como os primeiros batismos de crianças. Perante o eminente crescimento do Metodismo foi solicitado à Sociedade Missionária Metodista em Londres o envio de um Missionário para consolidar os progressos. Robert Hawkey Moreton chegou em 1871 e estabeleceu regras exigentes e prudentes para o acolhimento de novos seguidores. *“Em poucos anos a Igreja Metodista edificava a Igreja Metodista do Mirante, o seu primeiro lugar de culto na cidade do Porto, e lançava a sua grande cruzada educacional contra a grande taxa de analfabetismo através da abertura de Escolas Primárias”* (Texto retirado dos Estatutos da Igreja Evangélica Metodista Portuguesa). Este Missionário trabalhou como Superintendente e Pastor da Igreja Evangélica Metodista mais de 40 anos e durante o início do séc XX *“foram-se afirmando os futuros líderes espirituais da Igreja, sendo o Dr. Alfredo Henriques da Silva, que sucedeu a Moreton, o mais destacado, tendo expandido a obra da Igreja ao longo dos anos mais favoráveis da I República”* (Texto retirado dos Estatutos da Igreja Evangélica Metodista Portuguesa).

Durante esta época foi grande a expansão quer em número de aderentes de todas as classes sociais, quer em número de Escola Primárias. Ainda *“durante esta era a Igreja editou várias publicações de boa qualidade espiritual e intelectual, a mais notável das quais foi o mensário "Portugal Evangélico", que é, ainda, a mais antiga publicação evangélica portuguesa em circulação”* (Texto retirado dos Estatutos da Igreja Evangélica Metodista Portuguesa). No primeiro número do dito Jornal, datado de Outubro de 1920, o Dr. Alfredo Henriques propõem-se *“ promover a regeneração da Pátria e criar um Portugal novo, progressivo e tolerante, instruído e trabalhador, generoso e bom, que honre o nome glorioso do Portugal antigo e que acompanhe de perto as demais nações na reconstrução dum mundo melhor”* (Portugal Evangélico, ano 1, nº1).

Os tempos de ditadura e da 2ª Guerra Mundial não foram muito favoráveis para esta igreja em Portugal que, em 1954 voltou a pedir ajuda à Sociedade Missionária Metodista de Londres. Depois de um novo folgo dado pelo Rev. Albert Aspey, *“em 1984 a Igreja retornou à liderança nacional, quando o Rev. Ireneu da Silva Cunha foi eleito Superintendente-Geral e Presidente do Sínodo. No ano seguinte o Sínodo, numa reunião em Aveiro, tomou a decisão de que a Igreja devia preparar-se para a sua autonomia”* (Texto retirado dos Estatutos da Igreja Evangélica Metodista Portuguesa). O caminho estava feito e *“o Sínodo de 1994 deliberou redigir os necessários Estatutos e Regulamentos, e abordar a Conferência da Igreja Metodista da Grã-Bretanha com vista a assumir a autonomia como Igreja Evangélica Metodista em 1996”* (Texto retirado dos Estatutos da Igreja Evangélica Metodista Portuguesa).

e)– IGREJA EVANGÉLICA ALEMÃ

A Igreja Evangélica Alemã do Porto tem origem no Movimento Reformista de Martinho Lutero no séc. XVI. Os primeiros Alemães Evangélicos Luteranos presentes no Norte de Portugal datam do séc. XVIII, é de intuir que se encontrariam informalmente mas, a Igreja Evangélica Alemã, como instituição, apenas foi fundada em 1901. O Padre Martin Richter fundou a Igreja e complementarmente, fundou o Colégio Alemão, dando assim resposta a duas das necessidades da Comunidade Alemã no Porto – a Espiritualidade e a Educação. Hoje o Colégio encontra-se ainda a exercer a sua atividade na

cidade do Porto, já não sob a tutela da Igreja mas sim da Colónia Alemã do Porto.

Durante cerca de dez anos a Igreja teve o seu próprio pastor residente mas, com a Primeira Guerra Mundial passou a ser visitada apenas uma vez por mês pelo Pastor de Lisboa para celebrar culto. Até 1956 a Igreja Evangélica Alemã do Porto funcionou como filial da Igreja Alemã de Lisboa. Nesse ano conseguiu que a Igreja Evangélica Alemã, na Alemanha, Igreja Mãe das que se vão constituindo no estrangeiro, lhe reconhecesse estatuto próprio, equivalente ao de Lisboa. Apesar disso continuou sem Pastor residente e continuou o Pastor de Lisboa a deslocar-se uma vez por mês ao Porto. Desde 1968 que o Diácono Peter Eisele presta a assistência espiritual à Comunidade, nomeadamente na celebração de Casamentos, Batizados e Funerais. Até Outubro de 2003, não possuindo um local de culto próprio, celebravam na cantina do Colégio Alemão. O Centro Paroquial de Convívio da Igreja Evangélica Alemã foi iniciado em 1995 e, após algum tempo de paragem, concluído em Outubro de 2003. Aí se junta a comunidade para cultos e outros encontros, nomeadamente com crianças e jovens. Em Setembro de 2010, a Igreja Alemã conseguiu contratar por 10 meses um Pastor reformado, vindo da Alemanha que lhe permita realizar o culto sem dependência de Lisboa.

f)- IGREJA ORTODOXA DO PATRIARCADO ECUMÉNICO DE CONSTANTINOPLA

A divisão do Império Romano em Ocidente e Oriente, nos primeiros séculos da nossa era, levou a um afastamento dos cristãos destes dois mundos. A distância e a falta de comunicação sublinharam as diversidades e as Igrejas caminharam em direções diferentes. *“De Concilio para Concilio (...) as divergências foram-se acentuando” (Carmo, 2001:144).*

Nos primeiros anos do segundo milénio as relações entre Roma e os Cristãos Ortodoxos complicaram-se de tal forma que do Grande Cisma do Oriente resultaram excomunhões recíprocas. A situação só se inverteu a partir de 1965 *“quando o Papa Paulo VI e o Patriarca Atenágoras I trocaram um fraternal abraço”.*

O Patriarcado Ecuménico de Constantinopla é o principal dos quatro Patriarcados que floresceram no Oriente. Esta Igreja é uma das quinze Igrejas Ortodoxas autocéfalas. O título de Patriarca Ecuménico é um privilégio histórico datado do séc. VI. O Santo Sínodo Ecuménico é a autoridade máxima da Igreja Ortodoxa, composto pelos Patriarcas e Arcebispos das Igrejas Autocéfalas e Autónomas.

A Igreja Ortodoxa do Patriarcado Ecuménico de Constantinopla está representada em Portugal pelo vigário geral para Portugal e Galiza, o arquiandrita Philip Jagnisz. Portugal tem 15 paróquias que pertencem à Diocese de Portugal e Espanha. No Porto o Arquiandrita celebra na Capela da Imaculada Conceição renomeada de Catedral Ortodoxa de S. Pantaleão.

5.3.2- Confissões religiosas não cristãs

a) – RELIGIÃO ISLÂMICA

Os princípios gerais da Religião Islâmica nem sempre são conhecidos nas sociedades ocidentais, como a nossa, e, facilmente se pode adular o que os crentes têm de mais sagrado. Tivemos, então, a preocupação de recolher toda a informação em fonte fidedigna. Assim, a caracterização que se segue foi-nos gentilmente cedida pelo Centro Cultural Islâmico do Porto.

Islão é o nome da Religião e significa “Silm”/”Salam” que se pode traduzir por Paz. Quem segue o Islão é chamado “Muçulmano” e, sendo o Islão “um sistema de vida completo”, o Muçulmano é chamado a viver em paz, consigo, com os outros, com o Criador e com o ambiente.

É frequente confundir Árabes com Muçulmanos mas, um Árabe pode ter qualquer religião e um Muçulmano pode ter as mais variadas nacionalidades. De cerca de um bilião e trezentos milhões de Muçulmanos apenas cerca de 20% são Árabes.

Allah é o nome Árabe de Deus mas não se reduz ao Deus dos Muçulmanos. É o Deus único de todo o Universo. Logo, é o mesmo que adoram os Cristãos, os Judeus ou os Budistas. Os muçulmanos acreditam em todos os Profetas dos Judeus e dos Cristãos e dão uma atenção especial a

Jesus e a Maria Sua mãe. O seu próprio profeta é Maomé que transmitiu por Deus a mensagem do Islão.

O Alcorão é a verdadeira Palavra de Deus. Foi revelado a Maomé através do Anjo Gabriel. A vida de um Muçulmano assenta nos cinco pilares do Islão: o Credo num Único Deus, a Oração realizada cinco vezes por dia, em momentos determinados, jejum durante o mês do Ramadão, contribuição da Purificação concretizada na oferta de 2,5% dos rendimentos para beneficiar os mais pobres e a peregrinação obrigatória a Meca, pelo menos uma vez na vida.

Os Muçulmanos não podem comer carne de porco e seus derivados, beber bebidas alcoólicas ou ingerir narcóticos.

Todo o crente deve orar em comunidade, embora também o possa fazer individualmente. O dia sagrado no Islão é a Sexta-feira e os crentes juntam-se na Mesquita após o meio-dia para a oração em congregação.

A “Jihad” significa o esforço realizado por cada um para se manter no caminho de Deus, começando no mais íntimo dos homens e podendo atingir atos sociais. Esta nunca deve ser ligada à violência, visto um Muçulmano só poder utilizar a força em legítima defesa. A mulher ocupa uma posição igualitária no Islão. Apenas as tradições socioculturais de alguns países restringem direitos às mulheres, o que contraria a orientação religiosa.

No Porto, a comunidade muçulmana cresceu na última década, muito à custa da imigração da Ásia, sobretudo do Bangladesh e do Paquistão. A religião é fator de união que se sobrepõe à nacionalidade de cada um. “O *imã Amadu Camará, 54 anos, diz ao JPN que há uma "família islâmica", composta pelos "quatro mil muçulmanos" a viver no Porto e arredores*”(Dias, 2008).

b) – RELIGIÃO JUDAICA

A mais antiga das três religiões monoteístas é o Judaísmo embora seja a menos numerosa. Com cerca de 4000 anos, mantem-se uma comunidade coesa dada a sua fidelidade à Lei. “O *Fundamental da religião hebraica está condensado na Torá, palavra que significa «Lei» ou «Doutrina»* ” (Carmo, 2001:94).

“A presença de judeus na Península Ibérica remonta ao séc. III a.C., tendo chegado juntamente com os fenícios e posteriormente em maior número durante a ocupação romana da Palestina” (Comunidade Israelita do Porto). Ao longo dos séculos alternaram épocas de pacífica convivência com épocas de perseguições e mortes. Mas a influência, discreta, dos judeus na sociedade portuguesa sempre existiu porque “embora o impacto cultural do povo judeu nos muitos países em que se instalaram tenha sido muito reduzido, devido ao facto de se isolarem sempre no seu «casulo» para conservarem intacta a sua fé, a influência de personalidades judias ou de origem judia, ao longo da história da Humanidade, em todos os setores da civilização (...) foi e continua a ser notável.” (Carmo, 2001:100). No Porto, a Comunidade Israelita foi criada por Arthur Barros, depois da Implantação da República, em 1923. A consolidação desta comunidade refletiu-se na construção do seu lugar de culto. “Numa época em que se destruíam e queimavam sinagogas por toda a Europa e o antissemitismo e a ameaça nazi eram uma tenebrosa realidade, surge a SINAGOGA MEKOR HAIM que demonstra capacidade de resistência indomável dos portuenses, que edificaram um belíssimo monumento, a catedral dos marranos do Norte como lhe chamava Barros Basto”(Comunidade Israelita do Porto). Hoje, apesar de pequena, a Comunidade mantém-se viva e proactiva.

c) – RELIGIÃO HINDU

O Hinduísmo é a mais antiga religião do mundo. Mais antiga que o Judaísmo, o Cristianismo ou o Islamismo é essencialmente uma religião henoteísta, pois adora um único deus mas reconhece outros deuses e deusas que manifestam o poder desse deus máximo que está presente em tudo. Conhecida pelos seus seguidores como “Fé Eterna” ou “Sanatana Dharma” (Pandit, 2009), é a terceira religião do mundo com cerca de 837 milhões seguidores. Nascido na Índia, sem fundador, credo ou organização hierárquica como seria de esperar no ocidente, o culto de um hindu é feito em casa, onde habitualmente lhe é destinado um local próprio. “ Para um hindu, toda a vida é uma ilusão, que deriva da roda infundável dos sucessivos nascimentos- a transmigração ou metempsicose: o homem nasce para morrer e renascer de

novo noutro ser, numa condição melhor ou pior, em função dos atos praticados na vida anterior” (Carmo, 2001:202).

A Portugal, o Hinduísmo chegou através dos muitos indianos que viveram durante séculos em Moçambique e que após a descolonização chegaram à Metrópole. Em 1975 algumas famílias Indianas estabeleceram-se no Porto, com os seus pequenos negócios. Procuraram manter os seus hábitos culturais e encontrando-se em festejos como *Janmashtami*, *Navratri* e *Diwali*, alugando salas disponíveis para os eventos. A Associação Hindu do Porto a partir de 09 de Junho de 1990 passou a ser sediada nas instalações alugadas à Cruz Vermelha Portuguesa, em Massarelos-Porto. Os estatutos da AHP foram aprovadas e publicadas em 01 de Março de 1993. Desde então os festejos têm ocorrido na referida sede, com exceção dos Shows de *Diwali* que têm tido lugar nos auditórios gentilmente cedidos ora pelo Fórum da Maia, pela Igreja de Mafamude, pela Universidade Católica, pelo Teatro Rivoli ou por outras Instituições, sempre com o apoio da Câmara Municipal do Porto, de Vila Nova de Gaia e da Maia.

d) – BUDISMO

O Budismo surgiu entre os séculos VI e IV a.C. no Oriente. Um misto entre religião e filosofia, não possui um deus, e manifesta-se numa grande variedade de tradições, crenças e práticas fundamentadas nas ideias veiculadas por Siddartha Gautama, conhecido por Buda, o Iluminado (wikipédia). Oferece aos seus seguidores uma caminhada espiritual, com vista à transformação pessoal, que exerce uma crescente atração nos ocidentais que buscam a iluminação. Como esta demanda é, sobretudo uma experiência religiosa, pessoal, sem credo, autoridade religiosa ou livro sagrado, a comunidade dos crentes tem menos importância do que para outras religiões. Fundamental é o percurso individual com vista à perfeição. *“Religião sem Deus mas com um culto elaborado, tem como fundo comum a crença na reencarnação e na influência do comportamento moral (o Karma), que partilha com os Hindus, dos quais se afasta ao afirmar a possibilidade de lhes por termo, quando o ser atinge o estado da suprema libertação pela total extinção (o Nirvana) (Carmo, 2001:251).*

Em Portugal multiplicam-se os grupos que procuram a reflexão e sabedoria que têm dificuldade em encontrar em religiões muito espartilhadas. A construção pessoal do pensamento está bem retratada no conselho do Buda Shakyamuni, divulgado no sítio do Budismo em Portugal: *"Do mesmo modo que o ouro é derretido, cortado e polido, os eruditos deverão aceitar as minhas palavras apenas após as examinarem, e não com base em fé ou outros motivos."*

Terceira Parte - TRABALHO DE CAMPO

Capítulo VI - Caracterização dos participantes no estudo

Os participantes neste estudo exploratório, representando cada uma das confissões religiosas mais participativas (10 no total) do Projeto Inter-religioso do Hospital de São João, foram sobretudo homens, licenciados, e todos eles desempenhando funções nas respetivas confissões religiosas. Ver Anexo 2 - Caracterização dos entrevistados.

De seguida procedemos à descrição e análise das informações recolhidas, bem como à caracterização das confissões (com base nas entrevistas e questionário) que os sujeitos entrevistados representam, tendo por base as seguintes categorias de análise: Essência fundamental; História da Comunidade; Caracterização da comunidade; Caracterização do culto; Frequência do culto; Relações com outras Igrejas ou Confissões religiosas; Singularidades que possam implicar uma atenção especial ao doente internado por parte da comunidade hospitalar.

6.1- Essência fundamental

Neste eixo de análise procurámos perceber como cada um fala da sua própria religião e o que considera fundamental para a caracterizar. Dentro das diversas Igrejas Cristãs a essência é comum quanto à importância de Jesus Cristo, já as diferenças se prendem com o lugar do leigo na Igreja ou o exercício da autoridade. Os discursos refletem a comparação permanente com a Igreja Católica Romana, “Mãe” de todas elas e da qual, por esta ou aquela discordância, se afastaram. Questionados sobre as características essenciais de cada uma surge, inevitavelmente a figura do Papa, depois questões ligadas ao celibato dos padres ou ao ministério das mulheres na Igreja. Não aparecem diferenças fundamentais no Credo professado.

“O lugar aos leigos. Um leigo pode dirigir todos os serviços, não só administrativos mas religiosos, exceto a eucaristia. E também o pastorado feminino. Fomos das primeiras igrejas a dar abertura à mulher ao sacerdócio” (Igreja Metodista).

“A primeira grande diferença está na questão da autoridade na Igreja”

“O Arcebispo de Cantuária não pode introduzir-se nos assuntos internos de cada província ou de cada diocese.”

“Nós temos mulheres presbíteras”.

“Para nós existem dois grandes sacramentos: o Batismo e a Eucaristia. Que foram instituídos por Nosso Senhor Jesus Cristo. Todos os outros cinco que constituem os sete Sacramentos, são circunstâncias extraordinárias e importantíssimas para a vida da Fé das pessoas mas a que nós chamamos ritos sacramentais.”

“A Virgem para nós é a mãe de Jesus Cristo, é mãe de Deus Encarnado”...

“Há um redentor único que é Nosso Senhor Jesus Cristo”
(Igreja Lusitana).

“Ligamos muita importância à Palavra de Deus”.

“Uma diferença fundamental é, nós não reconhecemos o Papa como sucessor de Pedro”.

“Temos uma teologia diferente em relação... ao ministério dos sacerdotes, no sentido de autorizarmos também mulheres a exercer o ministério espiritual” e “Podem ser casados também”
(Igreja Alemã).

“ (...) acho que foi marcante aquilo que Cristo disse, amar Deus e amar homem, o resto não tem...” (Igreja greco-Católica)

“O nosso fundamental é a Bíblia está lá tudo escrito e nós vamos escutar a Bíblia que é o nosso fundamental. O resto há muita gente, há muitas opiniões...gente muda-se, tempo muda-se...”(Igreja greco-Católica).

“Cristo como Cabeça da Igreja, Sagrada Escritura e Os padres da Igreja (Padrologia)”
(Igreja Ortodoxa de Constantinopla).

A Igreja Católica Romana, defendendo a sua especificidade, referiu precisamente as características que a opõem às outras Igrejas Cristãs:

“É a devoção Mariana. Que é fundamental nos católicos. O povo católico tem uma profunda e arreigadíssima devoção à Mãe de Deus... E do Papa. Porque a verdade é esta. É o líder espiritual por excelência do Ocidente.”
(Igreja Católica)

Nas confissões religiosas não cristãs encontramos discursos orientados para outras características distintivas como é o caso da Paz ou da igualdade no caso do Islamismo, do valor da vida no Judaísmo ou o valor da liberdade no Hinduísmo.

“P – Na opinião do Sheikh em que distingue exatamente a religião islâmica, neste caso o Islão, doutra religião qualquer? O que acha melhor na sua religião que nas outras?”

R -Esta religião (é melhor) porque é monoteísmo (...) porque essa religião aqui não dedica-se ao prazer, à luxúria (...) E a nossa religião é uma religião universal.

“Como a religião é a paz, Salam, Islão que significa em árabe Salam. Por isso a nossa saudação, não há outra saudação igual a essa, e é assim: que a paz de Deus esteja consigo. A resposta é a mesma, e você também. A paz de Deus esteja consigo. As-salaam-alaykum - Aleikum Salaam. Não há bom dia, boa tarde. Nós temos somente uma saudação”.

“A pessoa no islamismo não há que mulher é melhor do que homem, homem é melhor que mulher. Não, não há (...) Todos são iguais.”

(Islamismo)

*“A vida é o valor supremo. Para nós morrer uma pessoa é morrer a humanidade. Para nós a vida é o valor supremo. E tudo gira à volta disso. A vida é o resultado da criação, é o resultado de HaShem, da criação, por isso toda a nossa vida gira à volta dos preceitos de HaShem” **(Judaísmo)***

*“A Religião Hindu é uma das religiões, senão a mais antiga, é uma das mais antigas no Universo. A Religião Hindu tem uma característica que é o seguinte: não impõe, não obriga, não influencia, não faz publicidade de forma que as pessoas mudem as suas religiões, que se convertam em hinduísmo. Isso nunca fez e nunca fará. Cada vez há mais hindus, porque é uma religião liberal, uma religião democrática.” **(Hinduísmo)***

O Budismo caracteriza-se a si próprio como um caminho individual de evolução espiritual, o que vai ditar certas diferenças na necessidade de apoio religioso e espiritual em casos de internamento relativamente às restantes religiões.

*“Budismo, no limite quase que não é uma religião, é mais como um método de transformação, uma espiritualidade, se quiser, uma ética” **(Budismo)**.*

6.2- História da comunidade

A história da comunidade terá uma importância relativa no caso da Igreja Católica Romana, já que a sua história se confunde com as raízes da nossa sociedade. No entanto, relativamente ao percurso das outras confissões religiosas é interessante conhecer-lhes o trajeto, a longevidade para

compreender as dificuldades que, frequentemente surgem no âmbito da sua integração nas instituições nacionais, nomeadamente da saúde. As Igrejas Lusitana e Metodista com a sua fundação no Porto desde finais do séc. XIX, já têm comunidades bem estruturadas e com património construído relevante. A Igreja Greco-Católica, com apenas 4 anos de existência na área do Porto, teve de enfrentar dificuldades logísticas, apenas ultrapassadas pela solidariedade de uma instituição da Igreja Católica. A Igreja Evangélica Alemã, apesar de mais de um século de história na cidade do Porto, mantém-se com um número muito reduzido de membros pois é uma comunidade muito limitada de Alemães Luteranos que apenas se renovam através de familiares, estando mesmo em decréscimo.

A implementação de cada comunidade na área do Grande Porto é um fator de maior ou menor fragilidade no momento do internamento hospitalar.

“Já desde o século XVIII que existem Alemães Evangélicos Luteranos, aqui no Norte de Portugal, e Igreja no sentido, instituição, portanto, foi... nasceu... foi fundada em 1901, pelo Padre Martin Richter” (Igreja Alemã).

“Porque a igreja é centenária. Esta igreja já tem mais de 130 anos. Faz este ano 131. “ (Igreja Lusitana)

“A Igreja Metodista, estamos a celebrar os 140 anos. É a mais antiga Igreja Protestante do Porto. “ (Igreja Metodista)

“A comunidade está em Portugal desde há muitos anos, com aquelas dificuldades que teve a certa altura do percurso, da própria história do país. Mas de facto, (a Comunidade do Porto) é uma comunidade muito antiga no país e esta Sinagoga, concretamente tem 73 anos. Vai fazer 74 em Janeiro” (...) Esta Sinagoga é simbólica para o mundo Judaico, não é só para Portugal e para o Porto, é para o mundo Judaico. Porque, precisamente, foi inaugurada, foi construída ao longo de meia dúzia de anos e acabou por ser inaugurada numa data trágica, numa altura trágica. (...) No dia 9 de Novembro, foi a noite de Cristal, noite trágica como se sabe com a destruição de Sinagogas e de livros mesmo religiosos, em Berlim. E portanto esta Sinagoga também tem esta metáfora, este simbolismo que é, podem-nos destruir num lado mas noutra lado qualquer renasceremos e continuamos. Portanto também tem essa simbologia “ (Judaísmo)

“Desde os inícios dos anos 80, tinha pouca expressão. Havia muito pouca gente interessada” (...) “Desde então até agora o Budismo tem começado a ter cada vez mais expressão.” (Budismo)

“Começou para aí há 4 anos e tal atrás. Vinha cá o Padre Anatoli e ele começou praticamente do zero. Eu ainda lembro que quando vinha cá quase que não havia gente. Estávamos a ter missas numa sala ao lado. Que também não era nossa. Esta sala já é nossa, é igreja. E lá tivemos sempre de mudar os móveis antes da missa. Depois passando quase três anos, o Seminário deu-nos esta sala e já é completamente nossa, não temos de mexer em nada.”
(Igreja Greco-Católica)

A Comunidade Hindu, chegou a Portugal como consequência da descolonização no pós 25 de Abril de 1974, fazendo parte dos numerosos portugueses, nascidos em Angola e Moçambique, que procuraram o Continente para reiniciar as suas vidas..

“Uma grande parte da comunidade indiana no Porto, somos naturais de Moçambique. Mas os pais oriundos da Índia”
(Hinduísmo)

6.3- Caraterização da comunidade

O número de elementos de uma comunidade espelha de algum modo, as necessidades que podem vir a surgir em caso de internamento hospitalar. O facto de serem cerca de 3000 na área do Grande Porto, como é o caso do Islamismo ou de serem 45, no caso da Igreja Alemã, faz toda a diferença. Apesar dos resultados do último recenseamento da prática dominical, realizado pela Igreja Católica (Agência Eclésia, 2002), concluir que apenas 20% da população portuguesa frequenta os atos religiosos, atendendo que a população do Porto ronda os dois milhões, a significativa maioria daí resultante, continua a justificar a hegemonia da Igreja Católica Romana, nomeadamente nos Serviços da Capelania.

“P - Quantas pessoas aproximadamente é que pertencem aqui à comunidade?”

R - Quer dizer 3 mil e tal. 3 mil e quinhentos muçulmanos ao redor do Porto.

P – E reúnem-se todos aqui ou há mais...?

R – Não é todos. Há mais mesquitas. Mas a maior parte reúne aqui porque aqui é o centro”
(Islamismo)

“Em datas Principais chegam a 2000”. (Igreja Ortodoxa de Constantinopla)

“Na nossa lista de membros temos mais de 300. A frequentar assiduamente, digamos entre os 90 e os 150. Um bocadinho variável. Num dia de festa pode ser mais, mas entre os 90 e os 150” (Igreja Metodista)

“Andamos à volta dos 5000. Mas isso não quer dizer que tenhamos 5000 pessoas nos cultos, não é? Se conseguirmos 1000 que são os 20%” (Igreja Lusitana)

“E depende do Padre. Quando é o padre que dá bem a missa, que a gente está a gostar, ficam tipo 50 pessoas no mínimo. No domingo é sempre assim. Agora também depende dos dias, se é um bom dia, todos vão para a praia, e já há menos gente. Na Páscoa já havia para aí duzentas e tal pessoas, e por isso tivemos que ir para outro edifício” (Igreja Greco Católica)

“É uma comunidade pequena que tem... no ano passado teve 45 membros inscritos. Portanto, o número de Alemães inscritos tem estado a diminuir. Quando eu digo 45 membros, refiro-me a famílias, não pessoas individuais”

“Quando vem o grupo das senhoras com as crianças é maior e aí podemos chegar às 20, 22 pessoas. Nos outros cultos entre 12 e 14” (Igreja Alemã)

“Como o Budismo não é uma tradição muito... não é dogmática, nós não temos propriamente uma ficha para saber exatamente uma contabilidade, para saber exatamente quantas pessoas é que são Budistas. Eu acho que há muitos simpatizantes” (Budismo)

“Comunidade é de facto muito pequenina aqui no Porto. Tem cerca de 40 famílias” (Judaísmo)

“A comunidade é pequena, somos apenas 350 pessoas. Todos, maioria, comerciantes. Industriais, comerciantes, alguns

engenheiros, um ou outro médico, pronto é uma comunidade pequena e cada vez menos porque pessoas estão a emigrar, atendendo à crise em Portugal” (Hinduísmo)

6.4- Caraterização do culto

A forma de cultuar a Divindade difere se falamos de Igrejas cristãs ou outras religiões. Dentro da Igrejas cristãs há as que privilegiam a Eucaristia e as que privilegiam a Palavra. Uma vez mais os discursos revelam uma permanente comparação entre a liturgia realizada na Igreja Católica Romana e a sua própria Liturgia. Quase todos iniciam os discursos acentuando as semelhanças para depois estabelecer alguma diferença que considerem relevante. Para a Igreja Católica Romana e para a Igreja Greco-católica a importância da Eucaristia é evidente no culto e na vivência da Fé. É devido a esta predominância da Eucaristia sobre a Palavra que a Capelania Católica Romana distribui diariamente a Comunhão pelos doentes que se inscrevem. A maior parte dessas pessoas não têm essa experiência diária quando estão em casa mas sentem um grande conforto em poder fazê-lo no Hospital. Os discursos falam-nos de casos de idosos que lamentam ter de ir para casa porque vão perder essa oportunidade a que dão tanta importância.

“Nós temos a missa diária.”

“Às 4 horas todos os dias fazemos a oração da tarde com a exposição do Santíssimo e oração de vésperas, com os nossos voluntários da Capelania, e eles vão levar a comunhão aos doentes.”

“P – Isso é ótimo. E entretanto diariamente distribuem a comunhão por quem se inscreve.

R – Pelas pessoas que pedem esse serviço, digamos assim

“A quantidade de pessoas que nós encontramos e ouvimos nos hospitais e dizer, eu tenho pessoas a dizer” Ai que bom, eu estar no hospital que ao menos posso vir à missa....(...) E “Ah senhor padre, aqui ao menos posso comungar todos os dias. Como é que vai ser quando eu for daqui?” (Igreja Católica)

“O modelo é bastante próximo do católico. Também é muito semelhante ao modelo ortodoxo.”

“A nossa missa tenta contar desde o início, tenta contar uma história até ao fim. Portanto, ao longo da missa estamos a ouvir mesmo uma história. E no meio, mais ou menos no meio, o padre começa a falar, a dar uma lição.”

P – Depois tem o momento da consagração. Vocês comungam também o Corpo de Jesus?

R – Sim, claro. Isso é mais ou menos no fim da missa.

*R – Aqui é servido de um cálice com uma colher vinho específico que tem sabor parecido com vinho do Porto, e também pão sem fermento cortado em cubinhos. **(Greco-católica)***

“Celebração é muito parecida com a da Igreja Católica Romana”

“Temos cultos que podem ser de oração da manhã, portanto é só a pregação da palavra e a liturgia propriamente dita, as orações, os cânticos. Nós cantamos muito, as pessoas cantam muito... (...) E quando falamos em termos de celebração eucarística, também está aqui, então toda a estrutura é parecida com a da Igreja Católica Romana”

*“Depois há a pregação, aí somos um bocadinho mais pressurosos.” **(Igreja Lusitana)***

“Ao contrário da Igreja Católica que a centralidade é na Eucaristia, embora tenha a homilia também, nós também temos a Eucaristia mas não sempre. A Eucaristia é uma vez por mês ou duas. Porque a centralidade é mais na Palavra, na parte do sermão.”

*“Leituras, hinos, pode cantar o coro, cantar toda a comunidade ou um grupo de jovens. Mas muita música” **(Igreja Metodista)***

*“É um culto de certo modo semelhante ao culto da Igreja Católica. Portanto, a liturgia é muito parecida, costumamos também fazer a Eucaristia. Portanto, celebrar a Comunhão Sagrada, o Pão e o Vinho” **(Igreja Alemã)***

*“Celebração da Liturgia de S. João Crisóstomo. Confissões e Eucaristia.” **(Igreja Ortodoxa de Constantinopla)***

Quanto ao Islamismo, a própria vida do crente é um ato de celebração permanente. Questionado acerca das celebrações, o Imã utilizou um discurso

que incluiu todos os momentos do dia do crente bem como o uso da vida inteira como culto permanente ao seu deus. O Judaísmo apresenta-nos a celebração como um ritual complexo e ancestral através do qual o Povo mantém o vínculo estabelecido com o seu Deus e mantém a sua própria união e força. Para um Hindu, é mais um ato individual de reflexão e ligação ao Divino complementado com festivais dinâmicos e alegres partilhados por toda a comunidade.

“P – Em que consiste essa celebração?”

R – Essa celebração, quer dizer como a senhora já sabe, há 5 pilares no Islamismo. O testemunho, de que não outra Divindade que mereça ser adorado senão Deus e Maomé é como Jesus Cristo, como Moisés, é um mensageiro para transmitir a mensagem de Deus para a humanidade para a sua honra, dignidade, proteção, salvação da humanidade (...) o segundo é a oração. (...) o 4º é o Ramadão. Como já sabe, os muçulmanos nesse dia, nesse mês aqui jejuam (...) O 5º é a peregrinação a Meca” (Islamismo)

“É um ritual que vem desde Abraão e de Isaac e Jacob e Moisés no Sinai. (...) à sexta feira à noite é mais simples, é uma cerimónia para receber o Sabat, é a entrada do Sabat. Ao Sábado de manhã é mais complexa, é mais longa... muito longa com a leitura da Torah, leitura do Livro, dum excerto obviamente, uma parte do Livro. Tem alguma complexidade. Posso-lhe dizer que é em hebraico” (Judaísmo)

“É acender a lamparina, incenso, o tempo é ilimitado, depende das pessoas que queiram” (Hinduísmo)

“A sede da Comunidade Hindu é na Cruz Vermelha em Massarelos, onde nós temos instalações alugadas, há anos. Onde nós pelo menos uma vez por semana nos reunimos para orações e com um encontro, portanto, social e de tempo a tempo quando há eventos, festivais, é lá que nos encontramos. Portanto, ainda há pouco tempo houve uma semana, portanto, de Navratri, nove noites e as pessoas iam lá regularmente durante nove noites. A seguir temos o Diwali, que é a maior festa da religião Hindu, que é no dia 26 de Outubro”. (Hinduísmo)

6.5- Frequência do culto

A frequência com que uma comunidade religiosa se junta para celebrar o seu culto revela muito do seu pulsar e, simultaneamente, revela-nos a potencial necessidade de celebrar esse mesmo culto, ou algo que o substitua, durante o período de internamento hospitalar. É comum a denominação dos chamados católicos não praticantes e, segundo os discursos, o mesmo vai acontecendo um pouco em todas as outras religiões. No entanto, há um número mais ou menos fixo de frequentadores assíduos do culto que, pela sua fidelidade, vão exigir uma atenção mais cuidada da parte da sua Igreja.

Encontrámos uma exigência cultual num crescendo que, começando na Igreja Alemã com encontros apenas 2 vezes por mês, nas Igrejas Católica, Lusitana e Greco-Católica com encontros semanais, passa pela Igreja Metodista com encontros bissemanais e culmina com a vivência Islâmica, em que os crentes são chamados a encontrar-se cinco vezes ao dia para orar. À questão acerca da frequência com que a respetiva comunidade se reúne, obtivemos várias respostas.

“P - Vocês reúnem-se então duas vezes por mês, para celebrar?”

R- É. Com exceção do mês de Agosto que é chamado o mês de férias e em Julho costuma ser um culto por mês e nos outros meses são dois por mês.” (Igreja Alemã)

“Pelo menos ao Domingo, como todos os cristãos” (Igreja Lusitana)

“No mínimo uma vez por semana.” (Greco católica)

“A participação maior é na missa do Domingo.” (Igreja Católica)

“Temos à 5ª feira (...) e ao Domingo.” (Igreja Metodista)

“Bissemanalmente” (Igreja Ortodoxa de Constantinopla)

P – Mas os crentes vêm cá, com que frequência? Todas as sextas?

R – Todo o dia 5 vezes por dia.

P – E vêm cá todos os dias 5 vezes?

R – Quer dizer não é todos...

P – Mas os que podem vêm cá?

R – Os que podem vêm cá mesmo. Pode ser 20 pessoas, 30 pessoas, não é? Mas na sexta-feira vêm aqui 600 pessoas.”
(Islamismo)

P – “Essa comunidade reúne-se periodicamente...”

R – “Sim todos os Sabats. Sabat é o grande dia da Comunidade, do Judaísmo, começa Sexta-feira com o pôr-do-sol e acaba Sábado à noite com o aparecimento das primeiras estrelas.”

P – “E em média, quantas pessoas se reúnem lá?”

R – “Depende muito das épocas. Agora o mês de Outubro foi um mês de Festas e de comemorações e portanto teve muita gente, de facto. Nas várias cerimónias teve muita gente. Mas por exemplo, agora, amanhã estaremos 15, 20, vinte e poucos. Será à volta disso”
(Judaísmo)

“Há uma cerimónia coletiva, semanalmente, e depois, claro, mandar, que é o templo, todos nós, todos os hindus têm em casa também, as orações são feitas em casa também. É acender a lamparina, incenso, o tempo é ilimitado, depende das pessoas que queiram, portanto, fazer as orações. Mas há a Fé e realmente a fé é que conta, move montanhas”
(Hinduísmo)

6.6- Relações com outras Igrejas ou Confissões Religiosas

É necessário uma maturidade e autoconhecimento grande para aceitarmos as diferenças do outro sem que tentemos mudá-lo à nossa imagem e semelhança. *“A identidade começa a manifestar-se a partir do momento em que nos apercebemos das nossas diferenças. É um fenómeno subjetivo que passa pelos sentimentos e pelas emoções, um espaço onde nos expressamos e vemos emocionalmente”* (Cristobal, 1995:97). A capacidade de relação verificada em cada confissão religiosa contactada revela-nos essa segurança que a auto reflexão proporciona. O empenhamento nas atividades ligadas ao diálogo ecuménico e inter-religioso não é proporcional ao número de membros da Igreja, o que demonstra que:

“ A influência da dimensão do grupo no desempenho depende da tarefa mas, em termos genéricos, a curva da eficiência tende a aumentar até um certo ponto vindo em seguida a diminuir. Compreende-se que assim seja por virtude do acréscimo quase exponencial das interações possíveis à medida que o número de participantes aumenta. Esse aumento progressivo do número de interações não corresponde, todavia, a uma produtividade de ideias”(Monteiro, 2006:299).

Apesar do enorme peso da Igreja Católica e das diligências verificadas a nível da Capelania do Hospital de S. João para a valorização do diálogo inter-religioso, das várias Igrejas e Confissões Religiosas abordadas, a que mais investe no relacionamento com as demais comunidades é, surpreendentemente, a Igreja Alemã que, apesar de ter um número muito exíguo de membros, aparece em todas as iniciativas, quer da Capelania quer da Comissão Ecuménica. Encontrámos abertura da parte de todas mas algumas mais na expectativa de serem contactadas enquanto outras empenhadas em ações concretas de comunhão.

“Temos a permanente comunicação com as outras Igrejas, e depois temos a transposição disto para o nível nacional. Que foi daqui que as coisas nasceram. Já se hoje temos o grupo de trabalho inter-religioso de saúde, que agrupa tudo o que há, toda a gente que aceita sentar-se à mesa com os outros, estão lá, representados ao

mais alto nível, se hoje existe é porque existe esta caminhada no Hospital de S. João”. **(Igreja Católica)**

“Nós relacionamo-nos bem. Por exemplo nas férias com o meu irmão e com os meus pais vamos para a Igreja Católica, em Esmoriz na nossa cidade. Em relação à Igreja Ortodoxa há algumas coisas que não andam muito bem”. Mas apesar disso: “Se não há liturgia, pode o padre estar doente e outro padre não conseguir e não sei quê eu posso entrar numa Igreja Ortodoxa e rezar com eles e não há problema nenhum.” **(Igreja Greco-Católica)**

“P– Mas que a Igreja Metodista costuma estar presente, se é solicitada ou se é convidada...

R – A Igreja Metodista, a Igreja Lusitana, a Igreja Alemã, às vezes a Igreja Inglesa.” **(Igreja Metodista)**

“P – A vossa Igreja também pertence ao Grupo de Contacto Ecuménico...

R – Sim, sim, sim. O nosso Grupo Ecuménico foi constituído, salvo erro, em 2005, e estão representadas todas as Igrejas Cristãs, menos a Igreja Baptista, que é assim, não é muito ecuménica”. “Também temos... participamos ativamente (...) na Semana da Oração pela Unidade das Igrejas de 18 a 25 de Janeiro”

“P – E em relação às Igrejas não-cristãs? Há algum envolvimento?

R – Sim. Menos. Mas também há. Já tem cultos, talvez uma vez por ano, ou coisa assim, em que participa, sobretudo, o representante do Islão. Do Islão, não é? E da Comunidade Judaica, também já tem participado, e há também espírito de abertura e de tolerância da nossa Comissão Ecuménica perante essas religiões. É importante a gente estar aberta”. **(Igreja Alemã)**

“(...) esta paróquia tem um momento de oração todos os meses, todos os meses do ano, aqui ou com a comunidade da Serra do Pilar (Comunidade Católica Romana). Portanto, eles vão um mês lá, outro mês cá”(...) “Durante a Semana de Oração pela Unidade dos Cristãos há celebrações diversas”.

“P - A não ser o Grupo de Contacto Ecuménico as religiões em geral não se juntam para fazer celebrações, ou formações...

R – *Aqui no Porto não temos muito essa, essa... (tradição).*
(Igreja Lusitana).

“Às vezes Celebrações Ecuménicas e agora com maior participação, o encontro “Celebrar o Espírito de Assis”. (...) Habitualmente com “Igreja Católica, Ortodoxa, Metodista, Lusitana, Evangélica Alemã, e, no último encontro, também Budista, Judaica, Islâmica e Baha’i”

(Igreja Ortodoxa de Constantinopla).

“P - A Igreja islâmica não costuma juntar-se com outras Igrejas...

R – Não, não, não. Não temos esse hábito.” (Islamismo)

“Ainda há dias falávamos, quando foi esse encontro inter-religioso, há duas ou três semanas, falava com um dos líderes, com quem tenho uma relação muito boa.”

“Quando somos convidados, temos todo o gosto em fazê-lo. Temos sido várias vezes convidados, devo dizer-lhe. Já participei em vários encontros religiosos, em vários locais aqui do Porto, aqui mesmo, a convite de vários grupos e é sempre com muito gosto e muito prazer. (...) Quanto mais conhecermos e formos conhecidos melhor nos entenderemos e nos respeitaremos. E portanto, eu faço que questão, sempre que há oportunidade, de estar presente e de dizer... e de falar um pouco de nós”. (Judaísmo)

As religiões orientais apresentam uma relação mais aberta. Revelam-se menos egocêntricas e mais congregadoras dos valores inerentes a todas as religiões.

“P – Que tipo de relação tem o Budismo com as outras Confissões religiosas?

R – Pacífica. Completamente. Até porque quando muito poderia existir alguma dificuldade da parte de outras tradições mas como o Budismo, no limite quase que não é uma religião, é mais como um método de transformação, uma espiritualidade, se quiser, uma ética. Do ponto de vista da ética, acho que está toda a gente de acordo, não é?” (Budismo)

“Porque nós respeitamos todas as religiões. O que são religiões? Religiões são todas... no fundo, iguais. Tem os dez

mandamentos. Moral. São todas as religiões iguais, fazer bem, não fazer mal, não roubar, dar de beber a quem tem sede, ... tanto o Islâmico, Católica, Judaica, falam disso. As religiões, e eu considero assim, são rios que se juntam ao oceano. Portanto, podem ser dez religiões, mas se formos ver, no fundo, no fundo, todas as religiões dizem o mesmo. A maneira de comunicar pode ser diferente” (Hinduísmo).

6.7- Singularidades que possam implicar uma atenção especial ao doente internado por parte da comunidade hospitalar

O respeito pela individualidade dos doentes passa impreterivelmente pelo conhecimento das especificidades culturais do indivíduo que proporciona uma maior abertura à multiculturalidade e uma interpretação menos preconceituosa de determinadas atitudes do quotidiano (Anes,2006). Os profissionais de saúde, além das exigências inerentes aos cuidados médicos, têm mais este desafio. *“Numa sociedade claramente multicultural, é importante que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para trabalhar com todos os utentes, qualquer que seja a sua proveniência” (Anes, 2006: 77).* O corpo e a sua manipulação é, em muitos casos, uma das barreiras mais sensíveis durante o internamento hospitalar, *“pois está repleto de simbolismos e a relação que cada grupo estabelece com o corpo é muito subjetiva e obedece a padrões culturais estritos. A questão é muito delicada uma vez que o corpo, em contexto hospitalar, é o objeto de todos os cuidados e, como tal, é necessário manipulá-lo diversas vezes ao dia e por diferentes pessoas. (Anes, 2006:83).*

Se, por um lado a instituição hospitalar e os seus profissionais necessitam de conhecer e respeitar os preceitos do doente relativamente aos cuidados que reservam, por exemplo ao decoro, por outro o indivíduo que se encontra fora da sua própria cultura terá de fazer um esforço de adaptação. *“Assim, a diversidade cultural passa a ser um grande desafio no que diz respeito às questões relacionadas com o convívio quotidiano. Para tanto, é preciso que se reconheçam e se respeitem as diferenças próprias de cada indivíduo. O reconhecimento da diferença é ponto de partida para que se possa conviver em harmonia, com as pessoas que consideramos diferentes e se determinada*

cultura é posta em contacto com outra, uma delas terá de se adaptar para sobreviver” (Nunes, 2010:25). No que diz respeito à comunidade Islâmica, esse esforço de integração está traduzido no seu testemunho.

“Nós, convém que nos países islâmicos, homem trata homem, mulher trata mulher...Aqui às vezes não é possível. É o homem mesmo que vai tratar” (Islamismo)

O Capelão do Hospital de S. João confessa *“O hospital é um exílio para quem vem para cá internado”*. Este conceito é partilhado por outros autores que referem a fragilidade de quem se vê internado. *“Na maior parte dos países ocidentais, o hospital é a instituição por excelência no contexto da saúde, com uma cultura própria de funcionamento praticamente intocável, intimidando a maioria das pessoas, não só pela associação negativa imediata que se faz ao fenómeno doença, como também, pela destituição da autonomia de que os indivíduos são alvo quando entram nesse universo” (Anes, 2006:81)*. Ao acolher a singularidade de cada um, o Hospital está a minimizar os efeitos negativos do internamento.

“É respeitar a centralidade da pessoa e reconhecer que a pessoa não é uma abstração mas é um conceito com o rosto de cada um. E o rosto de cada um pode pronunciar a palavra “Eu sou cristão” como pode pronunciar a palavra “Eu sou muçulmano”, como pode pronunciar a palavra “Eu sou hindu”. Que o hospital tem de ser a casa de todos por igual.” (...) “Agora é claro que é muito mais fácil para o sistema, como para qualquer sistema, nivelar tudo. Admitir que há 2 ou 3 pessoas que não querem, que não comem carne de porco, complica as dietas. Mas é isso. Viver em sociedade é isso.” (Igreja Católica)

É essencial que a atenção às especificidades alimentares seja uma constante pois, *“(...) no seio de determinadas culturas, os alimentos e o ritual da alimentação é carregada de simbolismo pleno de significado e de valores que deveriam ser respeitados (Anes, 2006:83).*

“Para nós a alimentação é extremamente importante. A alimentação não é apenas para alimentar o físico, não é apenas para ter energia para viver. É importante também, porque nos devemos alimentar mas a alimentação é também para a alma, é para o espírito, também é espiritual. Portanto, nós não comemos imensas coisas”(...) “só comemos determinado tipo de carne: frangos, vitela, peru... não comemos porco, não comemos cavalo...não comemos uma série de carnes. Não é só o porco, as

peças dizem, ah pois, não podem comer porco. Não é só o porco. Todos os animais que não sejam ruminantes e não tenham casco fendido, nós não comemos”(...) Nós não comemos todos os peixes, só comemos peixes que tenham escamas e barbatanas. Portanto, não comemos mariscos, não comemos polvo, não comemos lulas, não comemos essas coisas todas” (Judaísmo)

As preocupações dos fiéis ao Judaísmo são comuns aos fiéis do Islamismo.

“O Islão permite ao muçulmano comer todo o tipo de comida se há saúde, restringindo a carne de porco e a sua derivada, e também bebidas alcoólicas e narcóticos e também drogas. Não utilizamos isso. Então daí, eles também cumprem essas regras” (Islamismo)

Budistas e seguidores da Confissão Hindu, na sua maioria, são vegetarianos. Questionados acerca das dificuldades encontradas em caso de internamento, o representante Hindu não revela qualquer conflito, enquanto a Budista põe em dúvida se serão, cabalmente, satisfeitas as necessidades de um vegetariano, embora confesse não possuir conhecimento rigoroso acerca do assunto.

“Alguém que queira comer vegetariano num hospital limita-se a ter couves e batatas, penso que não deve ter mais nada. Quando muito uma folha de alface. Claro que há outras coisas, portanto aí, seria bom, inclusivamente nem só por causa dos budistas. Há cada vez mais pessoas vegetarianas, portanto era bom ter uma alternativa.” (Budismo)

“Compreensão enorme. Facilidade, toda a facilidade necessária, de visitas, compreensão de uma religião diferente. Até na alimentação, nós os hindus, uma boa parte dos hindus são vegetarianos e temos a própria culinária e os próprios hábitos de alimentação” (Hinduísmo).

Se a alimentação representa uma preocupação para quem pertence a uma minoria menos conhecida e representativa na nossa sociedade, a religião e a morte acabam por ser fenómenos que envolvem maiores controvérsias na medida em que os seus rituais se afastam dos padrões da cultura dominante. “Os rituais que os rodeiam revelam-se estranhos e incompreensíveis para os técnicos de saúde que, não só mantêm um certo distanciamento, pleno de

juízos de valor, como, ao imporem as normas da instituição, impossibilitam (...) de praticar o seu culto, preparar a sua morte e/ou prestar as últimas homenagens a um ente querido (Camilleri, 1989, Ramos, 2004 cit. Em Anes, 2006:83). Dos discursos dos nossos entrevistados constatámos haver grande sensibilidade, compreensão e cumplicidade entre a administração do Hospital de S. João e os seus profissionais de saúde e os utentes seguidores de religiões com rituais relacionados com a morte, distintos da maioria cristã.

O responsável pela comunidade Islâmica do Porto revelou-nos um espaço no qual os defuntos muçulmanos são tratados segundo os rituais da sua religião e explicou-nos os procedimentos.

*“E aqui é lavado como deve ser. E assim tudo, mas mulher é que lava mulher. Homem é que lava homem. Familiares. Então assim, aqui foi. Então pusemos aqui o caixão e embrulhámos em 3 panos. Três panos, então o caixão vai ser perfumado como deve ser. E tudo isso, nós vamos assistir a uma missa, uma oração específica, para um fúnebre. Assim, como nós aqui não temos cemitério específico para os muçulmanos, vamos lá pedir que ele vai deitar assim (de lado, com um braço estendido ao longo do corpo e o outro dobrado com a mão sob o rosto) para ver a direção. A mão direita. **(Islamismo)***

Questionado quanto à dificuldade de retirar o corpo do hospital sem que tivesse sido “conspurado” pelos costumes ocidentais, o Imã esclareceu:

*“Não tenho problemas. Até que eles, quando nós não tínhamos esse lavatório, lavávamos os fúnebres lá no hospital. Sim senhora, lavávamos isso no hospital. Eles ajudam mesmo” (...) “Se já faleceu, eles já sabem a nossa regra e eles respeitam as nossas regras. Graças a Deus.” **(Islamismo)***

No caso dos Hindus, encontrámos a mesma satisfação quanto ao cuidado dedicado aos que findam a sua vida no Hospital.

“P– E em caso de morte? Vocês têm hábitos, tradições, diferentes das nossas...”

R – Temos, sim senhora.

P – E isso tem sido respeitado?

R – Tem sido respeitado. Nós temos por hábito, portanto... bem, vestir é uma coisa normal, não é? Pronto. Mas uma senhora veste Sari. Uma senhora indiana veste Sari. E não é qualquer pessoa que pode vestir essa senhora Sari. A não ser que seja uma

senhora indiana. Portanto nós temos, assim, um número de pessoas, que já têm experiência nesses casos. Principalmente quando é uma senhora. Quando é um homem, claro também há voluntários para tratarem deste tipo de trabalho. Mas não tem havido problemas, tem havido compreensão de parte a parte e as coisas até agora têm corrido bem.” (Hinduísmo)

Outra singularidade dos Hindus prende-se com a necessidade de cremar os seus mortos.

“Os Hindus são todos cremados. Noutros tempos quando não havia crematórios, era a Pira.” (Hinduísmo)

Foi-nos referido que nos tempos em que não existia crematório na cidade do Porto, os corpos tinham de ser levados para o crematório de Lisboa ou eram cremados numa pira construída para o efeito, no Cemitério do Prado do Repouso. A cremação tinha lugar com a presença dos familiares, fora do horário de funcionamento, para evitar o choque inevitável que qualquer visitante incauto sofreria ao presenciar tal ato.

Capítulo VII – Espiritualidade, Instituição Hospitalar e Interculturalidade

O desafio que se nos depara é verificar a correlação de forças entre a instituição hospital, baseada na racionalização e eficácia dos instrumentos, (Foucault, 2003) e o campo religioso (Bourdieu, 1996). Pretendemos, neste capítulo, responder às questões colocadas nos objetivos deste trabalho relacionadas com a abertura da comunidade científica à emergente pluralidade religiosa dos internados no Hospital e conseqüente respeito pela necessidade de assistência espiritual e religiosa manifestada por cada indivíduo.

7.1 – Integração da dimensão espiritualidade na lógica da atuação do Hospital

O Hospital de S. João foi pioneiro na defesa e integração da humanização como fator na recuperação dos doentes e uma das dimensões desta humanização é, indubitavelmente, ao direito à espiritualidade. Mas, seria necessário fazer um estudo muito profundo para se chegar a esta conclusão? Filipe Almeida, Diretor do Serviço de Humanização, diz-nos num Boletim editado pelo Hospital de S. João e intitulado HumanizACÇÃO: “*Estranho*

mundo este, espantosa sociedade esta, que se obriga a decretar direitos para os mais frágeis, reconhecendo assim uma organização social capaz também de ser indiferente para quem é circunstancialmente diferente”.

No mesmo Boletim, o Adjunto da Direção Clínica, Afonso Esteves, garante: *“Todo o doente (...) tem direito a ser respeitado nas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas, podendo receber a ajuda espiritual desejada, bem assim exprimir os seus pontos de vista sem ser menosprezado ou ridicularizado.”*

Este trabalho de humanização tem já mais de uma dezena de anos, no Hospital de S. João e uniu os esforços da Capelania, da Administração Hospitalar e mobilizou os profissionais do Hospital.

“Então foi um questionário a todos os funcionários, com um prazo, com perguntas muito dirigidas sobre a humanização, a importância ou não deste ir de encontro à identidade do doente. Se o próprio profissional se preocupava com isso ou não”. (Ent. Expl. nº1)

“P – (...) Em relação ao hospital em si, tenho ouvido falar muito em humanização. (...) Passa pela espiritualidade também? (...)

R – Também, isso começou a ser desenvolvido a partir de um grupo de trabalho (...) que se ficou a chamar “Ao encontro da identidade espiritual do doente”. Que quando foi o ano 2000 criámos um grupo de trabalho, a pedido da Capelania, com o acordo da Direção Clínica, da Direção de Enfermagem e do próprio Diretor do Hospital, criou-se um grupo de trabalho, que se afirmou nisto, nesta preocupação, de debater as questões humanas, digamos assim. A primeira foi a questão da identidade espiritual do doente. A segunda foi o tema da morte dos doentes e da relação dos profissionais com os doentes em processo de morte. O terceiro foi, exatamente, humanizar, um compromisso pessoal de todos.” (Igreja Católica)

O terceiro milénio deu início a uma consciência crescente da multiculturalidade emergente na sociedade em geral e na comunidade hospitalar em particular.

“Logicamente que no princípio era maioritariamente a Igreja Católica mas a pouco e pouco começaram a surgir alguns membros,

poucos, porque são sempre comunidades pequenas de outras Igrejas, que estão doentes, são menos logicamente. E começam a surgir também os agnósticos, assim chamados, que de facto podem não precisar de um apoio espiritual mas podem precisar de um acompanhamento. Alguém que ouça, portanto é preciso também; a capelania começou também a perceber essa importância de se abrir a todos, ir ao encontro de todos, independentemente da sua orientação religiosa ou até de não ter uma” (Ent. Expl. Nº1)

“Porque começaram a surgir muitas solicitações na área da formação, dos utentes, dos doentes, dos profissionais, dos alunos. Esta temática surge porque cada vez mais temos de ir ao encontro da entidade espiritual do doente. Começa a ser natural e normal que se comece também a trabalhar dentro de um hospital este tipo de temáticas” (Ent. Expl. Nº 1)

A necessidade de formação fez-se sentir e vários Encontros se sucederam pois *“A formação é um dos pilares fundamentais de qualquer sistema de gestão de recursos humanos, porque através desta, se colmatam necessidades, assim como suscita o aparecimento de novas necessidades”* (Castro, 2007:22).

“Cada vez mais há uma sensibilidade maior para o assunto, então sempre que há uma formação a nível do ensino, dos futuros médicos e futuros enfermeiros, pede-se a colaboração daquele bispo e daquele outro, daquela experiência e eles são muito abertos e solícitos para formar. Faz-se formação com o HSJ, como falei daquela de ir de encontro à identidade espiritual do doente, e vem o pastor, o presbítero a contar a sua experiência, o que é que é para ele este trabalho conjunto, o que é para ele o ecumenismo, o que é para ele a sua vivência enquanto pastor, enquanto cristão, enquanto doente, o que é para ele a doença, a religião. “ (Ent. Expl. Nº 1)

A formação é essencial aos diferentes agentes de saúde porque *“A formação não é um bem que se adquire, do mesmo modo que a cultura, não pertence ao domínio do “ter”, mas sim ao domínio do “ser”.”* (Castro, 2007:20).

“Vamos ter um encontro, vai ser um encontro de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros que estão a formar-se na... em termos de humanização, nos cuidados mais humanizados para os

doentes, que têm de prestar aos doentes. Porque eles em termos académicos aprendem técnicas e isso, mas as boas práticas de humanidade não aprendem nas cadeiras, então a nossa missão era sensibilizá-los para isso” (Ent. Expl. Nº3)

“Houve um encontro também em que várias pessoas, pronto, neste caso, várias pessoas de Igrejas diferentes da Católica, com a Católica junta, tiveram de fazer... houve um debate da importância da religião e da espiritualidade na cura, no acompanhamento do doente e na respetiva cura” (Ent. Expl. Nº3)

7.1.1– Respeito pelos preceitos religiosos/culturais

A humanização do Hospital desde o primeiro momento integrou a espiritualidade como um dos direitos inquestionáveis e, uma observação atenta rapidamente concluiu que a nossa sociedade não era a mesma dos anos 50 e a comunidade hospitalar se pautava pela multiculturalidade. *“Com esta designação procura-se caracterizar a situação cada vez mais frequente da coexistência, no mesmo Espaço e no mesmo Tempo, de duas ou mais culturas diferenciadas” (Carmo, 2005:160)*. Eis porque a Capelania se antecipou à legislação no caminho para a abertura e o respeito.

“Neste momento a capelania está mais que nunca aberta à diferença. E isso está estipulado que assim seja. Quer à diferença religiosa, quer à diferença cultural, sobretudo à diferença básica que é que cada um é diferente. Está aberta ao diálogo” (Ent. Expl. Nº3)

É essencial que cada indivíduo se sinta acolhido apesar de ser diferente (na sua espiritualidade, relação com o corpo, etc.) da maioria e se sinta solitário nas suas convicções e tradições. A posição de abertura intercultural da Igreja Católica Romana, como líder desta caminhada, marca este percurso.

“É respeitar a centralidade da pessoa e reconhecer que a pessoa não é uma abstração mas é um conceito com o rosto de cada um. E o rosto de cada um pode pronunciar a palavra “Eu sou cristão” como pode pronunciar a palavra “Eu sou muçulmano”, como pode pronunciar a palavra “Eu sou hindu”. Que o hospital tem de ser

a casa de todos por igual.” (...) “Há diferenças. As pessoas já sabem que vêm para o Hospital de S. João e que as coisas são diferentes. Já sabem que se podem manifestar. Muita gente... já se diz. Portanto o Hospital de S. João de alguma maneira já marcou. Já tem fama, esta atitude.” (Igreja Católica)

A individualidade é considerada como um princípio e um valor a ser respeitado, independentemente do número de casos similares presentes no Hospital.

“Nem que seja um” (Igreja Católica)

A reação das restantes Igrejas e Confissões Religiosas a este esforço de integração é avaliada como positiva, revelando satisfação nos contactos estabelecidos e na colaboração do Hospital em atos religiosos específicos onde as várias religiões estão presentes, e em rituais específicos como a circuncisão por exemplo, feita no hospital pelos cirurgiões com a presença do Rabi.

“Porque realmente no Hospital de S. João, nunca houve problema de espécie nenhuma. Inclusive, o acesso aos médicos e tudo. Por isso foi um Hospital que, quanto a mim, tem funcionado bastante bem.” (Igreja Metodista)

“Eu, aquilo a que tenho assistido, por exemplo, aos cultos noturnos para doentes, algum tempo após a Páscoa, quase todos os anos, acho muitíssimo positivo, sobretudo da parte do padre, aceitar que isso seja feito em termos ecuménicos, com participação de Igrejas não Católicas Romanas, e, claro está também o facto de estarem presentes doentes do hospital. Acho isso muito, muito, muito importante. Que doentes, normalmente, doentes físicos, tenham também um amparo espiritual porque, para mim, a maior doença, entre aspas, que uma pessoa pode ter é não ser crente. Isso é pior que uma doença física, na minha ótica. E por isso esses cultos noturnos, acho que podem despertar no coração das pessoas doentes, que estão presentes, o sentimento de Fé, ou podem fazer crescer, ou fazer nascer a Fé no coração deles e dar-lhes conforto no seu sofrimento físico.” (Igreja Evangélica Alemã)

“P – E como doente, sentiu-se bem? Não se sentiu diferente dos outros? Foi bem tratado?”

R – Fui. (No Hospital de Santo António) (...) No S. João também é a mesma coisa. Deram-me uma pessoa, quer dizer, é médico. É amoroso. Até ficamos a falar, a falar, sobre o Boavista,

não é? Andava lá um muçulmano que é Fari, que jogava lá, falávamos muito isso...” (Islamismo)

“A experiência que temos no S. João é da circuncisão. (...) No S. João, sim. Já fizemos algumas circuncisões e com grande receptividade, sabendo que é por motivos religiosos e absolutamente à vontade. Com uma equipa de cirurgias fantástica, fabulosa sem qualquer problema. Isso sim, temos exemplos sim. Duas ou três circuncisões feitas no Hospital de S. João com grande atenção e grande colaboração e com a presença do Rabi no ato” (Judaísmo)

“Eu já tive pessoas da família, várias pessoas da família hospitalizadas, no Hospital de S. João. (...) Posso dizer que nunca encontrei obstáculos nenhuns nem por parte dos médicos nem por parte das enfermeiras. (...) Compreensão enorme. Facilidade, toda a facilidade necessária, de visitas, compreensão de uma religião diferente” (Hinduísmo)

O processo de sensibilização para a multiculturalidade e espiritualidade é complexo e multifacetado sobretudo quando se parte de um contexto muito amplo e diversificado como o Hospital de S. João para a implementação objetiva de ações humanizantes que complementem os atos médicos. Os principais visados são, sem dúvida, os enfermeiros pela inerência da sua prática. *“A formação em Enfermagem teve desde sempre uma ligação ao contexto de trabalho, dado o carácter essencialmente prático desta profissão (...) confrontando-se com a necessidade de repensar o seu processo de trabalho bem como as competências essenciais ao desempenho da profissão, num meio em permanente mudança”* (Frederico e Leitão, 1999:136 cit. In Castro, 2007:22)

Apesar de relatada alguma resistência inicial, com referência a dificuldades inerentes à exigente rotina hospitalar, estas foram sendo vencidas pela persistência das ações formativas e do ambiente entusiasta criado pelos intervenientes.

“A mensagem... eles aceitar, aceitavam embora oferecessem alguma resistência. Diziam que realmente ter esses procedimentos de chegar à beira de um doente que pediu água, entregar o copo de

água e virar as costas e nada dizer, e estar um bocadinho com ele, eles acreditavam que fazia a diferença mas diziam que não tinham tempo. Então nós insistíamos na tecla, podíamos fazer tudo isso sem qualquer perda de tempo. Enquanto tu banhas um doente, enquanto tu o lavas, ...”(Ent. Expl. nº3).

“... porque há uns tempos não se falava de humanização, depois começou-se a perceber a importância da humanização e depois os profissionais sentem-se desumanizados. Desmotivados... porque não se conseguem fazer dez coisas ao mesmo tempo.” (Ent. Expl.nº1)

“(...) estes grupos nasceram da iniciativa da Capelania, dentro do Hospital e conseguiram de alguma maneira mexer com a cultura institucional e de tal maneira mexer que acabaram por dar origem a serviços. Neste momento há um serviço de humanização, houve um processo de humanização e há um serviço de humanização. Houve um processo sobre a morte e o morrer e há um serviço de cuidados paliativos. Porque não são todos os hospitais que têm”. (Igreja Católica Romana)

A dinâmica desenvolvida é atribuída à identificação de um amplo apoio em todas as áreas.

“Qualquer religião, qualquer pessoa que tenha sensibilidade mesmo que não tenha religião, entende perfeitamente que isto é uma prática... que é uma boa prática. Criar uma empatia entre o profissional e o doente. Olhar como pessoa e não como alguém que está carregado de doenças” ... (Ent. Expl. Nº3)

O esforço de aproximação ao indivíduo respeitando-o integralmente provocou alterações não só a nível dos recursos humanos mas também nos recursos físicos. Além de facilitar, a certas confissões religiosas, a concretização de rituais próprios no momento da morte, o Hospital está a construir uma estrutura que possibilite aí mesmo esses rituais.

“Está em construção uma nova capela mortuária, sendo que uma delas reúne condições, um conjunto de características, que permite responder às exigências fúnebres, digamos assim, de todos

os cultos, para quem essas exigências são fundamentais.” (Igreja Católica Romana)

Capítulo VIII – Conceção de Doença e Morte

Uma das perguntas de que partimos para esta pesquisa dirigiu-se para a compreensão de como pode o indivíduo, na situação de doente, com as suas características próprias, sociais, culturais e religiosas, ver satisfeita a sua necessidade de assistência espiritual. Não poderíamos responder sem investigarmos quais seriam essas necessidades, pois dependendo da religião professada as necessidades relacionadas com a doença ou com os rituais fúnebres poderão variar. Para tal considerámos fundamental questionar as concepções de doença vigentes em cada confissão; as estratégias de apoio/respostas desenvolvidas perante a doença; a concepção de morte; e por fim as estratégias de apoio/respostas desenvolvidas perante a morte.

8.1– A construção social da doença

A forma como as religiões concebem e explicam a doença determina a sua interação com ela e condiciona a interação em caso de internamento hospitalar. A doença é uma construção social e histórica (Alves, 2011) e foi entendida de formas diversificadas ao longo dos tempos, relativas às coordenadas espaço-temporais. A saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança” (Bolander, 1998: 32 cit. In Araújo, 2004:50).

A pesquisa tem vindo a evidenciar que a doença, para além dos seus aspetos biológicos e emocionais é social e cultural. Neste sentido, culturas diferentes apresentam conceitos diferentes duma mesma realidade. “*As sociedades ocidentais tendem a perspetivar a doença como uma disfunção específica dentro do organismo causada geralmente, por agentes infecciosos, ou por fatores como o stresse ou qualquer outra ameaça à integridade do organismo. Já nas sociedades orientais, é evidente a forte ligação entre o corpo, a mente e o espírito. A doença é contudo, encarada como a manifestação de desequilíbrio energético do organismo*” (Araújo, 2004:53). O

conhecimento de que dispõem os agentes para explicar e lidar com a doença é contextual e subjetivo. Constrói-se na interação e revela fontes diversas onde se inclui a medicina, a religião, a natureza, etc (Alves, 2011).

E relativamente às confissões religiosas? Haverá diferenças no conceito de doença? Qual o papel da espiritualidade neste contexto? Os discursos obtidos refletem a opinião de líderes religiosos, quase todos com habilitações literárias acima da média e, na sua maioria, com respostas próximas da racionalidade científica. Os seus discursos aparecem marcados por esta mestiçagem entre a racionalidade científica, a racionalidade religiosa e a cultura que a transporta.

Vista como oportunidade de purificação e evolução espiritual no discurso da Igreja Católica, não deixa de ser vista como um dado da Natureza.

“Para os católicos são muitas coisas., são muitas coisas. Para a Igreja Católica a doença é um dado da natureza, sem qualquer significado espiritual mas com muita possibilidade, muita possibilidade de caminho espiritual.” (...)

“Que a doença é uma hipótese de purificação, mas é tudo no domínio da potencialidade. Eu gosto de falar da, da, da potência pascal da doença. Gosto de falar disso, gosto de falar de doença nessa perspetiva. Potência pascal. Mas... potência.” (Igreja Católica)

Do mesmo modo o representante da Igreja Metodista fala em crise enquanto oportunidade e não apenas como algo negativo.

“Doença sendo uma crise, ver até que ponto é que da crise se pode tirar qualquer coisa de bom. Como positivo. Quer dizer, uma prova em que fica aberta a esperança. Quer como um sofrimento mas que não seja um sofrimento, digamos, totalmente inútil. Em que a pessoa tire algumas lições. (...) Mas não há respostas universais e definitivas” (Igreja Metodista).

De um modo geral, a doença é entendida nesta dualidade e fidelidade à ciência e à religião que perfilham. Entendida, frequentemente, como castigo, como oportunidade de evoluir, de purificar, de aprendizagem espiritual, a doença não deixa de ser encarada na sua visão corporal, física, uma realidade que se impõe e com a qual é necessário lidar. É neste lidar que reside a

oportunidade de evolução pessoal e espiritual, simultaneamente individual e coletiva.

“Doença é um desequilíbrio biológico do nosso corpo. (...) Há algumas igrejas que consideram que a doença decorre de uma ação pecaminosa. Essa não é a nossa posição. (Igreja Lusitana).

“O ser humano foi criado por Deus mas insurgiu-se contra Deus, portanto tornou-se desobediente e daí todos os males da humanidade, inclusive a própria doença. Embora, claro, a doença e conseqüentemente a morte também tem, também e sobretudo, razões essencialmente físicas e biológicas.” (Igreja Evangélica Alemã)

“Eu acho que pode haver várias respostas, dependendo do contexto. Para dizer bem qual é o contexto é preciso saber bem a história da pessoa e como nós normalmente, não sabemos a história verdadeira da pessoa, não podemos julgar de forma correta. Por isso dizer se é castigo ou é tipo para que a pessoa encontre o caminho.... Não sei. Eu acho que a cruz de cada pessoa está dada devido... do tamanho das costas. Se alguma situação então já há forças dentro da pessoa para ultrapassar esta pessoa, esta situação com dignidade” (Igreja Greco-Católica)

“Consideramos que somos parte do corpo de Cristo e como tal, a doença deve ser encarada e vivida com dignidade” (Igreja Ortodoxa de Constantinopla).

“A doença para nós, como é dito, tem essa regra, é para purificar o doente, mesmo. Para não pensar isso, assim... e também como ele é muçulmano, cada um de nós tem o seu prazo, tem o seu tempo. Se chegar esse tempo aqui, todo o mundo se juntarmos, não podemos adiar isso. E se não chegou também, não podemos apressar esse...” (Islamismo)

“Há doenças que são claro, de facto, de influência psicológica e mesmo espiritual e outras que são físicas. E uma coisa tem implicação na outra.” (Judaísmo)

“P – Nomeadamente em relação à doença e à morte o que é que o Budismo traz de novo, ou não?”

“A única coisa que ele traz de novo em relação à doença e à morte é o facto de nós aceitarmos isso com sendo uma realidade da vida”... “essas coisas acontecem e são inevitáveis” (Budismo)

*“A interpretação é mais biológica, física. A doença é do corpo”
(Hinduísmo)*

8.1.1- Estratégias de apoio/ respostas desenvolvidas na doença

A doença é uma realidade incontornável que fragiliza quem dela sofre e inevitavelmente envolve os mais próximos. A solidariedade e a empatia dos demais torna-se um fator facilitador para uma melhor qualidade de vida do doente. A religião desde sempre assumiu responsabilidade no acompanhamento e na disponibilidade ao serviço dos sofredores, como vimos anteriormente neste trabalho.

É relevante encontrarmos nas diferentes confissões religiosas, incentivos à prestação de cuidados aos doentes, como forma de evolução espiritual e comunitária: aos praticantes de ações caritativas relativamente aos doentes, serão perdoados os pecados por exemplo.

As estratégias desenvolvidas em cada confissão têm subjacente esta posição incentivadora de visita aos doentes, do cuidar dos doentes, do mimar os doentes, do apoiar os doentes e suas famílias, integrando-os e desta forma contrariando ‘o desvio’ à norma que a situação de doença impõe, tal como Parsons nos descreveu através do seu conceito de papel de doente (Parsons, 1951) e outros autores, a partir dele, desenvolveram.

“P – E tem o hábito de visitar o doente?”

R – Também, é uma das Mitzvot. O que são as Mitzvot é boas ações, digamos assim, traduzido do hebraico, é boas ações. Uma das boas ações é precisamente visitar os doentes, auxiliar no que podemos auxiliar e ajudar no que podemos ajudar e acompanhar de alguma forma” (Judaísmo)

“Maomé disse: se um muçulmano foi visitar um doente de manhã, então os pecados dele, todos, é perdoado durante o dia. Se

ele voltou também à tarde esses doentes, à noite todo o pecado que ele fez é perdoado” (Islamismo)

Orações próprias realizadas com, sobre ou pelo doente, encontram-se em todas as Igrejas Cristãs e todas as Confissões entrevistadas. É comum a crença de que o auxílio divino propicia melhoras mais rápidas ou desfechos menos penosos.

As orações apresentam-se aqui como estratégias de tratamento e cura, a par do tratamento médico. Estas orações podem ocorrer em dois lugares distintos: junto do doente, por ele e com ele e nos templos de cada confissão religiosa, onde semanalmente essa petição pela cura é realizada. É referido o conforto e bem-estar que proporciona. Contudo, nenhum dos nossos entrevistados fala na cura pelo milagre ou intervenção divina.

“Porque nós oramos para que a pessoa fique... tenha uma recuperação rápida. Claro que não depende só das orações. Depende do tratamento, depende da sorte da pessoa como for, portanto, da gravidade da doença. Mas, claro que orações há sempre.” (Hinduísmo)

“(...) todos os Sábados de manhã temos uma oração específica, temos algumas orações específicas, a pedir a Deus ajuda para várias coisas para a Comunidade, para as pessoas, para o mundo, para a paz e uma delas é para os doentes. Temos uma oração que ao Sábado de manhã se realiza em todas as comunidades do mundo, em todas as Sinagogas em que apelamos para a saúde e para a recuperação das pessoas doentes.” (Judaísmo)

“Claro que quando são casos mais graves, é mais o apoio no sentido espiritual. Os casos mais leves, é um companheirismo, um desabafar” (...) “Pode haver uma leitura da Bíblia, simples, um texto bastante curto, e às vezes uma oração. Pouco mais do que isto. Em casos raros, pode-se levar a eucaristia ao doente, mas no hospital não é muito frequente” (Igreja Metodista)

“P – Quando vão ao Hospital, rezam junto do doente? Leem leituras da Bíblia?”

R – Claro. Claro. O padre, esse é trabalho do padre.” (Igreja Greco Católica)

“Mas eles esperam de um presbítero, ou do Bispo, naturalmente o apoio religioso o apoio espiritual se não quiser chamar religioso. Mas que é materializado em atos religiosos, neste caso a oração.”

“P – Que efeito sente nos doentes depois de uma visita?”

R - Creio que pela necessidade, ou melhor pelo modo que eles explicitam a necessidade que nós continuemos a ir, dá a impressão que se sentem bem” (Igreja Lusitana)

“Oração com e sobre o doente. (...) Conversa sobre o problema que o preocupa, a doença,... (...) O contacto humano, o conforto, o “estar lá”, dá mais ânimo, mais coragem, modifica às vezes a forma de encarar a situação.” (Igreja Ortodoxa de Constantinopla)

A necessidade premente desta atenção é expressa na avidez com que o doente acolhe os seus assistentes espirituais e na paz que essas visitas lhes transmitem. A abertura do hospital ao maior número de confissões possível, possibilita essa experiência a um universo cada vez maior.

“No sofrimento é importantíssimo que o apoio seja dado por aqueles em quem a pessoa se reconhece. Porque é no sofrimento que o desabrigo, que a solidão e que a solidão espiritual também mais se sente, mais gravosa se torna. Nessa perspectiva, eu ser acompanhado pelos meus, é muito diferente de eu ser acompanhado por uns quaisquer” (Igreja Católica)

“Era uma senhora numa igreja evangélica, (...) que se recusou simplesmente a comer,...) A única coisa que ela queria era falar com o pastor.(...) A irmã Fernanda conseguiu encontrar o pastor, o Pastor veio às tantas da noite, ela ficou radiante, ficou em paz e começou a colaborar.” (Ent. Expl. N°1)

Questionados acerca das expectativas do doente perante a assistência religiosa, é comum a necessidade de pertença a uma comunidade evivada pela bondade de um Deus que, mesmo que durante a maior parte da vida do doente tenha estado esquecido, num momento de vulnerabilidade é lembrado e desejado. Crenças e vivências religiosas trazidas da longínqua infância

recuperam uma importância e tornam-se determinantes para lidar com a doença. Apaziguar, afastar o medo, proporcionar uma interpretação explicativa da situação que estão a vivenciar, integrar no curso da vida a situação, são consideradas outras 'curas', para além das do hospital.

“P – O que é que o doente está mais à espera? Duma celebração, dum apoio espiritual, dum apoio humano, ...”

“R -Apoio espiritual, e humano também (...) A tolerância do Islamismo. (...) Essas orações que são do nosso culto. Mais ou menos dois minutos, um minuto e meio. (...) Respeitando ele e consideramos que ele é o mais importante naquele tempo. E assim mesmo e dizemos-lhe também para não ter medo. Isso também está a dizer o Profeta Maomé, está a dizer também que é outra cura. Sossegar, dar-lhe boas palavras, no coração dele como deve ser. Isso, também ajuda ele” (Islamismo)

“Aquilo que sinto que pedem mais é um reconhecimento de si próprios na etapa da vida que estão a viver. E este reconhecimento depois tem várias concretizações. Para alguns, este reconhecimento traduz-se em serem reconhecidos numa vontade, que às vezes até se envergonham, de recuperar raízes religiosas deixadas muito lá para trás. Isto é muito frequente. Para outros, o reconhecimento é conversar com o ministro da sua Igreja, nomeadamente, falo da Igreja Católica, conversar com o Padre e ter a possibilidade de celebrar a reconciliação, confissão, como vulgarmente se diz. Celebrar e viver na doença os Sacramentos próprios da vida de quem está doente. Para outros é serem reconhecidos na sua carência de diálogo, na sua carência de um diálogo que lhes permita interpretar o que estão a viver, que lhes dê uma possibilidade de aceder a uma qualquer fonte de sentido para aquilo que estão a viver” (Igreja Católica)

“Creio que pela necessidade, ou melhor pelo modo que eles explicitam a necessidade que nós continuemos a ir, dá a impressão que se sentem bem.” (Igreja Lusitana)

O Budismo não refere a oração a interceder pelas melhoras do doente, revelando uma atitude menos sujeita à intervenção divina.

“Não é propriamente que o Budismo tenha uma conceção filosófica acerca do que é a doença ou a morte diferente é simplesmente que um Budista procura integrar essas realidades na sua vida” (Budismo)

8.2- Conceção de morte

A eminência do fim apresenta-se como uma ameaça omnipresente para o ser humano e, irremediavelmente, “o medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte” (Kovacs, 1995:15). O conceito de morte encontrado nos discursos é importante na forma como responder a este medo. “A religiosidade tem cumprido um papel preponderante nas questões relativas as visões da morte, oferecendo aos indivíduos visões positivas da morte,... o que conferiria um sentido para a morte” (Diniz, 2009:111).

As Igrejas Cristãs convergem na esperança da Ressurreição. Acreditam que, após a morte, viveremos numa outra vida melhor que esta. A morte será uma passagem, um virar de uma página para “entrar num outro capítulo”, para uma vida que não terá fim. Apenas encontrámos uma diferença nos discursos recolhidos: enquanto o representante da Igreja Católica defende que morremos completamente, espírito e corpo, para ressuscitarmos completamente também, outras igrejas cristãs defendem que apenas o corpo tem um fim, já que o espírito se mantém.

“A Igreja Católica não defende a imortalidade. Defende a morte e a ressurreição. Agora, há muita linguagem equívoca sobre isso., que lança... há muita gente a falar da imortalidade. Mas não há nada imortal em nós. Nós somos integralmente mortais e integralmente havemos de ressuscitar. Não há um corpo que morre e uma alma que permanece... há uma pessoa que morre. Uma pessoa corpórea e espiritualmente constituída que morre e que corpórea e espiritualmente constituída que ressuscita” (Igreja Católica)

“Em princípio nós acreditamos que depois da morte há a Ressurreição. A morte é a continuação essencial da vida...(..) A morte é só no corpo mas morte do espírito não há. Mesmo que uma pessoa não vá à igreja nem nada ela também tem o seu espírito. E ele morre só portanto no corpo”. (Igreja Greco-Católica)

“E como disse Cristo, o julgamento seria feito assim, se a pessoa dava comida àqueles que tinham pouco, dava àqueles que tem necessidade, então devem entrar no Reino de Deus” (Igreja Greco-Católica).

“A morte, aquilo que eu às vezes digo nos funerais, não é o fim de um livro, é o virar a página e entrar num novo capítulo” (Igreja Metodista).

“Morte para nós é uma condição natural da nossa humanidade (...) a morte não constitui exatamente o corte com toda uma vida. É apenas um modo de viver diferente” (Igreja Lusitana).

“R – É exatamente igual à da Igreja Católica Romana. Não temos aí diferenças. Exatamente igual.

P – Esperam a Ressurreição...

R – Sim, sim. Absolutamente. Absolutamente. Aí é tudo igual. A remissão dos pecados e a ressurreição dos mortos, não há diferença, em relação à vossa Igreja.” (Igreja Evangélica Alemã).

“Sabemos que a nossa vida aqui é temporária, logo, é a passagem para a Vida Eterna, na qual nós acreditamos.” (Igreja Ortodoxa de Constantinopla).

Também o representante do Islamismo nos mostra a posição da existência de vida após a morte que culminará com a recompensa de quem praticou boas ações e com o castigo de quem foi infiel.

“O Islão tem aquela fé que temos um dia de Juízo final onde Deus vai ressuscitar todas as almas. Todas as pessoas, para serem julgadas pelo que tinham feito aqui no mundo. (...) Nós acreditamos no Inferno e também na Glória. No Inferno e também temos essa fé que Deus também pode perdoar. É perdoador, indulgente.” (Islamismo)

O Judaísmo acredita na viagem da alma para o Eden e posterior ressurreição do corpo, pelo que este não pode ser manipulado, depois de enterrado, para que HaShem reconstitua o ser humano completamente

“Para nós a morte é muito clara. Para nós a morte é uma transformação. (...) A morte é um estado. A vida é o fator mais importante e a morte é um estado. Acreditamos que quando morremos entramos num estado, se quisermos, de stand by. Acreditamos que a alma se separa do corpo e viaja para o Eden, para outro local. (...) Porque consideramos que há um osso, há um osso no corpo humano, que é este osso aqui de trás (o entrevistado aponta para a nuca) na nuca, a partir do qual HaShem reformará,

reconstituirá a pessoa, o ser humano, o corpo. Portanto, não podemos destruí-lo.” (Judaísmo)

Já o Budismo e o Hinduísmo acreditam na sucessiva reencarnação. Segundo o Hinduísmo, o indivíduo através do seu comportamento na Terra, dos Karmas praticados, alcançará um melhor ou pior estatuto na reencarnação seguinte.

“Acredita em várias vidas, portanto numa sucessão de vidas.”... Esta que nós temos também já é depois doutras” (Budismo)

“A morte é... se há alguma coisa certa na vida é a morte. Só não sabemos quando, como e onde. Quem nasce, morre. É um ciclo. Portanto a pessoa terá de estar preparada para a morte. (...) Aceitam com naturalidade, até agradecem que, olhe, minha mãe viveu 90 anos ou viveu 100 anos, agradecem e dizem olha, viveu mais do que nós estávamos à espera... Claro podemos sentir falta, teremos saudades, eternamente, isto é natural. (...) Os hindus acreditam na reencarnação. Atendendo aos seus karmas, se têm praticado uns Karmas, naturalmente renascerá em ser humano, ou então em alguma espécie de animal. Acreditam na reencarnação.” (Hinduísmo)

8.2.1- Estratégias de apoio/respostas desenvolvidas perante a morte

Na contemporaneidade, sobretudo nas sociedades ocidentais, emergiu uma realidade que levou à distanciação entre o ser que morre e os que conviveram com ele em vida, a morte não ocorre mais na casa, na família, na proximidade quotidiana. Ela está distanciado da vida e mostra-se como antítese dela. *“Em Portugal, (...) aproximadamente 80% dos óbitos ocorrem em unidades hospitalares”* (Serrão,1998:86). Discreta e lentamente, ao longo dos últimos anos a morte assumiu uma invisibilidade que torna a vida do indivíduo incompleta. Ninguém vive se não nasceu mas da mesma forma, a vida só se completa com a morte.

Comparando dados recolhidos, na segunda metade do séc. XX, pela psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross e os discursos que encontramos nesta nossa pesquisa, concluímos que o Homem reage de forma semelhante em

geografias ou tempos bem diferentes. Podemos ler numa das suas obras “ *«Sei que tenho muito pouco tempo de vida, mas não contem isso à minha mulher, porque ela não suportaria isto»*. Quando conversamos com sua mulher ela repetiu praticamente as mesmas palavras. Os problemas entre os pacientes e os familiares devem ser solucionados para que o paciente consiga evoluir bem para aceitação da morte eminente diminuindo o sofrimento para ambos; paciente e familiar” (Kübler-Ross, 1969:16). E ainda: “*Durante o processo é importante que o paciente e seus familiares consigam sanar antigas desavenças ou esclarecer situações que levaram ao aparecimento de culpa ou ate mesmo aquele sentimento de ter falhado para com o paciente, sentimento frequente entre os familiares. A presença de um dos membros da equipe, um medico de confiança ou mesmo um amigo intimo que possa intermediar e estimular a solução destes problemas será de grande beneficio ao paciente e seus familiares*” (Kübler-Ross, 1969:16). O mesmo se encontra nos discursos dos nossos entrevistados.

“A maior parte não tem coragem. A impressão que eu tenho. A maior parte não tem coragem de, por dito clínico ou por intuição dele, dizer eu tenho um dia ou dois de vida. Não se explicita isto. Vê-se no rosto, interpreta-se por meias palavras” (Ent. Expl. 4).

“ Muita gente desavinda, muitos anos, fazia as pazes ali... Quer pelo sacramento da comunhão e até da santa unção, em que as famílias acabavam por se reconciliar” (Ent. Expl. 4).

“Este trabalho, quando é possível, em que o próprio doente se põe nas mãos de Deus, “Nas Tuas mãos entrego -Te o meu espírito, faz Tu o que for preciso”. Morre mais em paz. Na minha experiência que eu tenho sentido, é raro mas quando um doente tem uma grande vivência cristã e sente-se ajudado pelos irmãos, é muito mais tranquilo, muito mais em paz” (Ent. Expl. 1)

A sociedade moderna dessocializou a morte, retirou-a do contexto familiar e institucionalizou-a, retirando-a do espaço privado e íntimo para o espaço público despersonalizante: o Hospital. (Henriques, 1993 cit. em Teixeira,2006).

“Perde-se a humanidade no morrer, perdendo-se a humanidade no morrer perde-se a humanidade no viver. Discute-se tanto em torno da dignidade e eu para mim acho que essa palavra é uma palavra que permite discussões muito, muito abstratas sobre o que é morrer e sobre os compromissos e os deveres e os direitos, e por aí fora... eu prefiro discutir a questão em termos da humanidade do morrer. E hoje assiste-se a muito morrer inumano. Eu, pessoalmente, considero que tudo o que seja tirar a morte é inumano. (...) Tal como é inumano, essa conspiração obscena de silêncios e mentiras em torno dos doentes, para que eles não percebam que estão a morrer. Isto é inumano. É não permitir que... é não permitir... é frustrar a vida é retirar o seu epílogo.” (Igreja Católica Romana)

O momento da morte é uma inevitabilidade que pode ser auxiliada pela vivência religiosa e, quando isso acontece, seguem-se rituais, mais ou menos complexos, para dar continuidade à vida que se perpetua noutra dimensão. Neste momento de dor, é essencial o respeito pelo cumprimento das tradições e a compreensão por parte de quem detém o poder relativamente a procedimentos que, mesmo sendo estranhos para a nossa sociedade, são legítimos e incontornáveis para os familiares do defunto.

Nos discursos das Igrejas Cristãs, encontramos, nesta categoria de análise, referências às orações próprias para o momento do funeral. É mencionada a liturgia utilizada por cada Igreja para fazer a despedida do corpo.

“Isso depende muito da família (...) Nós aí não temos regras, respeitamos muito a vontade da família porque é uma fase de grande sensibilidade para a família e portanto, o que a família disser, a não ser que houvesse qualquer conflito muito estranho, mas em geral respeitamos a vontade da família. (...), bom há um esquema mínimo litúrgico mas tem de haver alguma flexibilidade conforme o caso” (Igreja Metodista)

“O corpo é levado da igreja para o cemitério onde terá lugar o rito do enterramento. (...) Nós somos uma igreja litúrgica, está a perceber? Portanto estas coisas para nós são fundamentais.” (Igreja Lusitana)

Os representantes da Igreja Greco-católica acrescentaram à Liturgia a preocupação de, se necessário, ajudarem a família a levar o corpo para a terra natal, onde se reencontrara com os antepassados.

“P – Por isso estávamos a falar da morte, o corpo é tratado normalmente, e depois há uma cerimónia litúrgica, religiosa, antes do funeral e costumam utilizar os cemitérios daqui para as pessoas que cá morrem?”

R – Sim.

P – Ou enviam-nos nos para a Ucrânia?

R – Depende, se a família está aqui, se tem aqui família... mas claro qualquer um quer ir para lá para os avós. ... Quando está uma pessoa com um bocado de idade, quer ir.... Nós ajudamos, ajuda financeira...” (Igreja Greco-Católica)

O Judaísmo, após os rituais que envolvem o ato de lavar e vestir o defunto segundo as regras, têm a preocupação de enterrar o mais rápido possível o corpo e mantê-lo intocável até ao momento do Juízo final em que HaShem o há-de ressuscitar. Esta determinação religiosa entra em litígio com as regras portuguesas que exigem que o funeral seja realizado, pelo menos, 24 horas após a morte e preconizam a remoção das ossadas ao fim um determinado tempo.

“Mas o que acreditamos também é que um dia, um dia, todos os mortos, todos os corpos, todos os mortos, voltarão a ressurgir. (...) E por isso é que há uma regra no Judaísmo, que é distintiva das outras (...) comunidades, quanto sei, é que o Judaísmo, o funeral, o enterro tem de ser na terra e a campa não pode ser mexida. (...) Isso traz-nos aqui um grande conflito com as autoridades locais, porque em Portugal a lei obriga que ao fim de xis anos, os restos mortais sejam removidos. (...) Nós não aceitamos. (...) Porque consideramos que há um osso, há um osso no corpo humano, que é este osso aqui de trás (o entrevistado aponta para a nuca) na nuca, a partir do qual HaShem reformará, reconstituirá a pessoa, o ser humano, o corpo. Portanto, não podemos destruí-lo.”

“P – Qual é o ritual, após a morte, qual é o ritual que um judeu deve seguir?”

R – Sim, sim. Nós temos um respeito muito grande pelo corpo, o ritual passa pela lavagem do corpo, pelas vestes do corpo e

depois, porque temos muito respeito pelo corpo e pela alma, que pertence a esse corpo, a quem o corpo pertencia, portanto o funeral deve ser feito o mais rápido possível.” (Judaísmo)

Para um Hindu é importante o ato de vestir o defunto, havendo pessoas destacadas para este trabalho, com funções específicas conforme o sexo. Os Hindus são todos cremados e evitam ser autopsiados como ato de respeito para com o corpo.

“Uma senhora indiana veste Sari. E não é qualquer pessoa que pode vestir essa senhora Sari. A não ser que seja uma senhora indiana (...) Quando é um homem, claro também há voluntários para tratarem deste tipo de trabalho. (...) Os Hindus são todos cremados.” (...) “Os hindus evitam que haja autópsia. Quando a morte é natural, e que é verificado e é comprovado pelos médicos, os hindus evitam a autópsia, por uma razão simples a pessoa já sofreu o que tinha de sofrer. (...) Em casos de extrema necessidade, suspeita de homicídio, claro que aí não nos vamos opor, de maneira alguma” **(Hinduísmo)**

Dos discursos recolhidos o mais rico em pormenores acerca do ritual fúnebre foi o do representante do Islamismo. Os fiéis islâmicos obedecem a normas muito específicas de lavar, vestir e enterrar o corpo, procurando orientá-lo para Meca e colocando o corpo dentro do féretro numa posição particular.

“E aqui é lavado como deve ser. E assim tudo, mas mulher é que lava mulher. Homem é que lava homem. Familiares. Então assim, aqui foi. Então pusemos aqui o caixão e embrulhámos em 3 panos. Três panos, então o caixão vai ser perfumado como deve ser. E tudo isso, nós vamos assistir a uma missa, uma oração específica, para um fúnebre. Assim, como nós aqui não temos cemitério específico para os muçulmanos, vamos lá pedir que ele vai deitar assim (de lado, com um braço estendido ao longo do corpo e o outro dobrado com a mão sob o rosto) para ver a direção. A mão direita.” (Islamismo).

As especificidades acima relatadas revelam a importância que a morte representa para cada confissão religiosa e a pertinência do cumprimento das regras ditadas pela sua Fé. O indivíduo falecido só poderá alcançar a paz eterna se forem cumpridos todos os preceitos e a comunidade a que pertenceu em vida, tudo fará para respeitar esses princípios. Para um Hindu ou um

Islâmico, tão desenquadrados das normas vigentes na nossa sociedade, pode tornar-se angustiante a simples dúvida de não poder cumprir as normas da sua religião.

Daqui se depreende como é reconfortante para cada um destes crentes a atitude de respeito por parte dos profissionais do Hospital de S. João, já mencionadas anteriormente neste trabalho.

Capítulo IX - Relação das Confissões Religiosas entrevistadas com o Hospital/Capelania

Um dos objetivos desta investigação foi o de perceber como se articulam as confissões religiosas entre si e particularmente com a Igreja Católica, igreja privilegiada no contexto hospitalar. Para compreender esta interação e as suas, consequentes, implicações na assistência religiosa dos doentes, utilizámos as seguintes categorias de análise: Participação na estrutura da capelania; Acesso e atendimento aos doentes; Participação em celebrações conjuntas; Participação em formação; Relações interpessoais.

9.1- Participação na estrutura da Capelania

A Capelania do Hospital de S. João que, ao longo das últimas décadas, evoluiu no sentido de uma enorme e complexa estrutura que procura responder às variadas solicitações de uma comunidade muito peculiar, como é a hospitalar, em 2003 assumiu a iniciativa da promoção do diálogo inter-religioso. Aproximou-se das igrejas cristãs mais abertas ao diálogo e ao movimento Ecuménico e procurou, de alguma forma, integrá-las no trabalho da Capelania. *“Já desde o ano 2000 que, uma vez por ano, as várias Igrejas se reuniam em oração pelos Doentes e com os Doentes na Capela do Hospital. Com o Grupo de Contacto Ecuménico pretendia-se “à oração em comum, juntar ação em comum”, como se dizia no guião da celebração, acrescentando-se: “Ao Grupo de Contacto competirá estudar os passos concretos a dar para essa ação ecuménica ao serviço dos que sofrem”.*(Comissão Ecuménica do Porto)

“(...) Logo em 99, se fez a primeira celebração ecuménica. Isto é, aquilo que dissemos foi uma frase simples que nos tem acompanhado desde aí, “Uma casa plural, a Capela quer ser um lugar de todos”. Sendo uma capela católica quer abrir-se a todos e reconhecendo o pluralismo desta casa”. (Igreja Católica).

Foi criado o Grupo de Contacto Ecuménico, formado por representantes da Igreja Católica Romana, Igreja Evangélica Metodista, Igreja Evangélica Alemã, Igreja Lusitana, Igreja Ortodoxa de Constantinopla e mais tarde a Igreja Ortodoxa Russa. Este grupo elegeu dois representantes para assistirem às reuniões do Conselho Pastoral: a enfermeira Isabel Cristina da Igreja Católica e um representante da Igreja Lusitana.

“Relativamente ao grupo de contacto ecuménico os nossos encontros, digamos, são pontuais, não são mensais. Eu e um representante da Igreja Lusitana que foi nomeado, na altura, pelo Grupo de Contacto Ecuménico e representa este grupo sempre que há conselho pastoral, como assistente.” (Ent. Expl. Nº1)

Muito embora este Grupo tenha apenas funções consultivas, é já um avanço relativamente a todo o historial de assistência espiritual.

“Tem sido mas mais no sentido de divulgação e consulta. A decisão no fundo, eu creio até que cabe mais aos próprios administradores hospitalares que ao padre. Agora têm tido a lealdade de haver reuniões consultivas” (Igreja Metodista)

“Foi nomeado um padre que tínhamos aqui, que agora até está bastante doente, foi nomeado para isso, até que um dia viemos a saber que afinal essa estrutura não tinha qualquer efeito, digamos, decisório no que quer que fosse, mas apenas era uma estrutura, digamos de natureza, consultiva.” (Igreja Lusitana)

Apesar da quase insignificante participação na gigantesca máquina, os discursos revelam a importância que as Igrejas atribuem ao facto de, finalmente, se terem tornado visíveis.

“P – A vossa Igreja também pertence ao Grupo de Contacto Ecuménico...”

R – Sim, sim, sim. O nosso Grupo Ecuménico foi constituído, salvo erro, em 2005, e estão representadas todas as Igrejas Cristãs.”
(Igreja Evangélica Alemã)

“Membro da Comissão Executiva Honorária.”
(Igreja Ortodoxa de Constantinopla).

“A iniciativa foi do Capelão do Hospital, (...) não sei talvez já há uns 10, 12 anos, pelo menos. Ele mostrou uma certa abertura, convidou representantes de várias Igrejas, e tem tido uma certa regularidade, que geralmente são, vá lá, no máximo, 2, 3 reuniões por ano. No ano passado, talvez um pouquinho mais porque houve um convite quando foi a abertura do novo hospital pediátrico, o Joãozinho. Também fomos convidados para isso. No ano passado talvez um pouco mais que o habitual. Mas o normal é haver 3, 4 reuniões por ano.”
(Igreja Metodista)

“ Eu recordo-me de ter sido chamado, quando nós fomos lá chamados para analisar este projeto, ou anteprojecto, porque nem projeto havia, enfim, mas era uma espécie de declaração de intenções, pareceu-me que, estava lá indivíduos de diversas ... estavam lá judeus, estavam lá islamitas, até estavam lá budistas. Uma senhora budista.”
(Igreja Lusitana)

O objetivo último do impulsionador deste projeto, como Coordenador Nacional das Capelanias, será alargar o conceito a todo o país e envolver muito mais confissões religiosas.

“Temos a permanente comunicação com as outras Igrejas, e depois temos a transposição disto para o nível nacional. Que foi daqui que as coisas nasceram. Já se hoje temos o grupo de trabalho inter-religioso de saúde, que agrupa tudo o que há, toda a gente que aceita sentar-se à mesa com os outros, estão lá, representados ao mais alto nível, se hoje existe é porque existe esta caminhada no Hospital de S. João. Não é vã glória, isto. Tanto é assim que quando foi a nova Lei eu já os conhecia a todos.”
(Igreja Católica)

Apesar da positividade dos discursos, do consenso na bondade da nova estratégia e da participação mais ou menos empenhada de muitos, há a questão dos que não estão presentes. Muitos são ainda aqueles que não estão

contemplados quer no Grupo de Contacto Ecuménico, quer nos encontros inter-religiosos. Qual a explicação para tal facto? O Capelão do Hospital lamenta o afastamento e alguns dos entrevistados corroboram essas preocupações. Segundo o Capelão do Hospital, algumas comunidades ainda não foram abordadas porque são habitualmente difíceis de integrar em trabalhos conjuntos. Refere ainda que há critérios definidos por lei que não permitem que grupos com determinadas características tenham livre acesso aos doentes, pois proselitismo ou mercantilismo são inadequados no ambiente hospitalar.

“Até agora nós ainda não abordámos toda a gente. Porque até agora deixámos de fora aqueles que habitualmente nunca aderem a nada. Depois também há uma série de critérios fundamentais para aderir a isto. Primeiro as pessoas têm de se reconhecer no espírito do decreto-lei que regulamenta isto. Significa que não podem ser proselitistas, não podem ser mercantilistas, milagreiristas, digamos assim, e não podem ser sectaristas, sectárias” (Igreja Católica)

O representante da Igreja Lusitana e o da Igreja Metodista confirmam as dificuldades encontradas na interação com igrejas menos respeitadoras das regras inerentes à assistência religiosa nos hospitais.

“Conhecendo como eu conheço alguns dos modos de estar de algumas igrejas, algumas pessoas, realmente é preciso ter um certo cuidado porque são pessoas que através de um certo radicalismo religioso, as suas posições, muitas vezes ultrapassam...” (Igreja Lusitana)

“O Padre Nuno chegou a ter problemas, e nesse aspeto não fazem, parte, com alguns elementos da Igreja Universal, que iam lá visitar uma pessoa a aproveitavam e quase que faziam um culto para a enfermaria toda. Isso aí foi um certo abuso da liberdade religiosa” (Igreja Metodista)

Encontrámos ainda a referência a Igrejas que, apesar de se não incluírem naqueles que ultrapassam os limites estabelecidos, não participam por opção própria. São apresentados como grupos bastante fechados sobre si, que temem ou discordam de ações conjuntas com outras igrejas.

“O nosso Grupo Ecuménico foi constituído, salvo erro, em 2005, e estão representadas todas as Igrejas Cristãs, menos a Igreja Baptista, que é assim, não é muito ecuménica” (Igreja Evangélica Alemã).

“E depois aquelas igrejas Evangélicas mais conservadoras não ecuménicas, não colaboram. Umas porque não querem, mesmo que fossem convidados, outros nem sequer vale a pena convidar que já se sabia como iam reagir.” (Igreja Metodista)

“Se formos a ver, digamos, as várias Igrejas, estou a falar só de Igrejas em Portugal, há as Igrejas ecuménicas, que são as que estão reunidas no COPIC, ou à volta do COPIC, Conselho Português, há as que estão na Aliança Evangélica que a maior parte delas não são ecuménicas, e algumas inclusive são anti-ecuménicas. A nível de cristãos há estas 3 tendências quanto a mim. E depois aqueles movimentos que vêm do Brasil e da América. Os Mórmons e a Igreja Universal e tal, mas esses não estão metidos em nada. Trabalham de forma absolutamente na sua concha. Num estilo que não dá para encaixar com os outros.” (Igreja Metodista)

Um outro grupo que poderia e deveria ser representado nos espaços de diálogo seria o dos ateus. Esta presença serviria para, caso houvesse indivíduos ateus internados, lhes fossem disponibilizadas estratégias de assistência na doença adequadas às suas necessidades e preferências. A Capelania lamenta as dificuldades encontradas no diálogo com alguns ateístas mais radicais que representam o movimento, cujas posições, na opinião do entrevistado não correspondem às dos ateus com quem convive habitualmente.

“São os nossos grandes desgostos é não pudermos entabular diálogo com essas entidades...(…) É também a atitude...é isso e é também a posição dos ateus. (...) São intolerantes. É difícil dialogar com elas porque estão sempre no contra. (...) Claro que é diferente falar dos ateus e eu conheço muitos e tenho-me relacionado com muitos aqui no hospital, à hora da morte, até. É diferente isto, daqueles grupos...(…) Ultra radicais e ultra minoritários, mas que depois reivindicam e são o rosto do ateísmo...(…) É com profundo desgosto que digo isto.” (Igreja Católica)

9.2- Acesso e atendimento aos doentes

O acesso aos doentes por parte de assistentes espirituais não católicos tem sido uma realidade no Hospital de S. João, mesmo antes de toda esta caminhada. Todos os discursos deram disso conta. A interação entre os representantes das confissões religiosas e os membros da Capelania tem

tornado possível a boa prática verificada. O Capelão é, contudo, o intermediário. É ainda relevante referir que as igrejas cristãs não católicas representadas no Grupo de Contacto Ecuménico e entrevistadas neste trabalho têm um número tão exíguo de membros que a necessidade de visitas ao Hospital se torna muito pouco frequente. A Igreja Evangélica Alemã refere mesmo nunca ter tido ninguém internado, pois pela sua localização geográfica e pela sua condição económica os internamentos no H.S.J. não ocorre. Entre as confissões não cristãs, apenas o Islamismo, com a sua numerosa comunidade, usufrui de forma mais significativa do direito de assistência ao doente.

“Se, por exemplo, houvesse um doente que pedisse no S. João que o Padre iria entrar em contacto comigo. Ele tem o meu número de telefone, eu tenho o dele, portanto, não haveria qualquer problema.”

“No Hospital por acaso nunca aconteceu. Não sei porque razão mas as pessoas... não há um número muito expressivo e depois se calhar...as pessoas é mais com os familiares... não sei. Não sei explicar” (Budismo)

“Eu já tive pessoas da família, várias pessoas da família hospitalizadas, no Hospital de S. João. (...) Posso dizer que nunca encontrei obstáculos nenhuns nem por parte dos médicos nem por parte das enfermeiras. (...) Compreensão enorme. Facilidade, toda a facilidade necessária, de visitas, compreensão de uma religião diferente.” (Hinduísmo)

“Porque realmente no Hospital de S. João, nunca houve problema de espécie nenhuma. Inclusive, o acesso aos médicos e tudo. Por isso foi um Hospital que, quanto a mim, tem funcionado bastante bem. (...) Posso ir por outros motivos, acompanhar alguém a uma consulta, mas visitar doentes talvez 10 a 12 vezes por ano (...) Na própria enfermaria (...) Geralmente é à cabeceira. (Igreja Metodista)

“Da nossa Igreja não temos nenhum doente lá. Nem nunca, praticamente, nunca teremos.” (Igreja Evangélica Alemã)

“Podemos ir semanalmente se porventura tivermos lá alguém. (...) Não temos. Graças a Deus por um lado mas por outro lado é mau porque quer dizer que não temos assim tanta gente. Ou então os nossos são muito saudáveis.” (Igreja Lusitana)

“Também me acontece a mim pessoalmente quando vou a sair do hospital e encontro o bispo da igreja metodista a chegar que vai ver uma doente, um ministro ou um pastor doutra igreja e quantas vezes não fui eu com ele. Rezamos, por esta doente, pelas suas melhoras e portanto era não só, dar um testemunho, não só para aquele doente mas para toda a enfermaria.” (Ent. Expl. Nº1)

“ A irmã Fernanda conseguiu encontrar o Pastor, o Pastor veio às tantas da noite, ela ficou radiante, ficou em paz e começou a colaborar.” (Ent Expl. Nº1)

“P – Mas têm entrada fácil no Hospital? Ninguém impede? Não há problema?

R – Não lá todos estão a dizer... respeitar as regras postas para as instalações. (...) Vamos lá mandar duas pessoas ou três porque todos não vamos ir. (...) Vamos lá então depois disso fazer esse relatório, (...) Todas as semanas... (Islamismo)

“Com, até aquela pessoa que estão lá a trabalhar. Se nós apresentamos a nossa missão, não é? Logo nos aceitam, logo. Então, dão-nos, se o doente não pode deslocar, eles têm uma sala, que essa sala, utilizamos também se é muitos ou duas pessoas. Para recolhermos eles lá. E se ela a pessoa doente não pode então, ficamos lá com eles, não é? Levamos frutos, e assim. Mas comida como já sabe, não é, quer dizer, estão a dizer, nós cozinhamos aqui porque eles já sabem o que é que o doente pode comer. Mas fruta levamos e leite, às vezes sumos, etc.” (Islamismo)

9.3- Participação em celebrações conjuntas

As celebrações ecuménicas começaram mesmo antes da formação do Grupo de Contacto Ecuménico.

“O Padre Nuno desde há muitos anos, uns anos largos, começou a convidar-nos para nós participarmos numa celebração ecuménica. E foi assim as coisas começaram...” (Igreja Lusitana)

Uma aproximação de Igrejas irmãs que, como foi referido em capítulos anteriores, já se vem fazendo desde o século XX. Lenta mas consistente, esta

caminhada pode não ser convergente mas, pelo menos procura um paralelismo que substitui a posição antagónica que ilustrou os últimos séculos.

Rezar juntos pode parecer fácil, já que estamos perante Igrejas cristãs com ritos e orações muito semelhantes. Se, por um lado se encontra os elementos das Igrejas Ecuménicas empenhados na organização e, ou participação nestas celebrações conjuntas, por outro lado há Igrejas que não aceitam tão bem a omnipresença da Igreja Católica e a sua hegemonia. A maioria dos discursos revelou grande satisfação na participação das celebrações conjuntas no Hospital, por e com os doentes, que ocorrem duas vezes no ano.

“Se formos a ver cada igreja tem a sua riqueza. (...) Mas rezarmos juntos podemos rezar, o cantar juntos, louvar a Deus ou pedir a Deus. E como doentes são estas as solicitações, as necessidades de alguém que os ouça, de serem reconhecidos, amados, de pedirmos a Deus pela família, pelo filho, pelo pai que fica.” (Ent. Expl. Nº1)

“Dentro do hospital, pelo menos uma (celebração ecuménica) anual é quase sempre (...) Pelos doentes e para os doentes tem sido normalmente no dia mundial do doente. Normalmente tenta-se arranjar uma altura, na quaresma, que tenha algum significado. (Ent. Expl. Nº1)

“Há reuniões e celebrações ecuménicas, apenas com as Igrejas Cristãs, em que nós sempre participamos.” (Igreja Ortodoxa de Constantinopla)

“As celebrações ecuménicas, há principalmente duas, uma é a semana se oração pela unidade, que é de 18 a 25 de Janeiro. Que pode calhar de ter alguma coisa no Hospital, ou não. Mas mesmo que não tenha nada no hospital, há pelo menos uma cerimónia anual, que é uma cerimónia religiosa de oração pelos doentes. E que é também uma cerimónia ecuménica.” (...) Participam “A Igreja Metodista, a Igreja Lusitana, a Igreja Alemã, às vezes a Igreja Inglesa. Alguns pastores Baptistas, nem todos. E depois aquelas Igrejas Evangélicas mais conservadoras não ecuménicas, não colaboram. (Igreja Metodista)

“Também temos, participamos ativamente na Semana da Oração pela Unidade das Igrejas de 18 a 25 de Janeiro.” (Igreja Evangélica Alemã)

“Logo na primeira celebração ecumênica que aconteceu já lá vão sete, oito ou nove anos, (...) na primeira celebração em participei ativamente, em que fui fazer a reflexão, foi um elemento de cada religião que carregou na cadeira de rodas.” (Ent. Expl. Nº3)

“Há coisas diferentes, formas de ver as coisas. Em termos de substância também há diferenças. Mas rezarmos juntos podemos rezar, o cantar juntos, louvar a Deus ou pedir a Deus. E como doentes são estas as solicitações, as necessidades de alguém que os ouça, de serem reconhecidos, amados, de pedirmos a Deus pela família, pelo filho, pelo pai que fica.” (Ent. Expl. Nº1)

Uma ação inovadora deste género tem a particularidade de provocar tensões na forma de gerir o equilíbrio entre as diversas comunidades, denunciando as relações de poder que entre elas se estabelecem. Estas relações e jogos de poder são, nos discursos dos nossos entrevistados, vistos como um processo pacífico ou não, sendo neste caso alvo de várias tensões. Os discursos revelam visões diversas quanto à hegemonia da Igreja Católica. O poder da Igreja Católica é aceite pela generalidade dos representantes das Igrejas, tal como expressa o representante da Igreja Evangélica Alemã. A Igreja Católica Romana considera como “natural” essa proeminência, sendo aceite pacificamente pelos outros, visto serem os anfitriões.

“P – Mesmo em termos das celebrações ecuménicas não sente que a Igreja Católica tem uma ação demasiado...”

R – Não. Não e eu vou explicar porquê. Porque nós, Comissão Ecuménica, nós resolvemos que todos os anos, no culto principal, no grande culto que é, costuma ser no dia 25 de Janeiro, que os pregadores mudam de Igreja para Igreja. E, cada pregador, não prega, não faz a homilia numa igreja à qual ele pertence. Portanto os pregadores, rotativos, das Igrejas não Católicas, não pregam mais vezes nem menos vezes do que da Igreja Católica. É rotativo. E isso acho muito bom. Portanto isso não tem nada a ver com o número de crentes das diversas Igrejas. Se fosse por aí quase que só os pregadores católicos teriam oportunidade de falar. Não, não. É rotativo.

P – E na Celebração que se faz no hospital? Há sempre uma presidência da Igreja católica.

R – Bem, eu acho isso evidente. Vivemos num país católico, a assistência espiritual no H.S.J. é, portanto, prestada por um ministro

católico, o padre Nuno, e eu acho que não fazia sentido nenhum que, de repente, haver uma predominância da assistência espiritual da parte de outras Igrejas. Isso não.” (Igreja Evangélica Alemã)

“Aqui no hospital é sempre o Bispo Católico que preside. Que se senta na cadeira. E os outros bispos ficam em volta. Não há perigo, isso é natural das coisas. E bem vão as coisas quando a naturalidade é essa. Isto é, quando há entre todos, uma atitude pacífica em relação a esta proeminência da Igreja Católica...” (Igreja Católica)

Atitude diversa revela o representante da Igreja Lusitana que lida mal com esta evidência, mostrando-se desagradado pela forma como se planeiam as orações e pelo facto destas serem presididas, no Hospital, por um Bispo Católico.

“Quando nós chegamos estava tudo feito e ninguém nos veio perguntar o que é que a gente podia lá fazer. É claro que aparecem lá, havia lá umas orações que foram tiradas daqui, em anos anteriores. (...) Outra coisa que eu não sou contra mas a minha condição de contraparte ou de parte exige que eu traga isto em nome da própria justa relação entre as partes. Por que razão é que há-de sempre presidir um ministro, um bispo ou alguém da igreja católica? Não sei porquê. Ou seja eu sei porquê. Porque aquilo é uma atividade, repare aquilo é uma atividade da capelania da igreja católica romana. “ (Igreja Lusitana)

9.4- Participação em formação

O êxito da abertura efetiva da comunidade hospitalar a todas as culturas e religiões exigiu a implementação de formação dos intervenientes no campo da doença. O esforço para chegar aos estudantes de medicina e enfermagem e a sensibilidade crescente para estes profissionais conhecerem os desafios da interculturalidade, que também coloca questões espirituais e culturais, foi uma das dimensões abordadas nestas entrevistas.

Encontrámos nos discursos, quer de algumas entrevistas exploratórias, quer do Capelão do Hospital, a referência à preocupação de formação dos profissionais de saúde em exercício e dos que estando ainda em formação académica, se preparavam para entrar em funções no campo da saúde. Quer na área da humanização, em geral, quer na área mais restrita da espiritualidade, têm-se disponibilizado ações de formação que, frequentemente, incluem representantes de outras igrejas e outras confissões religiosas para contemplar a pluralidade desejada.

“Cada vez mais há uma sensibilidade maior para o assunto, então sempre que há uma formação a nível do ensino, dos futuros médicos e futuros enfermeiros, pede-se a colaboração daquele bispo e daquele outro, daquela experiencia e eles são muito abertos e solícitos para formar. Faz-se formação com o HSJ, como falei daquela de ir de encontro à identidade espiritual do doente, e vem o pastor, o presbítero a contar a sua experiencia, o que é que é para ele este trabalho conjunto, o que é para ele o ecumenismo, o que é para ele a sua vivência enquanto pastor, enquanto cristão, enquanto doente, o que é para ele a doença, a religião.” (Ent. Expl. Nº1).

“Ou por necessidade ou por se sentiram que precisaram ou tiveram um familiar doente, ou porque no dia-a-dia surgem doentes e pessoas que solicitam outro tipo de acompanhamento. Então, a pouco e pouco começou a sentir-se a necessidade de formar também os profissionais. Então surge a formação organizada pelo departamento de formação permanente do Hospital, por exemplo o tema era “Ir ao encontro da identidade espiritual do doente”. Acho que era assim. De início eram 20, 25 profissionais que iam a essa formação mas depois houve tanta adesão e tanto interesse ao longo de vários anos repetiu-se essa formação e começou não só a envolver profissionais médicos e enfermeiros mas todos os outros tipos de profissões desde administrativos, auxiliares e outros técnicos porque de facto começaram a sentir que tinham alguma falta de formação nessa área para poderem compreender melhor, tinham também de se formar.” (Ent. Expl. Nº1).

“Vamos ter um encontro, vai ser um encontro de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros que estão a formar-se na, em termos de humanização, nos cuidados mais humanizados para os doentes, que têm de prestar aos doentes. Porque eles em termos académicos aprendem técnicas e isso, mas as boas práticas de humanidade não aprendem nas cadeiras, então a nossa missão era sensibilizá-los para isso.” (Ent. Expl. Nº3)

“Houve um encontro também em que várias pessoas, pronto, neste caso, várias pessoas de Igrejas diferentes da Católica, com a Católica junta, tiveram de fazer... houve um debate da importância da religião e da espiritualidade na cura, no acompanhamento do doente e na respetiva cura.” (Ent. Expl. Nº3)

“Que quando foi a ano 2000 criámos um grupo de trabalho, a pedido da Capelania, com o acordo da Direção Clínica, da Direção de Enfermagem e do próprio Diretor do Hospital, criou-se um grupo de trabalho, que se afirmou nisto, nesta preocupação, de debater as questões humanas, digamos assim.” (Igreja Católica)

9.5 - Relações interpessoais entre os representantes das confissões religiosas

Reconhece-se, não só nos discursos mas também na linguagem corporal dos entrevistados que esta aproximação é mais tecida de afetos que de prosa legislativa. Ao longo dos anos foram-se construindo relações entre os representantes das Igrejas mais participativas e é esta empatia que alimenta a caminhada e dilui as resistências. É conhecida a importância das redes de sociabilidade na estruturação das relações formais. A investigadora pôde testemunhar encontros ecuménicos que terminaram com agradável convívio onde se não conseguia identificar a Igreja de cada um, tal era miscelânea do grupo formado.

“Um relacionamento fraterno, realmente. De respeito, de estima e fazemos aquilo que podemos fazer juntos. Podemos rezar juntos, podemos cantar juntos podemos telefonar no dia dos anos, podemos fazer uma visita, podemos ir a uma celebração, a um batismo. Por isso há mesmo esta comunhão, laços que se vão juntando.” (Ent. Expl. Nº1)

“Ainda há dias falávamos, quando foi esse encontro inter-religioso, há duas ou três semanas, falava com um dos líderes, com quem tenho uma relação muito boa. (...) Quanto mais conhecermos e formos conhecidos melhor nos entenderemos e nos respeitaremos. E portanto, eu faço que questão, sempre que há oportunidade, de estar presente e de dizer... e de falar um pouco de nós.” (Judaísmo)

“Eu acho que, como em quase tudo, os relacionamentos são importantes. Se não há relacionamentos não há nada. Há estruturas mas não há relacionamentos.” (Ent. Expl. Nº 1)

Capítulo X – Projeto Inter-Religioso

10.1– Realidade concreta ou declaração de intenções?

Perante a inexistência de um documento de suporte ao tão falado Projeto Inter-religioso do Hospital de S. João, indagámos a principal entidade promotora, a Capelania do Hospital, acerca dos seus fundamentos, dos seus objetivos e da sua concretização. Constatámos haver uma sequência de acontecimentos e tomadas de decisão, a que não foram alheios dois fatores: a chegada à Capelania do Padre José Nuno e a mudança na legislação da assistência religiosa hospitalar.

*“Mais que um Projeto é uma vontade e a vida que dela decorre”
(Igreja Católica)*

“Portanto tem sido esta convicção, esta experiência, esta... e a vontade que dela nasceu que tem feito, que tem definido aquilo a que chamam o projeto. Ora nunca houve um projeto. Há aspetos de projeto, isto é houve decisões tomadas, houve a decisão de constituir o grupo de contacto ecuménico.” (Igreja Católica)

“Nós tivemos a consciência que era necessário realizar esta abertura ecuménica e inter-religiosa e estamos, e fizemo-lo. E neste momento é um dado adquirido na cultura da casa.” (Igreja Católica)

Questionado acerca da motivação que desencadeou todo o processo, fomos revelado um olhar profundo e sensível à diversidade e à identidade irrepetível de cada ser humano.

“O hospital é um exílio para quem vem para cá internado. (...) As pessoas que vinham e que eram doutras religiões, ou doutras confissões cristãs que ainda se agravava mais a sensação de exílio porque de alguma maneira encontravam uma casa que, em razão da Capelania ser tão evidente, a Capelania Católica, de alguma maneira vinham para o exílio, eram exiladas para uma casa colonizada pela religião dominante, digamos assim” (Capelão da Igreja Católica)

Esse é, a meu ver, o essencial do Projeto. Que cada um possa, livremente, viver e mostrar as suas necessidades e preocupações.
(Igreja Ortodoxa de Constantinopla)

Encontrámos nos discursos de uma das Igrejas alguma desconfiança relativamente ao altruísmo da Capelania Católica em todo o processo.

“Este projeto, foi consolidar numa forma mais clara e mais formal a própria condição da assistência religiosa católica romana”
(Igreja Lusitana)

A generalidade dos entrevistados revelou satisfação pelos progressos encetados e esperança numa nova realidade mais respeitadora da individualidade dos pacientes, mesmo minoritários na nossa sociedade.

“Mas creio que, em continuação do que já havia, ligeiramente melhorado.”
(Igreja Metodista)

“Acho extremamente positivo e tenho muito gosto em participar, nem que seja às vezes só uma vez por ano, já tem havido duas vezes por ano, por altura do Pentecostes e antes da Páscoa, portanto, encontros ecuménicos, acho muito bom e, entendo que é muito importante. Já lhe disse isto há pouco por outras palavras que os doentes tenham uma assistência espiritual. O ideal é que, consoante a Igreja a que pertencem. Acho isso muito, muito bom. Muito importante...”
(Igreja Evangélica Alemã)

“Esforço de informação e sensibilização para forma de acolher e reagir diante de diferentes religiões (...) Que o corpo clínico e pessoal em geral compreendam dentro do possível como lidar com hábitos e sensibilidades diferentes. (...) Questão do senso comum – Portugal abriu as portas a diferentes comunidades e religiões. Se há questões religiosas e sociais, a comunidade portuguesa deve saber como proceder.”
(Igreja Ortodoxa de Constantinopla)

“Conheço o projeto e devo dizer que em boa hora ele existe, não é? Porque não temos tido (doentes internados) mas pode acontecer já hoje ou amanhã. Pode acontecer a qualquer momento. É muito importante, muito importante. É muito importante que haja essa abertura e que haja essa outra dimensão, porque ... vamos ver. Nós somos uma comunidade pequenina mas lembro-me, estou a lembrar-me dos nossos... dos Muçulmanos, que nos são próximos, que têm muitas regras muito próximas das nossas e que

são cada vez mais numerosos, nomeadamente, aqui no Porto”
(Judaísmo)

É consensual a atribuição da liderança deste Projeto ao Padre Nuno, Capelão do Hospital de S. João cuja sensibilidade permitiu abrir novos horizontes nas relações inter-religiosas.

“A iniciativa foi do Capelão do Hospital, o Padre Nuno, (...) Sim, a iniciativa partiu dele. Depois foram-se juntando outras pessoas, claro. Mas ele é que tomou a iniciativa.” **(Igreja Metodista)**

“Isso não há dúvida que é o Capelão católico romano.” **(Igreja Lusitana)**

“Bom, é o Sr. Padre Nuno.” **(Igreja Evangélica Alemã)**

“A Igreja Católica tomou a iniciativa (...) É a Igreja maioritária, tem a grande maioria dos doentes e portanto é sensível ... (...) Em tudo há sempre alguém que lidera. A iniciativa e apoio da Igreja Católica é muito importante.” **(Igreja Ortodoxa de Constantinopla)**

10.2 - Expectativas quanto ao Espaço inter-religioso do Hospital de S. João

A capela da Igreja Católica, parte intrínseca do edifício hospitalar, cumpriu durante décadas a sua função de espaço de recolhimento, oração e paz para doentes e familiares. As celebrações religiosas diárias foram correspondendo às necessidades dos fiéis da Igreja Católica durante gerações. Com a consciência da multireligiosidade da população internada e consequente abertura à assistência espiritual por parte das diferentes confissões religiosas, desponta o sentimento de injustiça perante a inexistência de um espaço em que qualquer um se pudesse sentir confortável na manifestação da sua fé. Este Espaço revela-se mais interessante para confissões religiosas não cristãs, já que as igrejas presentes no Grupo de Contacto Ecuménico utilizam a Capela Católica sempre que o solicitem.

Chamamos-lhe, porque assim no-lo foi apresentado, Espaço Multirreligioso. O Capelão corrigiu-nos:

“O Lugar, não é o espaço, é o Lugar Multirreligioso.”

“O Lugar, do modo como está concebido, e nisso o arquiteto fez um trabalho brilhante, o modo como está concebido permite individualizar, não só o lugar mas diversos lugares.” (Igreja Católica)

10. 2. 1 - Finalidade

Cada comunidade consultada para o planeamento do dito Lugar cria a sua própria expectativa e, mesmo que esta não coincida com a inspiração dos promotores, é legítima e merecedora de atenção. O representante da Igreja Lusitana considera importante que todas as organizações religiosas se sintam bem nesse Lugar, enquanto o representante da Igreja Metodista realça as oportunidades que poderão daí surgir para as confissões não cristãs. Já para o Budismo, este tipo de construção não terá tanto interesse, pois um budista ora em qualquer lugar.

“O que é fundamental é que aquele espaço permita que todas as organizações religiosas possam sentir-se bem, no momento em que queiram lá estar.” (Igreja Lusitana)

“A ideia que há é que as oportunidades que há, que aumentem. Acho que a ideia será essa. Porque as atividades que têm havido, tem sido só as nossas igrejas junto com a católica. Só, que é os chamados encontros ecuménicos. Mas há os chamados encontros inter-religiosos. Que até agora só participai num em que estiveram judeus e muçulmanos. E aí poderá talvez alargar-se um pouquinho” (Igreja Metodista)

“Quer dizer os Budistas não têm um interesse por aí além neste projeto, por uma razão muito simples. Por causa de não ser uma tradição com...dogmática, para nós, quer dizer aquela coisa de se recolher, um Budista pode-se recolher num sítio qualquer. A capela que lá está, que é fantástica parece uma igreja, dá perfeitamente.” (Budismo)

10.2.2 – Dificuldades

As principais dificuldades prendem-se com a intolerância de muitas das confissões religiosas relativamente aos símbolos das outras religiões. O que cada um exige para que possa orar ou rejeita para que se não escandalize

limita muito as possibilidades do arquiteto e constitui um verdadeiro desafio à sua criatividade.

Há incompatibilidades que exigem muita atenção: para um crente da Igreja Greco-Católica é impossível partilhar um espaço onde esteja um Buda, para um crente do Islamismo o mesmo acontece relativamente à cruz. Já para um Judeu, qualquer imagem é proibida e para um Budista, nada importa. No discurso do representante da Igreja Ortodoxa de Constantinopla encontramos o conselho da não utilização de qualquer imagem para não ferir suscetibilidades.

“Só se lá fica o Buda ou mais qualquer coisa. Aí, não rezo de certeza”. **(Igreja Greco-Católica)**

“Havia os Islamitas, muçulmanos pediam certas coisas, ou sobretudo, não queriam certas coisas os Judeus não queriam outras coisas, e cada um não queria certas coisas, os Budistas tanto faz. Porque para nós a questão não se passa no exterior passa-se no interior” **(Budismo)**

“Símbolos/ Imagens - para não ferir ninguém.” **(Igreja Ortodoxa de Constantinopla)**

“Nós judeus, não entramos num espaço com símbolos, figurativos. (...) E portanto, se um dia tivermos o Espaço, é isso que reivindicamos, o Espaço deve ser livre de figurações.” **(Judaísmo)**

“Aquele local, nós só queremos que não ponham lá cruzes. (...) Cruzes, não. É por isso que nós queremos um espaço, sossegado para dedicarmos a nossa regra, e mais nada” **(Islamismo)**

10.2.3 – Propostas

Várias foram as propostas de diferentes confissões religiosas. Na sua generalidade tentaram encontrar a solução para a coexistência. Desde um cubo branco proposto na entrevista realizada na igreja Greco-Católica, ao espaço só com uma mesa mencionado no discurso do representante da Igreja Ortodoxa de Constantinopla ou aos símbolos móveis segundo a opinião do entrevistado da Igreja Metodista, várias foram as propostas. Mais centrados nos seus referenciais, o representante da Igreja Alemã desejava o Cristo Ressuscitado e o representante do Hinduísmo gostaria de ver *Krishna*.

“Eu acho que podia aconselhar fazer um espaço tipo cubo branco, como nós falamos em artes. Um cubo branco sem nada onde cada pessoa podia rezar, de forma como quiser. “ **(Igreja Greco-Católica)**

“Habitualmente estes espaços só têm uma mesa.” **(Igreja Ortodoxa de Constantinopla)**

“Nós temos dois símbolos fundamentais, que é a cruz e o túmulo aberto, com Cristo ressuscitado. (...) Eu pessoalmente gostaria muito dum desses símbolos. Claro, a cruz tem a mesma importância, só que a cruz aparece em todos os sítios. (...) Eu era capaz de por o Cristo ressuscitado.” **(Igreja Evangélica Alemã)**

“Não temos exigência específica. (...) O que nós queremos é que aquele espaço contenha o que for necessário, mesmo que isso seja, nada, que permita uma certa relação de conforto para quem quer que ali vá.” **(Igreja Lusitana)**

“P – Haveria uns símbolos que seriam necessários nesse espaço, não é? Para que se pudessem recolher...”

R – Sim, sim, sim. Assim como, por exemplo, há Cristo não é? Nós temos o Krishna. Krishna, portanto, seria no caso das orações. Mas o símbolo, o símbolo em si é o Aum Shanti, quer dizer Aum é um mantra que vem do fundo de nós, Shanti significa Paz.” **(Hinduísmo)**

“A questão que há, quanto a mim, é ter sala de tal maneira que os símbolos se possam tirar e pôr. Digamos, ter um pequeno espaço discreto, um armário, porque não? Uma coisa disfarçada na própria parede e os símbolos podem estar ao dispor e quem quer põe e quem não quer não põe. Um muçulmano quer um tapete virado para Meca, outros querem uma cruz outros querem a Virgem Maria, e tal... os judeus se calhar querem o castiçal de sete braços. E acho que há a possibilidade de ser para todos, desde que os símbolos não sejam fixos.” **(Igreja Metodista)**

Os seus mentores idealizaram algo que não fosse estéril, higienizado, mas antes imbuído de espiritualidade e religiosidade para melhor servir os interesses de cada um. Propõem-se corresponder ao interesse de todos aqueles que forem abrangidos pela iniciativa. Assim, não surgirá um espaço vazio, mas uma construção onde, de alguma forma criativa, qualquer um poderá encontrar, de forma discreta, o que necessita para cultuar o seu deus. Inclusivamente haverá uma janela voltada para meca para corresponder aos anseios dos fiéis Islâmicos.

“Por exemplo está pensado um lugar em que tem uma janela virada para Meca.”

A ideia é acabar com a sala de cultos neutra, isso não é nada. Isso não significa nada para ninguém. Um lugar de culto neutro não é nada. Não existe. Acabar com a ideia de um espaço de culto inter-religioso. Não é passível um espaço de culto inter-religioso. Porque um espaço de culto, o culto não é inter-religioso. Inter-religiosamente não pode haver culto. Porque se as religiões são diferentes não podem cultuar conjuntamente. Portanto o que há é um espaço, um lugar de culto multireligioso. E esta multireligiosidade significa que há lá lugares específicos para cada uma das religiões. Mas o culto que a cada hora lá se realiza é religioso.” (Igreja Católica)

O momento de crise económica que o país atravessa dita o atraso da execução da obra. Contudo permanece a determinação de a levar a cabo.

“Está em pé de esperar... as circunstâncias são complexas, quer da parte do conselho de Administração quer da parte do serviço religioso, continua a determinação de o fazer. Agora, aquilo exige um conjunto de obras que neste momento estão em suspenso...”

(Igreja Católica)

10.3 - Contactos fora do Hospital

10.3.1- A nível Ecuménico

Como consequência de inúmeros encontros informais e fraternos surge a Comissão Ecuménica do Porto que visa dinamizar atividades conjuntas. “A Comissão Ecuménica do Porto teve a sua primeira reunião de trabalho em Dezembro de 2005. É constituída por 2 representantes das seguintes Igrejas: Igreja Católica Romana (Diocese do Porto), Igreja Evangélica Alemã do Porto, Igreja Evangélica Metodista Portuguesa (Circuito do Porto) e Igreja Lusitana Católica Apostólica Evangélica - Comunhão Anglicana (Arciprestado do Norte). Atualmente, também integram esta Comissão a Igreja Greco-Católica Ucraniana, a Igreja Ortodoxa do Patriarcado Ecuménico de Constantinopla e a Igreja Ortodoxa do Patriarcado de Moscovo” (Comissão Ecuménica do Porto). A pesquisa realizada encontrou uma dinâmica muito rica a envolver várias Igrejas cristãs da zona do Porto, que desenvolvem atividades conjuntas quase

semanalmente. Sem querermos ser demasiado exaustivas ousamos apresentar o Roteiro Ecuménico para o ano de 2012, omitindo, no entanto, muitas iniciativas a decorrer paralelamente.

Roteiro ecuménico 2012:

- 18/01/12 – Celebração Oficial Igreja Evangélica Metodista do Mirante;
- 21/01/12 – Retiro Ecuménico, Mosteiro de Bande;
- 1 /02/12 – Oração com os sem-abrigo, Escadaria da Igreja da Trindade;
- 14/02/12 – Paróquia Lusitana do Redentor, Serviço da Oração da noite;
- 03/03/12 – Dia mundial da oração;
- 22/03/12 – Celebração dos doentes na Capela do Hospital de S. João;
- 14/04/12 – Vigília Pascal- Rito Ortodoxo, Igreja Ortodoxa Patriarcado de Constantinopla;
- 08/06/12 – Celebração na Igreja Católica Romana do Bonfim;
- 30/06/12 – Igreja Greco-Católica Ucraniana;
- 11/10/12 – Igreja Evangélica Metodista do Mirante;
- 08/11/12 – Igreja Evangélica Alemã do Porto.

Encontrámos variadas referências a estas iniciativas, nos discursos recolhidos.

“E portanto, ao longo dos anos, ainda antes do concílio do Vaticano II, já pontualmente e informalmente, pela proximidade e pelos contactos, já se encontravam e com certeza teriam muitas vezes rezado juntos, não sabemos. É muito anterior àquilo que nós sabemos. Mas o que se sabe é que há uma longa história ecuménica aqui na cidade do Porto.” (Ent. Expl. Nº1)

“Fomos para a missa lá no Palácio dos Desportos. No Palácio Desportivo estava lá uma missa. Estava o Patriarca cá de Portugal, e não sei quê estavam lá com missa junta, e nós na altura ficamos com o fórum do coro, assim...” (Igreja Greco-Católica)

“Fora do HSJ, de facto no Porto e nesta região cada vez mais, temos celebrações. Celebrações, momentos de oração, oração de Taizé, oração, atividades práticas com os pobres, os sem-abrigo, missa na Igreja da Trindade, com ação pela limpeza, pela higiene, pela ecologia.” (Ent. Expl. Nº1)

“Um das ações conjuntas, por exemplo, é no Natal, cantar músicas de Natal nas ruas do Porto, na rua de S. Catarina. Começa no Bonfim, até toda a rua S. Catarina e termina no Centro Comercial do Via Catarina.” (Ent. Expl. Nº1)

“Todos os meses há uma celebração em cada igreja também para nos conhecermos, para percebermos a beleza de cada igreja, a sua especificidade. Não é que temos de fazer tudo igual, não. Vamos á igreja anglicana e então ouvimos aqueles belos cantares, aquela música que entoa e nos enche. São específicos, é deles assim. Fomos à Igreja Lusitana e fizeram uma oração da noite com uma reflexão, com os salmos, com todas aquelas leituras e que se repetem, se repetem, e nós aprendemos.” (Ent. Expl. Nº1)

10.3.2- A nível Inter-religioso

Os encontros inter-religiosos congregam numa mesma dinâmica, seja de oração, de debate de um tema, ou outro objetivo, confissões religiosas que cultuam um deus diferente. São mais difíceis pela complexidade que esta ação transporta.

As religiões não cristãs, sejam o Islamismo, o Judaísmo, o Hinduísmo ou o Budismo, representam uma parte mais ou menos significativa da população do Grande Porto que, mesmo que pareça ínfima, dá o colorido necessário à multiculturalidade já referida anteriormente. Os seus direitos são em tudo semelhantes aos das restantes confissões religiosas mas revelam especificidades próprias nas relações entre si. Os discursos analisados alertam para o facto de que reunir confissões religiosas não cristãs que entraram no convívio social muito mais recentemente, é mais difícil e menos frequente mas, mesmo assim é possível. Mesmo relativamente a comunidades cristãs, algumas permanecem numa atitude passiva e até um pouco apreensiva, aguardando que alguém tome a iniciativa. É o caso da Igreja Greco-Católica

que participa nos encontros ecuménicos mas relativamente às confissões não cristãs fica na expectativa que a solicite. Foi-nos revelado serem mais fáceis e frequentes estes encontros em Lisboa.

“P- Em relação às outras igrejas cristãs encontram-se, em relação às outras religiões, não há muito hábito de haver encontros inter-religiosos...”

R1 – Não.

P – Alguém tinha de tomar a iniciativa...

R2 – Havia uns que iam, já não lembro-me para onde era um mosteiro, onde havia católicos e já não me lembro se havia ortodoxos e protestantes e outros. Mas isso eram...

P – Todos cristãos...

R1 – Com budistas e outros, se calhar não temos maneira de contactar e falar...

P – Ninguém tomou a iniciativa ainda de fazer qualquer coisa

R1 – Mas nunca chegávamos a acordo.

R3 – O C. D., na nossa faculdade, acho que ele é Krishnaíta, pertence à seita Hare Krishna. Não sei, andamos bem até, nas coisas... Estive a discutir com ele. Então é muito interessante...”
(Igreja Greco-Católica)

“Eu acho que em Lisboa há qualquer coisa. Uma meditação inter-religiosa, na qual a União Budista participa. E também Mesquita e talvez a Sinagoga, não sei. Mas a Mesquita certamente.”
(Budismo)

“Quando somos convidados, temos todo o gosto em fazê-lo. Temos sido várias vezes convidados, devo dizer-lhe. Já participei em vários encontros religiosos, em vários locais aqui do Porto, aqui mesmo, a convite de vários grupos e é sempre com muito gosto e muito prazer.” **(Judaísmo)**

Entretanto, durante a nossa investigação constatámos estar em preparação, na cidade do Porto, um encontro inter-religioso muito significativo. No capítulo que caracteriza as confissões religiosas, na categoria de análise, “Relações com outras confissões religiosas”, vários foram os discursos que

davam conta do convite que haviam recebido para participar neste evento e nos preparativos que estariam a encetar. Entretanto, já podemos falar neste acontecimento no passado, e na forma harmonia como parece ter decorrido.

O Encontro de 26 de Outubro de 2011, por iniciativa da Comunidade Franciscana do Porto e com a colaboração da Comissão Ecuménica do Porto, celebrando o 25º Aniversário do Encontro de Assis teve lugar no auditório da Igreja de Cedofeita. O tema foi “Peregrinos da Verdade, Peregrinos da Paz”.

A participação foi variada e significativa. *“Para o nosso encontro no Porto temos confirmada a presença dos responsáveis das seguintes religiões: Judaica, Islâmica, Bahai’í, Budista, Cristã (Igreja Católica Romana, Igreja Ortodoxa Patriarcado de Moscovo, Igreja Evangélica Alemã no Porto, Igreja Ortodoxa Patriarcado de Constantinopla, Igreja Evangélica Metodista Portuguesa, Igreja Lusitana/Comunhão Anglicana) e Comunidade Chinesa”* (Frei Bernardo Corrêa d’Almeida).

Sabemos que este Encontro decorreu num ambiente de harmonia e fraternidade que alimenta a esperança de novas realizações.

O representante da comunidade Hindu no Porto fez uma análise do fenómeno religioso que de seguida transcrevemos:

“Porque nós respeitamos todas as religiões. O que são religiões? Religiões são todas, no fundo, iguais. Tem os dez mandamentos. Moral. São todas as religiões iguais, fazer bem, não fazer mal, não roubar, dar de beber a quem tem sede, ... tanto o Islâmico, Católica, Judaica, falam disso. As religiões, e eu considero assim, são rios que se juntam ao oceano. Portanto, podem ser dez religiões, mas se formos ver, no fundo, no fundo, todas as religiões dizem o mesmo. A maneira de comunicar pode ser diferente.”
(Hinduísmo)

Síntese dos resultados

Compreender como é que nas sociedades atuais, globalizadas e multiculturais, se configura a espiritualidade e religião, foi o ponto de partida para o interesse na realização deste trabalho. A religião e a espiritualidade integram e contribuem para a configuração das racionalidades leigas (Alves, 2011), dos conhecimentos práticos, que orientam a vida quotidiana em sociedade, emergindo nas estruturas, condicionando e reproduzindo-se na agência individual perante a vida, a saúde e bem-estar, mas também a doença e a morte (bem como todos os fenómenos construídos socialmente).

Na contemporaneidade assistimos ao renascimento do fenómeno religioso, como nos diz Hermano Carmo (2012), e é fundamental perceber as suas manifestações culturais e sociais, revelada pelas estruturas sociais e pela agência individual. Resolvemos entrar para este imenso campo a partir de um Hospital. Neste contexto, tão regulado e disciplinado (Foucault, 2003), em torno do corpo, como se integra a assistência religiosa e espiritual e consequentemente, como se compatibilizam pluralidades culturais que definem o campo religioso (Bourdieu, 1996) com os cuidados médicos?

O estudo de caso do Projeto Inter-religioso do Hospital de São João, junto de 10 confissões religiosas que o integram, permitiu-nos ter acesso aos discursos e significados em torno dos grandes eixos que definiram este estudo. Pelos discursos recolhidos, foi evidenciada a tolerância religiosa que desde há muito existia no Hospital de S. João e que proporcionava aos doentes não católicos a visita do seu Pastor ou assistente espiritual. A assistência espiritual aos doentes de outras religiões ou igrejas que não a católica (romana integrada pela lei, conivente com oficialização de uma só religião), já estaria ser garantida pela vontade dos assistentes espirituais católicos que estabeleciam o contacto quando necessário ou facilitavam o acesso dos representantes das outras Igrejas. Então quais as transformações operadas ao longo destes últimos anos?

Foi a partir da iniciativa do atual Capelão da Igreja Católica, que precedeu mesmo da publicação do Decreto-lei nº 253/2009, que a dinâmica de

sensibilização à multiculturalidade e multirreligiosidade se tornou uma realidade. Esta ação inovadora começou com a convicção do atual Capelão de que o internamento se constitui como “um exílio” na vida da pessoa doente e que quanto mais desintegrado face à maioria católica instituída, mais difícil de suportar será esse exílio. A situação privilegiada dos católicos pela presença constante e disponível da Capelania da sua Igreja, tornava os restantes ainda mais vulneráveis. O grande desafio seria a mudança de mentalidades e deu-se início a um Projeto arrojado.

Foi nosso propósito conhecer o Projeto Inter-religioso do Hospital de S. João no sentido de por um lado constatar e compreender a importância e integração da espiritualidade neste campo da saúde, e por outro a integração da pluralidade de espiritualidades e religiões e sua ‘articulação’ e diálogo em contexto hospitalar. Tomámos desta forma a espiritualidade e religião em contexto hospitalar como um instrumento heurístico de discussão da sociedade, de compreensão e interpretação da sua estrutura cultural e social e da reflexividade dos agentes.

A primeira grande constatação foi a de que o Projeto não se revestia de formalidade e seria acima de tudo um esforço que, começando na Capelania do Hospital, foi envolvendo cada vez mais pessoas e entidades e crescendo em forma de espiral. O mote para o arranque do ‘projeto’ foi a preocupação com a humanização dos diferentes serviços do hospital e o respeito pela espiritualidade de cada doente.

A Capelania, com o acordo da Direção Clínica, da Direção de Enfermagem e do próprio Diretor do Hospital, criou um grupo de trabalho para, a nível de toda a instituição, debater questões ligadas à humanização dos Serviços. A primeira questão a ser trabalhada foi “A identidade espiritual do doente”. A segunda “A morte dos doentes e a relação dos profissionais com os doentes em processo de morte” e a terceira foi “Humanizar, um compromisso de todos”. Neste âmbito realizou-se um inquérito a todos os funcionários do Hospital, independentemente da função que lá desempenham e daí surgiu “O livro branco da humanização”. Este foi, talvez, o passo mais significativo em direção à abertura de todo o Hospital a um novo olhar sobre a pessoa doente.

Apesar de não estar diretamente relacionado com a religião, este apelo ao acolhimento da pessoa na sua globalidade ajuda na construção de uma nova teia relacional onde também tem lugar a espiritualidade. Estas iniciativas da Capelania renovaram de tal forma a cultura institucional do Hospital que, daí nasceram serviços. Do processo de Humanização nasceu o Serviço de Humanização e do Processo sobre a Morte nasceu o Serviço de Cuidados Paliativos.

A partir do envolvimento da Administração Hospitalar, bem como das diferentes classes profissionais do Hospital, criaram-se as condições necessárias para a abertura às diferentes Confissões religiosas. Qual a contribuição desta nova visão para o bem-estar espiritual do doente, qualquer que seja a sua espiritualidade? A formação e informação dos profissionais de saúde relativamente às necessidades dos indivíduos, que ultrapassam os cuidados técnico-científicos, não podem mais ignorar a multiculturalidade e as espiritualidades plurais em presença. Devem ser sensíveis à integração de novos atores no cenário hospitalar: a entrada dos diversos Pastores, agentes diversos, as especificidades e interditos alimentares, as diferentes formas de manipulação dos corpos.

O empenhamento da Capelania em abrir as portas às restantes Confissões Religiosas revelou-se em etapas concretas e progressivas. Procurando estabelecer uma ponte com outras Igrejas Cristãs da área do Grande Porto, esta promoveu várias celebrações Ecuménicas com doentes na Capela do Hospital e, na de 2003 intitulada “ Diferentes Igrejas, um único Jesus Cristo – Reunidos para servir quem sofre” foi instituído o Grupo de Contacto Ecuménico que, fará parte da grande engrenagem do Conselho pastoral da Capelania. Deste Grupo fazem parte a Igreja Católica Romana, a Igreja Evangélica Alemã, a Igreja Evangélica Metodista, a Igreja Anglicana e a Igreja Lusitana e a Igreja Ortodoxa de Constantinopla. Este grupo tem funções consultivas e reúne-se periodicamente para delinear estratégias de ação no campo da assistência religiosa. Os discursos revelaram que o trabalho realizado agrada francamente a uns e é manifestamente incipiente para outros. As relações de equilíbrio entre as diferentes Igrejas são sempre um desafio, embora se constate pelos discursos a existência de laços de amizade e respeito mútuo pelas tradições de

cada uma, atitude que reforça a própria Fé (Carmo,2001). É definitiva a decisão de ministrar assistência espiritual e todos e a qualquer um e, segundo o Capelão, mesmo os idosos católicos encontram mais facilmente a sua liberdade religiosa garantida no Hospital do que na sua própria casa. Os familiares nem sempre lhes facultam a possibilidade de vivenciarem a sua Fé.

Enquanto a maioria das Igrejas aceitam a hegemonia da Igreja Católica como natural pela maioria que representam, uma das Igrejas revela insatisfação relativamente à falta de protagonismo da sua comunidade nas celebrações conjuntas e na logística da Capelania. O representante da Capelania explica a participação limitada de algumas Igrejas como consequência do seu reduzido número de fiéis.

A Capelania tem declarado vontade de abrir este diálogo ainda mais, abarcando outras confissões religiosas não cristãs e ao propor um Lugar Multirreligioso de Culto para que todos possam ter um espaço onde se sintam bem, orando ou meditando, deu mais um passo nesse sentido. Convidou representantes das diferentes confissões religiosas como o Islamismo, o Hinduísmo, o Budismo e a Comunidade Judaica. Este espaço está a ser construído e graças à grande diferença de símbolos sagrados, os quais sendo imprescindíveis para uns são inadmissíveis para outros, a solução passa por uma arquitetura complexa em que cada um usufrua de um lugar independente onde possa, pacificamente, encontrar-se com a sua Divindade.

Nesta confluência de dois mundos, o científico e o religioso, as conclusões relativas à sensibilidade e respeito por parte dos profissionais do hospital relativamente às particularidades do indivíduo, nomeadamente do crente de confissões não cristãs, foram surpreendentes. Numa máquina complexa como a hospitalar, é prestigante a forma como os discursos identificam ações facilitadoras na diversidade alimentar e nomeadamente, nos rituais relacionados com a morte. Tomámos conhecimento ao longo desta investigação que, os Muçulmanos e os Hindus veem respeitadas as suas exigências quanto ao tratamento do corpo defunto e que são chamados a executar os rituais próprios, contrariando assim as rotinas hospitalares em relação à maioria. Soubemos ainda que está a ser construída no Hospital uma

Morgue que respeita todas as exigências fúnebres das mais variadas confissões religiosas/culturas para que qualquer família possa ver cumprida no seu familiar defunto toda a tradição inerente à sua comunidade. Os diversos representantes das confissões que contactámos referem este respeito pela individualidade de cada um, mesmo no momento da morte.

A presença de doentes com raízes culturais e religiosas diversas oferece uma leitura da doença a ter em conta pelos profissionais de saúde. Sendo a doença uma construção social a forma como o indivíduo lida com a enfermidade difere e influencia o próprio tratamento. Encontrámos nos discursos de todas as confissões religiosas a preocupação de efetuar a oração pelos, sobre e com os doentes para, conjuntamente com o tratamento médico, contribuir para a sua rápida recuperação. Os rituais utilizados são semelhantes, procurando dispensar conforto e dar um sentido positivo àquele momento difícil.

A situação de morte que, nas últimas décadas se transferiu do lar do doente para as instituições hospitalares, como já haviam verificado Henriques (1993) e Teixeira (2006), constitui um repto para qualquer das confissões religiosas. Deparamo-nos com um esforço para corresponder às necessidades espirituais do fim de vida de qualquer indivíduo internado. Mais complexos e díspares são os rituais de morte, tratamento do corpo defunto e conseqüente funeral. Como já referimos, as Confissões com regras mais restritivas, os Hindus, os Islâmicos e os Judeus, revelaram nos seus discursos, encontrarem junto dos serviços do hospital compreensão e respeito pelas suas normas e uma facilitação na execução das mesmas.

Um dos objetivos deste trabalho foi o de conhecer a forma como se articulavam as Igrejas entre si. Encontrámos no seio do Grupo de Contacto Ecuménico uma interação assinalável. O diálogo entre as Igrejas Cristãs tem sido profícuo e gerador de iniciativas fora do Hospital. Verificámos que a Comissão Ecuménica do Porto tem uma ação muito visível e encontros muito frequentes. É surpreendente o respeito que se sente entre os participantes independentemente do número de membros da cada comunidade. A presença de elementos de algumas destas comunidades, como utentes, no Hospital de

S. João é residual ou até inexistente. No entanto as ações conjuntas são realizadas com um empenhamento, que quase poderia dizer ser inversamente proporcional ao número de fiéis, como testemunho do representante da Igreja Evangélica Alemã. No entanto, se entre estas Igrejas observamos esta articulação e cooperação, entre estas e as outras confissões religiosas não cristãs, ainda há muito a fazer. O que aproxima as primeiras, sem dúvida, serão as coincidências a nível doutrinal. O que as afasta das segundas, será a diferença? Será algum tipo de inibição por parte das confissões não cristãs?

Este Projeto tem-se refletido fora dos muros do Hospital, noutras áreas da sociedade. Este movimento criado a partir do Hospital de S. João também se faz sentir noutras zonas do país, já que o seu Capelão sendo Coordenador Nacional da Capelanias, tem procurado semear nos outros Hospitais do país esta nova visão. Tiveram início diversas reuniões do Grupo Inter-religioso Nacional de Assistência Hospitalar, a nível nacional, com vista a uma implementação efetiva das normas do Decreto-lei nº 253/2009, sendo também este grupo coordenado pelo Padre Nuno, Capelão do Hospital de S. João. Daqui decorreu o chamado Grupo de Trabalho Religião e Saúde que, entre outras iniciativas, elaborou o Manual de Assistência Espiritual e Religiosa que visa dar a conhecer as especificidades, não só das 10 confissões religiosas mencionadas neste trabalho, mas também de várias outras que entretanto tomaram parte nos trabalhos desenvolvidos (Anexo nº 8).

A onda gerada há pouco mais que uma década tem, lentamente transformado mentalidades nos pequenos nichos em cada Igreja e Comunidade espiritual e religiosa. No entanto muitas são ainda as Igrejas que se encontram fora desta tentativa de diálogo e articulação. Os dados recolhidos levam-nos a concluir que há várias razões: umas, se autoexcluem, não querendo participar em reuniões intituladas ecuménicas, por opção própria, outras porque o próprio Decreto-lei impõem regras que excluem grupos que se revelem “oportunistas, proselitistas, mercantilistas ou sectários”. Para que todos fossem representados e vissem respeitadas as suas necessidades de atenção, seria necessário que o ateísmo também entrasse no diálogo. Parece ter-se revelado difícil, pois a Associação tem-se revelado bastante intolerante perante a dimensão religiosa ou espiritual que está em discussão.

CONCLUSÃO

Do Estudo realizado pudemos concluir que o Projeto Inter-religioso do Hospital de S. João do Porto corresponde a uma iniciativa da Capelania do Hospital, que ao longo dos anos foi envolvendo as sucessivas Direções do Hospital, Diretores Clínicos, Diretores de Enfermagem e profissionais do Hospital em geral. Acolheu as Igrejas Cristãs abertas ao Ecumenismo e encetou uma caminhada no sentido da abertura dos serviços de assistência religiosa do Hospital a todos. Houve tentativas de incluir as Confissões Religiosas não Cristãs, nomeadamente no campo da formação de novos médicos e novos enfermeiros e no planeamento do Lugar Multirreligioso de Culto a construir no Hospital. Este, encontra-se já em fase de construção, protelada devido à atual crise económica. Esta dinâmica teve início vários anos antes da publicação do Decreto-Lei nº253/2009.

O diálogo Ecuménico ultrapassou a geografia hospitalar e faz-se sentir de modo mais perseverante e dinâmico a nível do Grande Porto. A nova filosofia de assistência hospitalar expandiu-se pelo país através da ação do Capelão deste Hospital, como Coordenador das Capelarias a nível nacional. Foi criado um Grupo de Trabalho Religião e Saúde onde se reúnem periodicamente confissões religiosas cristãs e não cristãs para delinear estratégias de assistência hospitalar aos doentes das suas comunidades e de respeito intrínseco pelas suas especificidades. Este Grupo de trabalho elaborou em conjunto um Manual para dar conhecimento, aos profissionais de saúde, das particularidades de cada religião e de cada cultura que a transporta. Toda esta vaga de inter-relações parece ficar restrita às hierarquias das Igrejas e Confissões religiosas assim como a nichos de membros das respetivas comunidades mais informados e com uma Fé mais esclarecida.

Alheias a este diálogo ficam, no entanto muitas Igrejas Cristãs, umas por vontade própria, outras por possuírem características que colidem com o espírito da Lei. Foi-nos garantido, contudo, que os direitos de cada indivíduo, continuam salvaguardados, quer estejam ou não representados no Conselho Pastoral da Capelaria Hospitalar.

Este nosso trabalho de investigação procurou dar a palavra ao maior número de comunidades religiosas com importância na região do Grande Porto. Foram sendo vencidas as barreiras da língua, da agenda ocupada ou da desconfiança de quem se sente invadido na sua privacidade. Resultaram entrevistas bastante agradáveis e ficamos a conhecer melhor as especificidades de cada grupo. Descobrimos como uns valorizam factos que para outros não passam de pormenores. Intuímos como a sensibilidade e o conhecimento das diversas culturas em presença, por parte dos profissionais de saúde, é importante para que sejam garantidos os direitos mais profundos de todos os indivíduos, mesmo os de minorias mal conhecidas e mal compreendidas.

Seria, na nossa opinião, de todo o interesse realizar um trabalho de campo nesta área, desta vez com incidência nos doentes e cuidadores mais próximos que usufruem, ou não, desta atenção não discriminatória nos nossos hospitais. O estudo da perceção subjetiva destes permitiria ter acesso a outros discursos e outras narrativas sobre a importância da espiritualidade e religiosidade em contexto hospitalar no campo da saúde e da doença, bem como à dimensão relativa à sua atenção e integração nos cuidados neste campo. Sem dúvida que esta é uma dimensão a equacionar em futuros estudos.

Uma outra dimensão não atendida neste estudo foi a de contactar com as igrejas 'mais fechadas', sejam elas Batistas, Evangélicas não ecuménicas ou outras. São excluídas ou autoexcluem-se, como nos foi dado a entender?

BIBLIOGRAFIA

- ALVES, F. (2011). *A doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto: Edições Afrontamento.
- ARAÚJO, I.M.B. (2004). *Aprendem doença, educam para a saúde: Influência da Formação, em futuros profissionais de saúde, em concepções de saúde/doença, educação para a saúde e sua implementação*. Braga:Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia.
- ARAÚJO. M.M.L (2009). *As Misericórdias Quinhentistas. Penafiel: Actas das II Jornadas de Estudo sobre as Misericórdias*.
- ASSUNÇÃO, L. M. (2010). *Campo Psiquiátrico e campo religioso: entre diálogos e tensões*. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de sociologia, Programa de pós-graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo.
- BARDIN, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BETHUNE, P. (2007). *L'Hospitalité Sacrée entre les Religions*. Editions Albin Michel.
- BOLANDER, V. E. (1998). *Enfermagem Fundamental- Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa. Lusodidacta. 31-51.
- BOURDIEU, P. (1996). *Lição sobre a Lição*. V. N. Gaia: Estratégias criativas.
- (1999). *Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.
- ELIAS, N. (1991). *La Société des Individus*. Paris: Fayard.
- BYNUM. W.F. (1994). *Science and practice of medicine in the nineteenth century*. London: Cambridge University press.
- CALLAHAN, D. (2002). *The Role of Complementary & Alternative Medicine*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.

- CALLAHAN, D. (2002). *The Role of Complementary & Alternative Medicine*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- CARAPINHEIRO, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos serviços Hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.
- CARMO, A. (2001). *Antropologia das Religiões*. Lisboa: Universidade Aberta.
- CARMO, H. (2005). *Multiculturalidade e educação à distância: o desafio da diversidade*. In *Des(a)fiando discursos: Homenagem a Maria Emília Ricardo Marques*. Lisboa: Universidade Aberta. Pág. 159-177.
- CARMO, H. e FERREIRA, M. M., (2008) *Metodologia da Investigação – Guia para auto-aprendizagem*”. Lisboa: Universidade Aberta, 2ª edição.
- CARMO, H. (2011). *Teoria da Política Social (Um olhar da Ciência Política)*, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais e Políticas
- CASTRO, C.M.C.S.P., (2007) *Percepção dos enfermeiros sobre os contributos do curso de complemento de formação em enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Universidade Aberta
- COLLINS, S. F. (2007). *A Linguagem de Deus: a ciência apresenta provas para a Fé*. Lisboa: Editorial Presença.
- DINIS, R.P.A.B. (2006). *A Família do Idoso: o Parceiro Esquecido?. Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos enfermeiros*. Lisboa: Universidade Aberta.
- DUNNE, T. (2001). *Spiritual Care at the end of Life*. in *The Hastings Center Report*, Abril vol.31 (2)
- FLECK, M. P. de A. (2000). *Instrumento De Avaliação De Qualidade De Vida Da Organização Mundial De Saúde (Whoqol-100) : Características E Perspectivas*. In *Ciência e Saúde Colectiva*, Janeiro-Março, ano/vol. 5, número 001 Associação Brasileira de pós-Graduação em Saúde colectiva. Rio de Janeiro, Brasil pp.33-38

- (2003). *Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais*. In Revista da Saúde pública, 37(4):446-55
- FOUCAULT, M. (2003, 1ª ed. 1980). O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- FREDERICO; M., LEITÃO; M. (1999) – *Princípios de administração para enfermeiros* (1ª Edição). Coimbra: Edições Sinais Vitais
- GENTIL, F. - Sobre Hospitais. “ A Medicina Contemporânea”, Lisboa, n.º 19/20, 1 a 13 de Outubro de 1944, s/p. in GOMES, R. M. (2009). *Hospital de S. João-50 anos de Sonho e Resistência*. Edição Hospital de S. João
- GOMES, R. M. (2009). *Hospital de S. João-50 anos de Sonho e Resistência*. Edição Hospital de S. João
- GOODE, W., HATT, P. (1968). *Métodos em Pesquisa Social*. S. Paulo: Comp. Ed. Nacional.
<http://eseigcristina.no.sapo.pt/documentos/patrimoniocumental.pdf>
(consultado na Internet em 02/12/2010).
- GTRS – Grupo de Trabalho Religiões e Saúde (2011). Simpósio Interreligioso e Interdisciplinar *Pessoa/Doente, Sociedade/SNS, Laicidade e Religiões*. Fundação Colouste Gulbenkian. Lisboa.
- HARDWIG, J. (2000). *Questões espirituais no final da vida: um convite à discussão*. in *Mundo Saúde* São Paulo, v.24, n.4, Jul/Ago.
- HENRIQUES, Marília Franco; MONTEIRO, Zélia Cristo S; LÚCIA, Ana – *O enfermeiro e a morte*. Lisboa: Revista Servir, 1993. Vol. 44, nº1 (Maio). p. 9-17.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Inquérito de qualidade: Censos 2001: XIV Recenseamento geral da População: IV Recenseamento geral da habitação – Instituto Nacional de Estatística – Lisboa: Ine 2003.

JOÃO, M.I., *Memória, História e Educação. Núcleo de estudos históricos.* Universidade do Minho. Braga, 2005. Separata da Revista, NW, Noroeste, revista de história 2005,1.

K.A., B. (2004) *Spirituality, Meaning and Transcendence: palliative and supportive care.* Cambridge Univ Press.

LEIGHTON, S.(1996) When mortality calls, don't hang up *in Spiritual Life*, 42(3):150-157.

LÉSSARD-HÉBERT, M., et al. (2005). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas.* Lisboa: Instituto Piaget, 2ª edição.

LIMA, M. (1981) *O Inquérito Sociológico: problemas de metodologia.* Lisboa: Editorial Presença.

Livro Branco da Humanização. (2008). Edição Hospital de S. João Patrocinada pelo Montepio.

LOCKE, John. (s/d) Carta sobre a Tolerância, Tradução Berta Bustorff Silva, introdução e análise de Marcello Fernandes e Nazaré Barros. Lisboa. Lisboa Editora.

MECABO, M.F. (2010). *O Diálogo Inter-religioso e suas Interpelações.* In http://www.cic-castres.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1129%3Ale-dialogue-inter-religieux-et-ses-interpellations&catid=77%3Areflexiones&Itemid=828&lang=pt (consultado em 31/01/2011).

MINISTÉRIO DAS OBRAS PÚBLICAS. (1959). *Faculdade de Medicina e Hospital de S. João.* Porto: Ministério das Obras Públicas, s/p.

MONTEIRO, H. (1926) *Origens da cirurgia portuguesa.* Porto: Edição do Autor.

NEWBERG, A., M. D., WALDMAN M. R. *How God changes your brain: Breakthrough Findings from a Leading Neuroscientist*. New York: Ballantine Books.

NUNES, M.L.M.S.S.N. (2010). *Representações e vivências do corpo doente em diferentes culturas*. Doutoramento em psicologia – especialidade em psicologia intercultural. Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos. Lisboa: Universidade Aberta.

PARGAMENT, K. I. (2007). *Spiritually Integrated Psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. USA: The Guilford Press.

PARSONS, T. (1951). *The Social System*. Nova Iorque: Free Press.

PESSINI, L.(2003). *Como lidar com o Paciente em fase Terminal*. 5 ed. São Paulo: Santuário. p.151.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V. (2008). “*Manual de investigação em Ciências Sociais*”. Lisboa: Gradiva, 5ª edição.

RIBAS, F.; SILVA, C. (2005). *Património documental / Aparelho Administrativo*. Vila do Conde: Instituto Politécnico Do Porto Escola Superior De Estudos Industriais E De Gestão Ciências e Tecnologias da Documentação e Informação.

ROSAS, F. (1996) *Salazar, António de Oliveira (1889-1970) in “Dicionário de História do Estado Novo”*, dir. Fernando Rosas e J. M. Brandão de Brito, VOI.2. Lisboa: Círculo de Leitores, pp. 865 e 868.

[SÁ, I. G.](#) (1995). *Os Hospitais Portugueses entre a assistência medieval e a intensificação dos cuidados médicos no período moderno: Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora*. Évora: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.

- (2001). *As Misericórdias Portuguesas de D. Manuel I a Pombal*. Lisboa: Livros Horizonte.

- SAMPIERI, R. H., et al. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. S. Paulo: Mc-Graw-Hill, 3ª edição.
- SILVA, A. C. (2010). *A Capelania Hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico*. São Leopoldo : Escola Superior de Teologia Programa de Pós-Graduação em Teologia.
- SILVA, A. S., PINTO, J. M. (org.). (2007). *Metodologia das Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Afrontamento, 14ª edição.
- SILVA, L. F. (2008). *Saber Prático de Saúde. As lógicas do Saudável no Quotidiano*. Porto: Edições Afrontamento.
- STRAWBRIDGE, W. J., et al (1997). *Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years in American Journal Public Health* vol. 87 Jun 1997.
- TEIXEIRA, F. (2010). *Fundamentos e possibilidades para um diálogo inter-religioso hoje*. In <http://fteixeira-dialogos.blogspot.com/2010/04/fundamentos-e-possibilidades-do-dialogo.html> (consultado em 31/01/2011).
- (s/d). *O Diálogo Inter-religioso no tempo da cidadania da identidade*. In www.iserassessoria.org.br/novo/arqsupload/92.DOC (consultado em 31/01/2011).
- TEIXEIRA, P. F. (2006). *Diante da morte-Representações sociais da morte em enfermeiros diante da morte*. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- UNSCHULD, P. U. (1988). *Medicine in China: A History of Ideas*. Paperback. University of Califórnia.
- VOLTAIRE, (1999). *Tratado da Tolerância*. Lisboa: Ed. Antígona.
- WHO (World Health Organization). (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: Basic documents. WHO.

W.H.R.,Rivers, (1924) *Medicine, Magic and Religion*. London and New York: Routledge Classics, Reedição, 2002.

ZARIFIAN, É. (2001). *La Force de guérir*. Paris: Éditions Odile Jacob.

WEBGRAFIA:

Agencia Eclésia (2002). Recenseamento da Prática Dominical. <http://www.ecclesia.pt/rpd/> (Consultado em 09/04/12)

Agência Eclésia (2005). *Jovens constroem o ecumenismo em Portugal*. <http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=24550> (consultado em 22/08/11)

BATISTA, R. (2010). *Hospital S. João constrói primeiro Lugar de Culto Multi-Religioso do país*. In <http://www.construir.pt/2010/03/23/hospital-s-joao-constro-i-primeiro-lugar-de-culto-multi-religioso-do-pais/> (consultado a 15/10/10).

Budismo. <http://pt.wikipedia.org/wiki/Budismo> (consultado em 5/01/12)

BUSCATO, M. (2009). A Fé faz bem à Saúde. In <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI64993-15224,00-A+FE+QUE+FAZ+BEM+A+SAUDE.html> (consultado a 15/10/10)

CARMO, O. (2004) O Plano Nacional de Saúde engloba a assistência espiritual e religiosa aos doentes. Agência Eclésia <http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=6729> (consultado em 16/10/10)

CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE INTERNADO - Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde. MINISTÉRIO DA SAÚDE.

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf> (consultado em 17/10/10)

CARVALHO, R. (2010). *Capela partilhada por várias religiões para dar apoio aos doentes*. DN Portugal.

In http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1512928 (consultado em 15/06/10).

COMISSÃO ECUMÉNICA (s/d). *Uma Apresentação*.

<http://www.ecumenismoporto.org/index.php/apresentacao> (consultado em 22/08/11)

COMISSÃO ECUMÉNICA, s/d. *Grupo de Contacto Ecuménico da Capelania do Hospital de S. João*.

http://www.ecumenismoporto.org/index.php?option=com_content&view=article&id=79:grupo-de-contacto-ecumenico-da-capelania-do-hospital-de-s-joao&catid=78&Itemid=468 (Consultado em 15/03/12)

COMISSÃO ECUMÉNICA, s/d. Frei Bernardo Corrêa d'Almeida [Encontro Inter-Religioso celebrando o Espírito de Assis](#)

http://www.ecumenismoporto.org/index.php?option=com_content&view=article&id=104:encontro-inter-religioso-celebrando-o-espírito-de-assis&catid=85:noticias&Itemid=470 (Consultado em 15/03/12)

Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). (1946) in <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm> (consultado a 14/02/2011).

DIAS, T e RIOS, P (2008). *Imigração: Boa convivência no "quarteirão asiático" do Porto pode não significar integração adequada*. Jornalismo Porto Net. Universidade do Porto, Ciências da Comunicação. http://jpn.icicom.up.pt/2008/08/28/imigracao_boa_convivencia_no_quarteirao_asiatico_do_porto_pode_nao_significar_integracao_adequada.html
[Consultado em 28/12/11](#)

DN Portugal – Religiosidade.- Publicado em 9/09/2010.

ttp://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1658161
consultado em 9/04/12.

DIÁRIO DE NOTÍCIAS de 07 de Março de 2010

DUQUE, J. (2009). *Ecumenismo em Portugal*. Agência Eclésia.
<http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=68435> (consultado em
16/10/10)

CRUZ, L. (2007). Diálogo inter-religioso: O desafio do nosso tempo. in
<http://www.alem-mar.org>(consultado em18/10/10)

História, Comunidade Israelita do Porto. [http://www.comunidade-israelita-
porto.org](http://www.comunidade-israelita-porto.org) (consultado em 28/12/11)

HUMBERTO, J. (s/d). O Novo Governo, a Aliança Evangélica Portuguesa e a
Liberdade religiosa. in <http://www.portalevangélico.pt/> (consultado a
9/10/10)

PANDIT, M., PASHLEY, D. (2009). *Krishna: History or Myth*.
<http://www.vimeo.com/23935491>

LUSA, Agência de Notícias de Portugal. (2009). *Nove religiões criam grupo de
trabalho para avaliar assistência religiosa nos hospitais in*
[http://ww1.rtp.pt/noticias/?t=Nove-religioes-criam-grupo-de-trabalho-para-
avaliar-assistencia-religiosa-nos-
hospitais.rtp&article=303659&visual=3&layout=10&tm=8](http://ww1.rtp.pt/noticias/?t=Nove-religioes-criam-grupo-de-trabalho-para-avaliar-assistencia-religiosa-nos-hospitais.rtp&article=303659&visual=3&layout=10&tm=8) (consultado em
15/10/10)

MATEUS, L. M. (2007). *Capelas, capelanias e decorações confessionais em
unidades hospitalares e centros de saúde da rede pública*. In
[http://www.laicidade.org/2007/06/07/rl-capelas-decoracoes-carta-ministro-
saude/](http://www.laicidade.org/2007/06/07/rl-capelas-decoracoes-carta-ministro-saude/) (consultado em 14/06/10).

NUNO, J. (2004). *Assistência espiritual e religiosa hospitalar*. Agência Eclésia in <http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=6384> (consultado em 10/06/10).

Portugal Diário. (2008). *Acordo para assistência religiosa nos hospitais «praticamente terminado»* in <http://diario.iol.pt/sociedade/ministra-da-saude-religiao-espiritualidade-igreja-catolica-saude-portugal-diario/1020650-4071.html> (consultado em 20/06/10).

PRESTES, F. (2011). Capitalismo precisa de corretivo, diz Boaventura de Souza Santos. In <http://sul21.com.br/jornal/tag/intolerancia/> (cons. Em 14/04/2012)

RALHA, T. (coord.) (s/d). *Assistência Religiosa*

<http://www.pontemargem.org/default.php?area=6&submenu=19>

(consultado em 17/10/10)

Roche. (s/d). *O doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas*. in <http://www.roche.pt/sites-tematicos/infocancro/index.cfm/apoio/cddi/cddi-conviccoes/> (consultado em 10/06/10).

RR, Renascença. (2009). *Comissão pode ajudar a aplicar assistência religiosa aos doentes*. In

http://rr.sapo.pt/informacao_detalhe.aspx?fid=95&did=83521 (consultado

em 12/06/10).

RR, Renascença. (2009). *Encontro inter-religioso debate assistência religiosa*.

In http://rr.sapo.pt/informacao_detalhe.aspx?fid=95&did=83351

(consultado em 12/06/10).

RR, Renascença. (2009). *Religiões reúnem hoje para definir assistência nos hospitais* in http://rr.sapo.pt/informacao_detalhe.aspx?fid=95&did=83416.

(consultado em 12/06/10).

Santuário de Fátima. (2006). I assembleia nacional de capelães, assistentes espirituais e animadores pastorais hospitalares - Conclusões. In<http://www.santuario-fatima.pt/portal/index.php?id=2076> (consultado em 14/06/10).

SOLIDARIEDADE- Mensário da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade in
<http://www.solidariedade.pt/resultados.php?pesquisa=capelarias>
(consultado a 9/10/10)

SORG, L. (2009) *O Cérebro do Ateu é diferente. In*
<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI65036-15224,00.html>
(consultado a 10/12/10).

TVI (2010). Espaço Multireligioso vai fazer parte de novos hospitais in
<http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/religiao-saude-hospitais-tvi24/1149611-4071.html>

Voz Portucalense (2003).Hospital de S. João promove celebração ecuménica
Agência Eclésia <http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?&id=957>
(consultado em 15/10/10)

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A N.º 143 — 22 de Junho de 2001,.

DIÁRIO DA REPÚBLICA - 1.ª SÉRIE — N.º 185 — 23 de Setembro de 2009,
Decreto-Lei n.º 253.

Constituição da Organização Mundial de Saúde

In <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>

ANEXOS

Anexo 1 - Caracterização dos entrevistados

	Confissão religiosa	Sexo	Idade	Habilitações Literárias	Profissão na sociedade civil	Situação profissional	Função na Comunidade Religiosa	Obs.
Entrevistas Exploratórias	Católica	F		Licenciatura	Enfermeira	Empregada	Membro do Grupo de contacto Ecuménico	
	Budista	F	57		Escritora e formadora		Monja	
	Católico	M	48	3º Ciclo	Escritor		Membro ativo	
	Católico	M	52	Licenciatura	----	-----	Padre Ex-capelão do H.S.J.	
AMOSTRA	Islamismo	M	58	Licenciatura	----	-----	Imã	
	Igreja Metodista	M	65	Licenciatura	----	-----	Pastor *	* Aposentado ainda no ativo
	Igreja Lusitana	M	67	Licenciatura	Bancário	Aposentado	Bispo	
	Igreja Greco -católica	M	22	Universitário	Estudante	----	Membro ativo	R1
		M	18	3º Ciclo	Estudante	----	Membro ativo	R2
		M	21	Universitário	Estudante	----	Membro ativo	R3
		F	17	3º Ciclo	Estudante	----	Membro ativo	R4
		M	45	3º Ciclo	Indiferenciado	Empregado		Membro ativo
	Igreja Católica	M	46	Licenciatura Mestrado Master Doutoramento	-----	-----	Padre Capelão Hospitalar	
	Igreja Evangélica Alemã	M	74	Licenciatura	-----	-----	Diácono	
	Igreja Ortodoxa de Constantinopla	M	45	Licenciatura	----	-----	Arquimandrita (Vigário para Portugal e Galiza)	
Judaísmo	M	56	Doutoramento	Presidente do IPAM	Empregado	Presidente da Comunidade Judaica no Porto		
Hinduísmo	M	69	1º ciclo	Comerciante	Aposentado	Membro ativo		

Anexo 2 - GUIÃO DA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA Nº1

I – Capelania Hospitalar Católica

- Organograma
- Funcionamento
 - Objetivos da Capelania?
 - Estratégias de ação?
 - Impacto no quotidiano?
 - Como é proposta a assistência aos doentes?
 - Quem toma a iniciativa (o doente ou o assistente)?
 - Que tipo de assistência é oferecido?
 - O que mais procuram as pessoas?
 - O apoio limita-se aos doentes ou abrange também os familiares?
 - Que tipo de reações desencadeia a aproximação do assistente religioso? (Positivas ou menos positivas)
 - Há diferentes tipos de procura? Do que depende? Em sua opinião depende da gravidade da doença?
 - Como se faz o acompanhamento em fase terminal?
 - O que é que a religião tem a ver com a doença e com a saúde?
 - Qual a sua importância na recuperação dos doentes?
 - Qual a sua importância nos casos mais graves de doença terminal?

II – Projeto Inter-religioso do HSJ

- Porquê?
- Como surgiu? Quem tomou a iniciativa?
- Quais as confissões religiosas intervenientes?
- Como e por quem foram contactadas?
- Como se desenrolou o processo de diálogo entre as partes?
- Como está a ser implementado?
- Que mudanças trouxe à assistência neste Hospital?
- Como se estabelece o contacto entre os assistentes das diversas confissões e os doentes?
- Que diferenças/semelhanças existem entre a assistência disponibilizada pelas diversas confissões?
- Que resposta tem cada uma relativamente à doença, à cura ou à morte?
- Como é que o Projeto responde à Missão de cada uma das confissões religiosas?
 - Na relação interpessoal
 - No serviço social

III – Diálogo Inter-religioso

- Como interagem as diferentes confissões religiosas?
- Há cooperação ou competição? O contexto hospitalar introduz certamente alguns constrangimentos e potencialidades. Em sua opinião quais são?
- Com que frequência existem celebrações conjuntas?
- Como reagem os doentes da enfermaria ao verificarem a presença de assistentes de uma confissão religiosa que não é a sua?
- Qual a relação entre os assistentes e os diferentes técnicos hospitalares?
- Qual o impacto das religiões em contexto hospitalar - espaço de tratamento, de cura e de morte...

Anexo 3 - GUIÃO PARA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA Nº2

- Como encontrou o Budismo?
- Que novas respostas encontrou?
- Qual é atitude do Budismo perante a doença? E a morte?
- Como caracteriza a implementação do Budismo em Portugal?
- Que tipo de relação o Budismo estabelece com outras confissões religiosas?
- Existe algum projeto de diálogo inter-religioso em curso em Portugal?
- Como chegou o Budismo ao Projeto de Assistência Inter-religiosa do Hospital de S. João?
- A partir dos primeiros contactos, algo mais foi feito?
- Que relação existe entre o Budismo e a Capelania do Hospital de S. João?
- Há um número de utentes Budistas representativo no Hospital de S. João?
- O Budismo tem participado em encontros de formação para futuros profissionais de saúde. Que importância atribui a essa participação?
- A construção do espaço inter-religioso no Hospital de S. João é importante para o respeito da diferença?
- Sente as comunidades mais abertas às confissões menos representativas da nossa sociedade?

Anexo 4 – GUIÃO DA ENTREVISTA EXPLORATÓRIA Nº3

I – Capelania / Doente

- Como e porquê se estabeleceu o contacto?
- Porque procurou a capelania?
- O que recebeu de mais importante da parte da capelania? Em que isso o ajudou? A que níveis?
- Em sua opinião, a capelania está aberta à diferença? De que forma?
- Em sua opinião é importante a assistência religiosa aos doentes? Porquê?

II – Doente/Capelania

- Como se envolveu no trabalho da Capelania?
- Qual o seu contributo para o trabalho e missão da capelania? A que níveis? Que temas trata? O que faz concretamente?
- Como foi a aceitação no grupo por parte dos outros membros?
- Em sua opinião, qual é a função na Capelania?

III – Formação

- Como aparece a dar formação aos profissionais e/ou alunos? Em que áreas? Quais os objetivos?
- Que aceitação sente na audiência?
- Estas formações formam/sensibilizam realmente os que as frequentam?
- Qual a abertura dos profissionais de saúde e os futuros médicos e enfermeiros face aos temas que trabalha com eles?

IV – Projeto Inter-religioso do HSJ

- Costuma participar nas celebrações ecuménicas? Porque participa? Como participa?
- Que importância atribui ao trabalho realizado pela Comissão de Contacto Ecuménico?
- Que pode dizer acerca do alargamento às confissões não cristãs? O que sabe sobre esse processo?
- Como se está a viver esta abertura inter-religiosa no hospital?

Anexo 5 – ENTREVISTA EXPLORATÓRIA Nº4

- Apresentação
- Quanto tempo foi Capelão o Hospital de S. João?
- Qual o processo de nomeação?
- Como era formada a equipa da capelania?
- Quais os objetivos da Capelania?
- E as estratégias de ação?
- Como era o dia-a-dia do Capelão?
- Como era proposta a assistência aos doentes?
- Que tipo de assistência era oferecido?
- Ao longo desses anos o que sentiu que as pessoas buscavam?
- O apoio limitava-se aos doentes ou abrangia também os familiares?
- Que tipo de reações desencadeava a aproximação do assistente religioso? (Positivas ou menos positivas)
- Sentia haver diferentes tipos de procura? Do que dependia? Em sua opinião dependia da gravidade da doença?
- O Sr. Padre acompanhou muitos doentes em fase terminal? Como fazia esse acompanhamento?
- Qual o papel da religião na doença e na saúde?
- Qual a sua importância na recuperação dos doentes?
- Qual a sua importância nos casos de doença terminal?
- Que importância atribui a Igreja à Pastoral da Saúde?
- Como viveu pessoalmente esses anos de Capelão?
- Já havia assistência religiosa por parte das outras igrejas cristãs?
- E das outras religiões?
- Como se processava?

Anexo 6 – INQUÉRITOS POR ENTREVISTA

I Parte – Identificação

I.a) Idade _____

I.b) Sexo Masculino

Feminino

I.c) Zona Geográfica de Residência Concelho _____

Freguesia _____

I.d) Habilitações Escolares Superior

Básico 3

Secundário

Básico 2

Básico 1

Nenhum

I.e.1) Profissão Descrição _____

I.e.2) Condição Face ao trabalho Empregados (ativos)

Domésticas

Reformados

Estudantes

Outros _____

I.f.1)

Função na Confissão Religiosa que representa

I.f.2)

Lugar Hierárquico

II Parte - Identificação e caracterização da Confissão Religiosa

II.a.1) Qual a Confissão Religiosa que representa?

Católica Evangélica Alemã Evangélica Metodista

Anglicana Lusitana Ortodoxa Hinduísmo

Islamismo Judaísmo Budismo Outra Qual _____

II.a.2) Onde se encontra a comunidade que perfilha esta confissão religiosa para celebrar o culto?

Igreja Mesquita Sinagoga Templo

Outro Qual? _____

II.a.3) Quantas pessoas, aproximadamente, fazem parte da sua comunidade?

II.a.4) A Comunidade encontra-se nesse local:

Várias vezes por dia Diariamente Bissemanalmente

Semanalmente Mensalmente Outra Qual? _____

II.a.5) Quantas pessoas, aproximadamente, frequentam assiduamente essas celebrações?

II.b) Em que consiste a celebração do culto?

II.c) Como caracteriza sumariamente a sua confissão religiosa? (verdades inquestionáveis, normas, valores principais,...)

II.d) Em sua opinião, qual o seu traço distintivo face a outras confissões religiosas?

III parte – Projeto Inter-religioso do Hospital de S. João

III.a) – Função que desempenha no Projeto Inter-religioso?

Porquê? _____

(Se não é a pessoa que representa a Confissão Religiosa no Projeto, explique qual o seu nível de intervenção e porquê.)

III.b) Antes da existência do Projeto Inter-religioso, como era a relação da sua Confissão religiosa com o Hospital?

- a) Tinha acesso aos doentes?
- b) Em que circunstâncias prestava assistência?
- c) Havia pedidos?
- d) Quem mediava ou estabelecia o contacto?

III.c) Relativamente ao Projeto Inter-religioso na sua opinião...

a) Em que consiste o Projeto?

b) Qual o seu âmbito de atuação?

c) Quais os seus objetivos?

d) Qual a justificação de um Projeto deste tipo?

e) O que mudou com o Projeto?

III.d)- Em sua opinião, há algum tipo de liderança no Projeto?

Considera-a necessária? Porquê? _____

IV Parte – Assistência prestada aos doentes

IV.a) Como pode o doente que pretende assistência por parte da sua Confissão Religiosa fazer-lhe chegar o seu pedido?

IV.b) Tem efetuado visitas a doentes da sua Confissão Religiosa internados no Hospital de S. João?

SIM

NÃO Porquê? Foi impedido? Não teve solicitações?

Se respondeu SIM, essas visitas têm a periodicidade média

Diária Semanal Mensal Outra Qual? _____

IV.c) Quando vai prestar assistência aos doentes que o solicitem, o encontro dá-se:

Na enfermaria No corredor Na capela

Noutro espaço Qual? _____

IV.d) O doente está só? Sim

Não Quem o acompanha? _____

IV.e) O que procuram os doentes por ordem de importância?

Celebrações de cariz religioso

Apoio espiritual

Apoio humano

Outro Qual? _____

IV.f) Explique mais detalhadamente, em que consiste e como se processa essa sua ação.

IV.f) Qual o impacto da assistência que presta a sua Confissão Religiosa no doente?

IV.g) Em algum momento essa assistência religiosa se alarga à família?

Porquê?

Como?

V Parte – Articulação entre Confissões Religiosas

V.a) – No âmbito do Projeto Inter-religioso são promovidas, no Hospital de S. João, estratégias/ações comuns a todas as confissões religiosas integradas nele? Quais?

V.b) – Participam representantes de todas as Confissões Religiosas que estiveram presentes desde o início?

Sim

Não

Funções exercidas nessas ações _____

V.c) – No âmbito do Projeto Inter-religioso são promovidas, no Hospital de S. João, estratégias/ações que não sendo comuns a todas as confissões religiosas integradas nele, são específicas de apenas algumas delas? Quais? Porquê?

V.d) – Relativamente à construção do Espaço Inter-religioso, a sua Confissão Religiosa sente grande necessidade dele? Porquê?

a) Que esperam encontrar nesse Espaço? (por exemplo símbolos)

b) Que esperam não encontrar nesse Espaço? (por exemplo símbolos)

V.e) – Como se articulam e compatibilizam confissões religiosas tão diferentes?

V.f) – Nessa articulação, que o Projeto Inter-religioso pressupõe, identifica algum tipo de tensões/conflitos? Quais? Porquê?

V.g) – São sentidos conflitos dentro da sua própria Confissão Religiosa? A que nível? Porquê?

VI Parte –

VI.a) – Há ações conjuntas desenvolvidas por diferentes confissões religiosas fora do Hospital? Quais?

Que confissões religiosas envolvidas? Com que objetivo?

VI.b) – Existem outro tipo de relação fora do hospital? A que níveis?

VI.c) – Articulam com outras comunidades, grupos ou organizações? A que nível?

VII Parte – Religião e Desafios

VII.a) – Quais os desafios que a religião coloca à organização hospitalar, em particular aos seus profissionais?

VII.b) – O Projecto contempla os profissionais no seu âmbito de atuação? Como? A que níveis? Como tem corrido essa articulação?

VII.c) – Como é que cada religião se debate com as diferenças culturais a nível das concepções e práticas de cuidado na doença? (diferenças a nível da alimentação, do relacionamento com o corpo, ...)

VIII Parte – A Conceção da Doença e da Morte para cada Confissão Religiosa

VIII.a) – Qual é concepção da sua confissão religiosa face à doença?

VIII.b) – Preconiza alguma regra especial a ser respeitada no contacto com o corpo do doente?

VIII.c) – Qual é concepção da sua confissão religiosa face à morte?

VIII.d) – Preconiza alguma regra especial a ser respeitada no contacto com o corpo do defunto?

VIII.e) – As rotinas hospitalares e a atuação dos profissionais podem, de alguma forma, colidir com as regras de cuidado com o corpo recomendadas pela sua confissão religiosa? Dê exemplos.

VIII.f) - Que articulação é feita ou deveria ser feita a esse nível com os profissionais de saúde para os formar/sensibilizar para essas realidades?

	<p>2.3 – Frequência do Culto</p>	<p>2.2.3 Igreja Lusitana</p> <p>2.2.4 Igreja Evangélica Alemã</p> <p>2.2.5 Igreja Greco Católica</p> <p>2.2.6 Igreja Ortodoxa de Constantinopla</p> <p>2.2.7 Islamismo</p> <p>2.2.8 Judaísmo</p> <p>2.2.9 Budismo</p> <p>2.2.10 Hinduísmo</p> <p>2.3.1 Igreja Católica Romana</p> <p>2.3.2 Igreja Metodista</p> <p>2.3.3 Igreja Lusitana</p> <p>2.3.4 Igreja Evangélica Alemã</p> <p>2.3.5 Igreja Greco Católica</p> <p>2.3.6 Igreja Ortodoxa de Constantinopla</p> <p>2.3.7 Islamismo</p>	
--	----------------------------------	---	--

	<p>2.6 – Relações com outras Igrejas ou Confissões Religiosas</p>	<p>2.5.3 Igreja Lusitana</p> <p>2.5.4 Igreja Evangélica Alemã</p> <p>2.5.5 Igreja Greco Católica</p> <p>2.5.6 Igreja Ortodoxa de Constantinopla</p> <p>2.5.7 Islamismo</p> <p>2.5.8 Judaísmo</p> <p>2.5.9 Budismo</p> <p>2.5.10 Hinduísmo</p> <p>2.6.1 Igreja Católica Romana</p> <p>2.6.2 Igreja Metodista</p> <p>2.6.3 Igreja Lusitana</p> <p>2.6.4 Igreja Evangélica Alemã</p> <p>2.6.5 Igreja Greco Católica</p> <p>2.6.6 Igreja Ortodoxa de Constantinopla</p> <p>2.6.7 Islamismo</p>	
--	---	---	--

<p>4 – Projeto Inter-religioso</p>	<p>3.2– O Conselho Pastoral</p> <p>4.1 – Grupo de Contacto Ecuménico</p> <p>4.2 – Todas as Religiões</p> <p>4.3. – Diálogo Inter-religioso</p>	<p>3.1.4 – Anos 90</p> <p>3.1.5 – 2000...</p> <p>4.1.1 – Membros</p> <p>4.2.1 – Budismo</p> <p> 4.2.1.1 – Implementação em Portugal</p> <p> 4.2.1.2 – Relação com outras religiões</p> <p>4.2.2 - Judaísmo</p>	
------------------------------------	--	--	--

	<p>6.3 – Conceção de morte</p>	<p>6.1.9 Budismo</p> <p>6.1.10 Hinduísmo</p> <p>6.2.1 Igreja Católica Romana</p> <p>6.2.2 Igreja Metodista</p> <p>6.2.3 Igreja Lusitana</p> <p>6.2.4 Igreja Evangélica Alemã</p> <p>6.2.5 Igreja Greco Católica</p> <p>6.2.6 Igreja Ortodoxa de Constantinopla</p> <p>6.2.7 Islamismo</p> <p>6.2.8 Judaísmo</p> <p>6.2.9 Budismo</p> <p>6.2.10 Hinduísmo</p> <p>6.3.1 Igreja Católica Romana</p>	
--	--------------------------------	--	--

<p>7- O Projeto</p> <p>7.1 – Identificação das religiões envolvidas</p> <p>7.2 – Objetivos e justificação do Projeto inter-religioso</p> <p>7.3 – Âmbito de atuação</p> <p>7.4 – Estratégias do Projeto</p>	<p>Projeto</p> <p>7.2.1 – Objetivos</p> <p>7.2.2 – Justificação</p> <p>7.3.1 – Encontros</p> <p>7.4.1 – Espaço Inter-religioso</p>	<p>Constantinopla</p> <p>6.4.7 Islamismo</p> <p>6.4.8 Judaísmo</p> <p>6.4.9 Budismo</p> <p>6.4.10 Hinduísmo⁴⁴</p> <p>7.1.3.1 – Colaboração em Formação</p> <p>7.1.3.2 – Orações com os doentes</p> <p>7.1.3.3 – Condições de acesso</p> <p>7.1.3.4 - Atitude</p>	
---	--	---	--

<p>7.5 – Ações conjuntas</p>	<p>7.5.1 – Dentro do Hospital</p> <p>7.5.2 – Fora do hospital</p> <p>7.5.3 – Religiões participantes</p> <p>7.5.4 – Religiões que fazendo parte do Projeto não participam nas ações</p> <p>7.6.1 – Padre Nuno</p>	<p>7.3.1.1 – Transversais a várias Igrejas</p> <p>7.4.1.1 – Desejo</p> <p>7.4.1.2 – Finalidade</p> <p>7.4.1.3 – Premência</p> <p>7.4.1.4 – Dificuldades</p> <p>7.4.1.5 – Propostas</p> <p>7.5.1.1 – Celebrações</p> <p>7.5.1.2 – Formações</p> <p>7.5.2.1 – Secretariado das Migrações</p> <p>7.5.2.2 – Celebrações</p> <p>7.5.2.3 – Iniciativas culturais</p>	
------------------------------	---	--	--

<p>7.6 – Identificação da liderança</p> <p>7.7 – Reflexos noutras Capelarias</p> <p>7.8 – Participação da Administração do hospital</p>		<p>7.5.2.4 – Relações de amizade</p> <p>7.5.2.5 - Encontros</p> <p>7.5.4.1 – Motivos</p> <p>7.5.4.2 - Singularidades</p>	
---	--	---	--

Anexo 8 – MANUAL DE ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA HOSPITALAR

SÓ SE RESPEITA O QUE SE CONHECE. POR ESTA RAZÃO, O GRUPO DE TRABALHO RELIGIÕES SAÚDE PROPÕE ESTE MANUAL, A TODOS OS QUE, NO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL, SÃO INTERLOCUTORES DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PORQUE ESTÃO DOENTES OU A ESTES SÃO PRÓXIMAS. AQUI, TODOS PODEM ENCONTRAR O QUE É FUNDAMENTAL CONHECER DE CADA TRADIÇÃO RELIGIOSA, PARA RESPEITAR OS SEUS MEMBROS. SABEMOS QUE A DOENÇA É OCASIÃO DE UMA VIVÊNCIA ESPIRITUAL MAIS INTENSA E TORNA MAIS PRECIOSA A FÉ, COMO FONTE DE SENTIDO E CONFORTO. UM OLHAR INTEGRAL SOBRE A PESSOA HUMANA SUJEITO DE CUIDADOS DE SAÚDE TORNA-SE, COM ESTE MANUAL DA ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA HOSPITALAR, MAIS ACESSÍVEL A TODOS. O QUE É BOM, PORQUE ESTE OLHAR É RESPONSABILIDADE DE TODOS.

MANUAL DA ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA HOSPITALAR



A elaboração deste instrumento seguiu de perto a 9.ª Edição revista e corrigida, de Junho de 2010, do documento *Pratique Soignante et Pratiques Religieuses* (Prática de Cuidados e Práticas Religiosas), das Capelarias dos Hospitais Universitários de Genebra.

Esta publicação é patrocinada pela Comissão Nacional da Pastoral da Saúde.



A edição deste Manual é da iniciativa do Grupo de Trabalho Religiões Saúde, criado em Dezembro de 2009, na sequência da publicação do Decreto-lei 253/2009, em 23 de Setembro, que regulamenta a Assistência Espiritual e Religiosa no SNS.

Em 4 de Outubro de 2011, no Simpósio Inter-religioso e Inter-disciplinar Pessoa/Doente, Sociedade/SNS, Laicidade e Religiões, integram o Grupo de Trabalho Religiões Saúde as entidades:

Igreja Católica

Conselho Português das Igrejas Cristãs

Aliança Evangélica Portuguesa

Igreja Ortodoxa - Patriarcado Ecuménico de Constantinopla

Comunidade Islâmica Portuguesa

União Budista Portuguesa

Comunidade Hindu Portuguesa

Comunidade Bahá'í de Portugal

Comunidade Israelita Portuguesa

União Portuguesa dos Adventistas do Sétimo Dia

APRESENTAÇÃO

É um tempo da maior importância, aquele em que se publica o MANUAL DA ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA HOSPITALAR. É um texto que aparece depois da promulgação do DL 253/2009 de 23 de Setembro. Se este Decreto-Lei regulou a assistência espiritual junto dos doentes hospitalizados, o Manual facilita a acessibilidade de todos ao apoio espiritual e religioso, qualquer que seja a prática de cada pessoa doente.

A Pastoral da Saúde vive este momento com o maior regozijo, precisamente porque sempre lutou para que todas as religiões pudessem dar o seu apoio aos doentes internados que se reclamam de uma confissão religiosa plenamente assumida. É o tempo da integração de todos, no projecto de humanização que a Assistência Espiritual e Religiosa contempla.

A partir de agora, todas as confissões religiosas têm acesso aos seus doentes e passa a ser possível uma harmoniosa relação ecuménica e inter-religiosa entre os ministros dos diversos cultos que venham a prestar serviço de espiritualidade nos hospitais.

Por outro lado, o Manual oferece ao mundo dos doentes e aos profissionais de saúde de todas as especialidades, as condições da actividade que os representantes das diversas religiões realizam.

Foi um trabalho lindíssimo aquele que foi construído pelas religiões que aderiram ao projecto. A Pastoral da Saúde está agradecida a todas as outras confissões religiosas pela simplicidade da partilha que proporcionaram.

Do Manual constam, em cada religião:

- As práticas religiosas e seus textos sagrados
- Os ritos do nascimento
- A alimentação e a prescrição religiosa
- Sentido e práticas na doença e no sofrimento
- Os ritos prescritos perante o mistério da morte

Com este instrumento de trabalho, os profissionais de saúde têm vantagem, para desenvolver junto dos doentes a terapia de acompanhamento indispensável ao cuidar. Por outro lado, todos se apercebem da dimensão terapêutica da espiritualidade. O acompanhamento espiritual e religioso é indispensável à cura e ao cuidar do doente.

Todos de mãos dadas podemos melhor servir o doente, razão de ser das nossas presenças na unidade hospitalar. Felicitamo-nos por estarmos tão próximos, como companheiros, no serviço aos que sofrem e que, na nossa presença, encontram um sentido de esperança.

Mons. Vítor Feytor Pinto

**IGREJA
ADVENTISTA
DO 7º DIA**

www.adventistas.org.pt

6

**PRÁTICAS
RELIGIOSAS**

Escritos Sagrados

A Bíblia: Antigo Testamento e Novo Testamento

Obras de edificação espiritual

Todo o género de literatura cristã apoiada na Bíblia

Práticas Religiosas

Leitura e estudo da Bíblia

Oração

Respeito pelo sábado (que se inicia na sexta-feira ao pôr-do-sol e termina no sábado ao pôr-do-sol)

Unção com azeite

Santa Ceia (com cerimónia de Lava-pés)

Festas

Natal, Páscoa

NASCIMENTO

Apresentação de crianças na Igreja.

Batismo de adultos por imersão.

ALIMENTAÇÃO

Contactar o doente ou a família, para saber qual o regime alimentar preferido: vegetariano ou omnívoro.

Se omnívoro: Sem carne de porco.

Nos restantes produtos cárneos, os animais devem ter unha fendida e ruminar.

No peixe, estes devem possuir escamas e barbatanas.

Nas aves são admitidas as aves de capoeira (com excepção do pato e do ganso)

**DOENÇA
SOFRIMENTO**

Visitas dos doentes por membros leigos e por ministros do culto.

A pedido do paciente ou dos seus familiares, a Santa Ceia (com cerimónia de lava-pés) é dada ao doente, desde que este tenha condições físicas para participar.

A pedido do paciente, é realizada a unção com azeite, em caso de doença grave ou prolongada.

Transfusão sanguínea e transplante de órgãos admitida.

MORTE

Prevenir o pastor da igreja a que o doente pertence.

Se necessário colocar o pastor em contacto com os familiares do defunto.

Autópsia e retirada de órgãos admitidos segundo a legislação do país.

7

FÉ
BAHA'Í

www.bahai.pt

	PRÁTICAS RELIGIOSAS	NASCIMENTO	ALIMENTAÇÃO	DOENÇA SOFRIMENTO	MORTE
	<p>Escritos sagrados Escritos do Báb, de Bahá'u'lláh e de 'Abdu'l-Bahá</p> <p>Festas principais: Ridván (declaração de Bahá'u'lláh) - 1.º Dia: 21 de Abril - 9.º Dia: 29 de Abril - 12.º Dia: 2 de Maio - Naw Ruz (Ano Novo Bahá'í) 21 de Março - ainda temos outros 5 dias comemorativos.</p> <p>Práticas religiosas Orações diárias individuais. Comemoração dos nove dias sagrados bahá'ís e suspensão do trabalho nesses dias. Reuniões devocionais e de consulta todos os 19 dias, chamados «Festa de dezanove dias», em cada localidade.</p>	<p>Não há ritos de nascimento.</p> <p>A criança é educada no respeito pelos princípios éticos e morais.</p> <p>A criança é encorajada a estudar as grandes religiões.</p>	<p>É recomendada uma alimentação equilibrada para corpo e espírito.</p> <p>Não há prescrições específicas, salvo a abstenção do consumo de estupefacientes, drogas e álcool, (excepto em casos de prescrição médica).</p> <p>Período de jejum Do nascer ao pôr do sol, durante 19 dias, antes do novo ano bahá'í. Estão dispensadas as crianças, as pessoas idosas, as mulheres grávidas ou que amamentam, os doentes e os viajantes.</p> <p>O jejum simboliza o desprendimento do mundo físico, é de natureza essencialmente espiritual e constitui um período de meditação e renovação interior.</p>	<p>É recomendado aos bahá'ís recorrerem aos cuidados médicos em caso de doença.</p> <p>A oração e a meditação são recomendadas.</p> <p>Transplantações de órgãos e transfusões de sangue são autorizadas.</p>	<p>Avisar a Assembleia Espiritual Local.</p> <p>Recitação de uma oração específica antes do funeral.</p> <p>Cremação não autorizada.</p> <p>O enterramento deve ter lugar a menos de uma hora de distância dos limites do local onde ocorrer a morte.</p>

	PRÁTICAS RELIGIOSAS	NASCIMENTO	ALIMENTAÇÃO	DOENÇA SOFRIMENTO	MORTE
<p>BUDISMO</p> <p>TER EM CONTA AS SENSIBILIDADES CULTURAIS (LAOS, CHINA, JAPÃO, ETC.), POR VEZES MAIS DETERMINANTES DO QUE A FILIAÇÃO RELIGIOSA.</p> <p>www.uniaobudista.pt</p>	<p>Escritos sagrados Sutras: discursos de Buddha contidos nas Escrituras existentes em páli, sânscrito, chinês e tibetano.</p> <p>As práticas quotidianas: variam segundo as capacidades do/da praticante. Existem diferentes níveis de práticas que vão desde a simples oração até a formas de meditação avançadas. O budista refugia-se nas Três Jóias (Buda, Dharma e Sangha), pelo menos uma vez por dia, ao recitar ou não uma oração.</p> <p>As festas religiosas são numerosas variando com a tradição. A mais importante é a Wesak: o dia do nascimento, da iluminação e da morte de Buddha Shakyamouni.</p> <p>Em geral, certos dias do calendário lunar, como os de lua cheia e lua nova, consideram-se mais importantes para as práticas.</p>	<p>Após o parto, algumas famílias apresentam a criança a um monge para receber a bênção.</p> <p>É importante precisar a hora, o minuto e o segundo do nascimento da criança (para posterior preparação do seu horóscopo).</p>	<p>Regime vegetariano recomendado mas não obrigatório. Alguns budistas são, porém, estritamente vegetarianos.</p> <p>Prescrição específica: os monges não comem depois das 12h00.</p>	<p>O budista pode acreditar no poder de cura da oração de um monge concentrada sobre (o) os órgãos doentes.</p> <p>Transplante de órgãos e transfusões de sangue admitidos.</p>	<p>O moribundo deve ser colocado em decúbito lateral direito e de preferência ser acompanhado por um monge ou budista credenciado antes e depois da morte.</p> <p>Após a morte o corpo é deixado, sempre que possível, em repouso durante dois ou três dias sem ser tocado. Caso seja de todo impossível, o corpo deve ser tocado, em primeiro lugar no topo da cabeça.</p>

**IGREJA
CATÓLICA**

www.ecclesia.pt

**PRÁTICAS
RELIGIOSAS**

Escrituras sagradas

A Bíblia: Antigo e Novo Testamento.

Práticas religiosas

Missa do domingo e das festividades

Sacramento da reconciliação (confissão).

Principais festividades

Natal, Páscoa, Ascensão, Pentecostes, Corpo de Deus; Assunção, Todos os Santos, Imaculada Conceição

Tempos Litúrgicos

Advento (quatro semanas anteriores ao Natal); Tempo do Natal (até ao Domingo após 6/Jan.); Quaresma (quarenta dias anteriores à Páscoa); Tempo Pascal (cinquenta dias após a Páscoa).

NASCIMENTO

Batismo: em caso de urgência, ministrado a pedido dos pais, a uma criança em risco de vida. Este sacramento pode ser ministrado por um membro da equipa que presta cuidados.

Para baptizar: verter a água sobre a cabeça da criança chamando-a pelo nome e dizendo: «... eu te baptizo em nome do Pai e do Filho e do Espírito Santo».

ALIMENTAÇÃO

A Quarta-feira de Cinzas e a Sexta-feira Santa são dias de jejum (abstenção de uma ou mais refeições) e de abstinência (abstenção de carne); a abstinência vigora em todas as sextas-feiras da Quaresma – entre a Quarta-feira de Cinzas (dia seguinte ao Carnaval) e a Páscoa; todas estas prescrições têm carácter facultativo para os doentes.

**DOENÇA
SOFRIMENTO**

A doença e o sofrimento não são castigo de Deus.

A pedido do doente, a comunhão é dada ao enfermo por um sacerdote ou alguém por ele mandatado, pelo menos aos Domingos e nas Festas de Guarda; se o doente o requer, todos os dias.

A seu pedido, o doente pode receber a unção com óleo designada por Santa Unção ou Unção dos Doentes, em caso de doença grave ou se for sujeito a uma cirurgia delicada; se estiver inconsciente ou desorientado, a santa unção pode ser pedida pela família; a Unção pode ser recebida mais do que uma vez.

Recepção de órgãos e transfusão sanguínea admitida.

MORTE

Administração do Viático por um sacerdote – última comunhão eucarística sob as formas do pão e do vinho (ou só deste, se o doente não puder engolir alimento).

Um ministro ou um leigo mandatado para tal pode fazer a Encomendação dos Moribundos na iminência da morte; logo após a morte, pode fazer-se a Encomendação da alma.

A autópsia é permitida segundo os procedimentos legais.

A doação de órgãos é admitida e vista favoravelmente; o mesmo quanto à dádiva do cadáver.

Juntar as mãos do defunto.

HINDUÍSMO

www.comunidadehindu.org

14

PRÁTICAS RELIGIOSAS

Escrituras:

Védas, Pouranas, Smritis, Mahabharata que contem o Bhagvad-Guitá, Vedânta e vários outros menos conhecidos.

Práticas:

orações mantras, ou na sua repetição, acompanhados de sons sagrados. Tudo isto pode ser acompanhado do acender da vela com ghee, e incenso. Oferendas de flores e frutas frescas ou frutos secos ou mesmo alimentos e principalmente doces.

As **Festas** mais importantes no calendário Hindu são: Ganesha Chaturthi, Maha Shivratri ou a grande Noite de Shiva, Navaratri Janmastami, Ramanavmi, Dassera, e Festa das Luzes ou DipaWali.

NASCIMENTO

É importante anotar rigorosamente a hora, minuto e segundo exactos do nascimento da criança, pois tudo na sua vida será influenciado por este precioso momento.

Ao nascer dizem que se deve adoçar a boca do recém-nascido por um membro inteligente saudável da família para que o bebé seja também brilhante. É auspicioso que os avós ao verem pela primeira vez o neto ofereçam ouro: pulseira, fio, brincos (ser for menina) ou mesmo uma libra.

Aos seis dias do nascimento, faz-se a cerimónia do "baptismo" ou de dar o nome ao novo rebento da Família.

ALIMENTAÇÃO

A grande maioria dos Hindus, não come carne de vaca, pois é considerado um animal sagrado. O resto é tendencialmente vegetariano. Convém perguntar ao paciente quais as suas preferências, pois nem todos os vegetarianos são Brâmanes.

DOENÇA SOFRIMENTO

Amuletos e fórmulas sagradas são usados especialmente em caso de doença prolongada. Os transplantes de órgãos e as transfusões são permitidos nesta confissão. Os Hindus admitem que a influência da lua cheia ou nova altera o seguimento ou início de um tratamento importante, por exemplo: uma operação cirúrgica.

MORTE

Nesta confissão não se opõem à autópsia, preservação ou mesmo doação de órgãos (desde que seja para benefício do próximo). Normalmente, após a libertação da alma (morte física), os Hindus são incinerados, no entanto os nado-mortos e crianças até aos dois anos de idade são sepultados. Há certos rituais, feitos nesta fase terminal como por exemplo: a Água do Ganges, que é sagrada, é colocada na boca do defunto, acompanhado de recitação de mantras.

15

	PRÁTICAS RELIGIOSAS	NASCIMENTO	ALIMENTAÇÃO	DOENÇA SOFRIMENTO	MORTE
<p>ISLÃO</p> <p>www.comunidadeislamicadelisboa.pt</p> <p>16</p>	<p>Os muçulmanos adoram um Único Deus, em árabe é Allah.</p> <p>Escritos sagrados ALCORÃO, tradição do profeta Muhammad, em português é Maomé.</p> <p>Práticas religiosas Os Cinco Pilares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a declaração da fé - as cinco orações diárias, feitas em direcção a Meca, normalmente precedidas por abluções - a caridade obrigatória - o jejum do Ramadão no 9º mês lunar do ano muçulmano - a peregrinação a Meca, se possível, uma vez na vida <p>Festas principais Aid.-ul.-Fitr: Fim do mês de Ramadão e</p> <p>Aid.-ul.-Adha: a festa do sacrifício de Abraão, assinala o fim do tempo de peregrinação a Meca e corresponde ao 10º dia do décimo segundo mês lunar.</p>	<p>O rito da circuncisão é obrigatório e será realizado em tenra idade (tradicionalmente entre os 7-8 anos) por um médico muçulmano ou não muçulmano.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cortar o cabelo do recém nascido. - Fazer o chamamento no ouvido direito e no esquerdo. - Alimentar os pobres, amigos e familiares caso tenha possibilidades. 	<p>Abstinência de carne de porco, ou de outro alimento que contenha o mesmo.</p> <p>Abstinência de álcool. Estupefacientes apenas autorizados para uso terapêutico.</p> <p>Jejum do mês do Ramadão, consiste numa abstinência absoluta de comida, de tabaco e de relações sexuais, desde aurora ao pôr-do-sol.</p> <p>Os doentes, os idosos, as mulheres grávidas ou em tempo de amamentação, as mulheres durante o período menstrual e as crianças até à puberdade podem ser dispensadas do jejum.</p> <p>Os doentestes podem recuperar os dias não jejuados quando curadas ou no final da indisposição.</p>	<p>No Islão, a doença não é considerada como um castigo, mas como uma prova da fé. As fontes islâmicas incitam o doente a cuidar-se e encorajar os médicos na procura do remédio que possa vencer a doença. Na concepção islâmica, é Deus quem permite a cura, os médicos e os remédios são apenas meios.</p> <p>É autorizada a transfusão de sangue e a doação de órgãos. A doação de órgãos, de doador vivo ou morto, deve ter um carácter obrigatório para salvar a vida do receptor ou permitir o regular funcionamento de uma função essencial do seu organismo.</p> <p>O consentimento de ambas as partes e a aprovação dos médicos deve ser previamente obtida. É proibido o transplante de glândulas genitais.</p> <p>A visita dos doentes é obrigatória para a proximidade no relacionamento e bastante recomendada a todos os membros da comunidade.</p>	<p>No termo da vida, a confissão de fé em árabe: «há só um Deus Allah e Maomé é o seu mensageiro» deve ser formulada pelo Doente ou então por um dos seus entes próximos.</p> <p>O pessoal autorizado, após o falecimento, poderá tocar no corpo do defunto em particular para remover, sempre que possível, todos os corpos estranhos (cateteres, drenos, dentaduras, etc.).</p> <p>Geralmente, são os familiares próximos que se encarregam do ritual de vestir. As mulheres lavam o corpo das mulheres e os homens dos homens.</p> <p>O corpo é sempre manuseado com decência e respeito. As partes íntimas são cuidadosamente cobertas.</p> <p>Em princípio, em Lisboa, este ritual é feito na Mesquita Central de Lisboa para onde o corpo é transferido.</p> <p>O corpo é sempre enterrado. O Islão não permite a cremação.</p> <p>É autorizada a autópsia por razões médico-legais ou clínicas. Neste último caso, deve ser obtida a autorização dos familiares.</p> <p>17</p>

JUDAÍSMO

www.cilisboa.org

18

PRÁTICAS RELIGIOSAS	NASCIMENTO	ALIMENTAÇÃO	DOENÇA SOFRIMENTO	MORTE
<p>Livros Sagrados Bíblia Hebraica (Tanah) : Antigo Testamento (Torá, Profetas, Escritos).</p> <p>Práticas religiosas 3 orações por dia – manhã, tarde e noite.</p> <p>Respeito do Sábado – Início ao pôr-do-sol de Sexta-feira e fim após o pôr-do-sol de Sábado.</p> <p>Festividades Principais:</p> <p>Pessah: Páscoa</p> <p>Chavuot: Pentecostes.</p> <p>Sukot: Festa das Cabanas simbolizando a passagem do Povo Judeu pelo Deserto.</p> <p>Roch Hachana: Ano Novo</p> <p>Yom Kipur: Dia do Perdão</p> <p>9 de Av: Dia de Luto Nacional</p> <p>Para todas se aplica o princípio de início ao pôr-do-sol do dia anterior e fim após o pôr-do-sol do próprio dia.</p>	<p>Circuncisão ritual para rapazes ao 8º dia, feita por profissional de religião judaica.</p> <p>Consultar a família, ou a Comunidade Judaica.</p>	<p>Carne Kosher : Animais ruminantes de casco fendido e aves domésticas devidamente abatidas e confeccionadas de acordo com os preceitos e rituais da religião judaica.</p> <p>A Carne de Porco – sob qualquer forma é terminantemente proibida.</p> <p>Peixes: Apenas os que tenham escama e barbatana.</p> <p>A mistura de produtos lácteos com qualquer tipo de carne é proibida.</p> <p>Utilização preferencial de loiça e talheres descartáveis.</p> <p>Nos casos em que o paciente ou a sua família pretendam trazer a sua comida, deverão ser dadas indicações sobre que dieta deve ser trazida. Estes casos acontecerão sempre e quando o paciente seja observante e não haja no hospital comida com certificado Kosher.</p> <p>Os dias Yom Kipur ou 9 de Av são de jejum absoluto – excepto contra indicação médica, nesse caso deverá ser dada alimentação estritamente necessária, fria preferencialmente e sem carnes.</p> <p>Durante a Pascoa Judaica as regras são mais rigorosas pelo que se deve consultar a família.</p> <p>Em caso de Dúvida consultar a família ou a Comunidade Judaica.</p>	<p>Na generalidade todos os actos terapêuticos são permitidos.</p> <p>São permitidas Transfusões de Sangue, sendo no entanto aconselhável consultar a família.</p> <p>No que respeita ao transplante de órgãos, a família e a autoridade religiosa deverão ser consultadas</p> <p>Durante o sábado, ou qualquer dos dias das Festividades Principais deverão ser apenas iniciados procedimentos urgentes ou vitais, sendo no entanto que tratamentos em curso deverão ser continuados.</p> <p>Em caso de Dúvida consultar a família ou a Comunidade Judaica.</p>	<p>Avisar a família mal se perceba que a morte está iminente, para que caso seja o seu desejo esta possa proporcionar o acompanhamento na morte, seja por um familiar seja por um membro da Comunidade ou pelo Rabino. Deve ser facilitado o acesso e alguma privacidade.</p> <p>Após o falecimento, fechar a boca e os olhos, retirar cateteres (no caso de cateter central tapar apenas), fraldas, e qualquer outra roupa ou apositos.</p> <p>Retirar alianças, anéis e outras jóias.</p> <p>Não retirar material de penso que tape feridas não cicatrizadas.</p> <p>Envolver o corpo num lençol lavado, tendo o cuidado de tapar a cara e levar para local apropriado até poder ser levantado pela família ou pela Comunidade Judaica.</p> <p>Autópsia: Se não for obrigatória, autópsia medico legal, falar com a família ou com o representante da Comunidade Judaica a fim de obter instruções</p> <p>Em caso de Dúvida consultar a família ou a Comunidade Judaica.</p>

19

	PRÁTICAS RELIGIOSAS	NASCIMENTO	ALIMENTAÇÃO	DOENÇA SOFRIMENTO	MORTE
MORMONS A IGREJA DE JESUS CRISTO DOS SANTOS DOS ÚLTIMOS DIAS www.igreja-jesus-cristo.pt	Escritos Sagrados A Bíblia: Antigo Testamento e Novo Testamento O Livro de Mórmon Doutrina e Convénios A Pérola de Grande Preço	As crianças são apresentadas à comunidade e abençoadas. Serão baptizadas a partir dos 8 anos. Em caso de necessidade, é possível pedir uma bênção que será dada por um membro de Igreja detentor do sacerdócio; não é uma obrigação.	Não utilização de substâncias excitantes (chá, café, bebidas alcoólicas, tabaco, ou drogas, salvo para uso terapêutico) Oração de agradecimento e de bênção antes das refeições.	A pedido do doente a unção de óleo é dada por dois membros de Igreja detentores do sacerdócio de Melquisedeque. Transplante de órgãos: a decisão é deixada ao doente que decidirá com a ajuda da oração e do conselho médico. Transfusão sanguínea: nenhuma restrição.	Autópsia e retirada de órgãos admitidos.
	Práticas Religiosas Oração Culto dominical Participação no Sacramento; a seu pedido o Sacramento é levado ao doente				
	Festas principais Natal, Páscoa				

IGREJA ORTODOXA

www.iglesiaortodoxa.net

PRÁTICAS RELIGIOSAS

Escrituras sagradas

A Bíblia: Antigo e Novo Testamento.

Obra de edificação/ desenvolvimento espiritual:

Escritos dos Pais da Igreja; livros de oração da Igreja Ortodoxa.

Práticas religiosas

- orações quotidianas de manhã e à noite
- matinas, vésperas e completas diárias se possível; vésperas ao sábado à noite e matinas no domingo de manhã
- liturgia eucarística do domingo.

Principais festividades

Nascimento da Virgem (Maria), Exaltação da Cruz, Entrada da Mãe de Deus no Templo, Natal, Teofania (Batismo do Senhor), Encontro do Senhor (Apresentação de Cristo), Anunciação, Ramos, Celebrações da Semana Santa, Páscoa, Ascensão, Pentecostes, Transfiguração, Dormição da Mãe de Deus.

NASCIMENTO

No 8.º dia de vida, a imposição do nome, feita em casa ou na igreja por um sacerdote ortodoxo.

No 40.º dia de vida, a criança é apresentada à Igreja; este momento também é a reentrada da mãe na igreja.

Em caso de urgência o baptismo pode ser dado por qualquer leigo cristão. Para baptizar: verter a água sobre a cabeça da criança chamando-a pelo nome e dizendo: «... eu te baptizo em nome do Pai e do Filho e do Espírito Santo».

O baptismo é normalmente feito pelo sacerdote através da imersão total; se a criança for baptizada por leigo em caso de emergência, o sacerdote completa o ritual mais tarde.

ALIMENTAÇÃO

Antes da comunhão, o crente fica normalmente em jejum total a partir de meia-noite da véspera. Em casos de necessidade médica e de hospitalização, esta regra é dispensada.

Existe também o jejum normal praticado durante a semana, às 4ª e às 6ª Feiras, no qual se abstém de carne, peixe e lacticínios. Este jejum também não é obrigatória em casos de doença.

Há alturas do ano, principalmente a Grande Quaresma e o Jejum antes da Natividade de Cristo, em que estas regras abrangem um período de várias semanas: o jejum é quebrado só com a própria festividade.

Todos estes jejuns podem ser quebrados ou não praticados de todo em caso de necessidade médica. O sacerdote apoiará o doente sempre nestes casos.

DOENÇA SOFRIMENTO

Antes de uma intervenção cirúrgica e no caso de doença grave e se o doente o solicitar, o sacerdote virá rezar com ele e com a sua família, ouvirá a sua confissão, trará a sagrada comunhão e praticará, eventualmente, a unção dos doentes. O Sacramento da confissão é aconselhável.

É normal um cristão ortodoxo ter ícones religiosos em casa e também em situações de internamento no hospital. É também uma prática normal o cristão ortodoxo usar um crucifixo à volta do pescoço. Quando o paciente não deve usar objectos metálicos, como em casos de cirurgia por causa do equipamento eléctrico, é possível substituí-lo por um crucifixo de madeira num cordel.

A doutrina não se opõe nem às doações de órgãos, nem às transfusões

MORTE

A Igreja não se opõe à autópsia.

A incineração não é admitida, o corpo sendo considerado o templo do Espírito Santo, mas pode ser autorizada em alguns casos raros.

Os funerais têm lugar em princípio três dias após o falecimento.

	PRÁTICAS RELIGIOSAS	NASCIMENTO	ALIMENTAÇÃO	DOENÇA SOFRIMENTO	MORTE
<p>PROTESTANTES EVANGÉLICOS</p> <p>www.igreja-metodista.pt www.igreja-lusitana.org www.igreja-presbiteriana.org www.portalevangélico.pt</p>	<p>Sagradas Escrituras</p> <p>A Bíblia: Antigo Testamento e Novo Testamento.</p> <p>Práticas Religiosas</p> <p>Leitura da Bíblia Oração Culto Dominical Participação na Santa Ceia</p> <p>Festas</p> <p>Natal, Domingo de Ramos, Sexta-feira Santa, Páscoa, Ascensão, Pentecostes, Reforma protestante.</p>	<p>Um único Baptismo, seja ele em criança ou em idade adulta.</p> <p>Nada a apontar de particular no que diz respeito a um baptismo urgente.</p> <p>Deve ser facilitado o contacto entre o assistente religioso e a família.</p> <p>Se o estado de saúde de um recém-nascido se agravar, ou em caso de óbito, deve ser contactado de imediato o assistente religioso de forma a que este possa prestar apoio à família.</p>	<p>Nada a sublinhar</p>	<p>Quando pedida, a Santa Ceia é levada ao doente.</p> <p>A pedido do paciente ou familiares, pode ser feita a unção com óleo, em caso de doença grave ou prolongada, desde que o doente esteja em comunhão com a Igreja.</p> <p>Transplante de órgãos e transfusão de sangue são permitidos.</p> <p>Existem divergências no seio de variadas Igrejas protestantes e evangélicas, no que diz respeito ao aborto.</p>	<p>A autópsia e a recolha de órgãos, são admitidos, segundo a legislação do país.</p> <p>O assistente religioso deve ser prevenido para que dê apoio às famílias.</p> <p>Quando a higiene do defunto for feita, pode-se cruzar os dedos do mesmo, mas não é obrigatório.</p> <p>Pode ser colocada uma cruz vazia e uma Bíblia aberta, na mesa-de-cabeceira.</p> <p>Se os familiares o desejarem podem ter um tempo de recolhimento e de oração junto do falecido.</p>

	PRÁTICAS RELIGIOSAS	NASCIMENTO	ALIMENTAÇÃO	DOENÇA SOFRIMENTO	MORTE
<p>TESTEMUNHAS DE JEOVÁ</p> <p>www.watchtower.org</p> <p>26</p>	<p>Escritos Sagrados</p> <p>A Bíblia, de preferência a Tradução do Novo Mundo das Escrituras Sagradas.</p> <p>Práticas Religiosas</p> <p>Estudo e meditação pessoal da Bíblia</p> <p>Oração</p> <p>Não é aconselhado convidar os doentes às celebrações religiosas no Hospital.</p> <p>Festas principais:</p> <p>Sem festas, salvo a Comemoração da morte de Jesus Cristo (14 Nisan)</p>	<p>Batismo: em caso algum é admitido o batismo de bebês.</p> <p>O batismo é praticado por imersão, após uma instrução religiosa profunda das Escrituras. O crente pede o batismo.</p>	<p>Sem alimentos que contenham sangue ou derivados do sangue (plasma), como morcelas, fricassé, carne não sangrada</p> <p>Tabaco e drogas proscritos (salvo para uso terapêutico)</p>	<p>Não são indicadas as visitas de ministros de outras confissões religiosas.</p> <p>Nunca receber transfusão de sangue ou seus compostos.</p> <p>Em caso de cirurgia, recuperação do sangue perdido, possível por máquina de recuperação, no bloco operatório aparelho conhecido dos anestesistas dos HUG. Deixar à consciência do paciente aceitar ou não esta técnica, desde que o iniciar da máquina não seja efectuado através do sangue de outrém.</p> <p>Transplante de órgãos: Não há oposição, a decisão é deixada ao doente.</p>	<p>Autópsia e retirada de órgãos: as Escrituras não dão informações precisas. Cada um é livre de decidir segundo a sua consciência.</p> <p>Se a pessoa não tem familiares, avisar um responsável da comunidade; mas as visitas por ministros de outras comunidades religiosas não são aconselhadas.</p> <p>27</p>