

MINISTÉRIO DA CONSOLAÇÃOⁱ

SEMANA DIOCESANA DA SAÚDE ▪ 2022

“Aproximou-se, ligou-lhe as feridas, deitando nelas azeite e vinho, colocou-o sobre a sua própria montada, levou-o para uma estalagem e cuidou dele.” (Lucas 10:34)

O ministério da consolação tem como fundamento o mandato de Jesus aos discípulos de “Evangelizar e curar” (Mt 10,1.6.7-8). Este mandato realiza-se na acção de curar e cuidar dos profissionais de saúde e nas instituições hospitalares da Igreja, mas concretiza-se também de forma particular no serviço das comunidades cristãs aos doentes através da Pastoral da Saúde.

Um dever da comunidade e de cada um

Toda a comunidade é convocada a tornar-se próxima dos irmãos enfermos e suas famílias, dando rosto ao ministério da consolação. Não se trata de um serviço reservado ao sacerdote e, na dependência dele, aos ministros da comunhão e visitantes de doentes. Cada membro da comunidade tem o dever de se preocupar em cuidar dos mais frágeis porque o mandato é para todos e para cada um ao mesmo tempo, tendo o sacerdote o desafio de consciencializar, convocar e guiar a comunidade. Conscientes desta corresponsabilidade, cada irmão é desafiado a ser sacramento do amor curador e salvador de Jesus pela sua presença compassiva e hospitaleira junto dos doentes. Na verdade, cuidar do irmão mais frágeis não é apenas um mandato de Jesus, é também cuidar do próprio Jesus (cf. Mt 25,36.39.40).

PERCURSO PASTORAL

Convidar a comunidade paroquial ou hospitalar, para fazer um percurso pastoral a partir da leitura do texto, meditação, partilha de reflexões e, das consequências práticas, tanto a nível pessoal, como para a acção missionária e organizada do grupo ou do núcleo da pastoral da saúde no território, junto dos doentes mais pobres, solitários e vulneráveis.

Pode descarregar este e outros subsídios pastorais no site do Patriarcado - Pastoral da Saúde.

Um serviço segundo os dons de cada um

Nesta corresponsabilidade humana e espiritual comum, nem todos têm necessariamente de fazer o mesmo, mas todos devem contribuir para a construção da comunidade, que é o corpo de Cristo, incluindo no centro das preocupações pastorais os mais frágeis e os mais pobres. São Paulo diz que o Espírito suscita carismas dentro da comunidade para o bem da própria comunidade (1Cor 12, 4-12). Neste sentido, se há um, por exemplo, que está atento à sua vizinhança e comunica à comunidade se alguém fica doente, já um outro, com capacidade organizativa e de liderança, pode organizar e liderar a pastoral da saúde; se há um que tem o dom de começar a visitar um enfermo e ser para ele uma companhia agradável, abrindo-o à comunidade, outro, com o dom de rezar e meditar a Palavra de Deus, pode animá-lo na fé face ao sofrimento; se há um, ainda, com o dom de aproximar um doente revoltado ou sem fé de Deus ou de prepará-lo para os sacramentos, outro, por outro lado, com capacidade para escutar os desânimos e angústias de forma genuína, pode despertar no doente o sentimento de ser amado por Deus face a um diagnóstico angustiante; se há um, por fim, que tem o dom de acompanhar o doente em fase terminal com silêncio e oração, outro pode acompanhar na morte o doente e depois a família no luto.

Compassivos, mas não medíocres

Para acompanhar humana e espiritualmente doentes, a boa vontade não chega. Há modos de relação e comunicação que ferem quem está doente. Há respostas e gestos que são sentidos como inoportunos, agressivos ou que destroem o ânimo de quem está fragilizado. Job, por exemplo, queixa-se dos seus amigos, dizendo: *«Vós não passais de charlatães, não sois senão fazedores de mentiras. Se ao menos vos calásseis, tomar-vos-iam por sábios»* (Jb 13,4-5). E mais à frente diz: *«Já ouvi, muitas vezes, discursos semelhantes! Vós sois todos consoladores importunos. Quando terão fim essas palavras de vento? O que é que te incita a responder assim? Eu também podia falar como vós, se estivésseis no meu lugar»* (Jb 16,2-4). O acompanhamento pastoral de doentes não pode ser uma ocasião de desconforto e de rejeição. A mediocridade deve estar ausente da acção pastoral com enfermos porque impede um encontro gozoso com Deus e produz escândalo. É necessária, por isso, preparação e formação para que o acompanhamento seja compassivo e misericordioso e o doente se sinta estimado, respeitado e fortalecido. Quando lemos o Evangelho, verificamos que Jesus não era medíocre. Os seus desafios à perfeição humana, moral e espiritual não são desafios de mediocridade, mas à excelência.

Com tempo e a disponibilidade de coração

Acompanhar doentes requer naturalmente tempo. É necessário ter tempo para gastar e consagrar ao doente, sem olhar para o relógio. E este tempo deve ser acompanhado com disponibilidade mental e emocional. Sem esta não há tempo que resista porque é visto como desperdício. Inscrito no tempo e na disponibilidade para o doente está também o tempo para a formação teórica e técnica e para a preparação espiritual. O tempo para gastar com o doente, a disponibilidade para aprender e a preocupação com o crescimento espiritual devem ser as qualidades mais visível nos membros da equipa da Pastoral da Saúde.

Cheios de humanidade

O membro da equipa da Pastoral da Saúde deve ser acima de tudo uma pessoa humana e delicada, amável e confiável, dedicada e fiel ao compromisso com o doente porque ele fica à espera, tal como a raposa do Príncipezinho. Deve ainda ser capaz de guardar sigilo em relação a tudo o que o doente e família partilham, bem como merecedor de entrar na casa do doente. Ele abre a sua intimidade e espera respeito pela mesma. Abrir a casa é como ficar nu e só quem tem a sabedoria de olhar com respeito a nudez do outro é digno de entrar. Talvez seja mais expressivo olhar o doente e a sua casa como um espaço sagrado e, tal como no Monte Sinai, é necessário “tirar as sandálias”.

Proximidade compassiva

O ministério da consolação deve ter como fundamento a arte de ser, a iluminação do saber e a competência do fazer, isto é, de comunicar de forma humana para que o doente se sinta compreendido, amado e pertença da comunidade. A Relação de Ajuda é um modelo de relação e comunicação que permite desenvolver competências e habilidade adequadas ao encontro pastoral verdadeiramente humano e espiritual e um modo de desenvolver a proximidade compassiva. É conveniente a formação em Relação de Ajuda como metodologia fundamental no acompanhamento dos enfermos e, neste sentido, é conveniente ter um conhecimento mínimo neste modelo de relação e comunicação.

A Relação de Ajuda é um modelo empático de relação e comunicação eficaz na visita e acompanhamento de doentes. Proporciona ao agente de pastoral os conhecimentos, atitudes e técnicas necessárias para exercer o seu ministério pastoral de uma forma humana, calorosa e compassiva. Este modelo **empático-participativo** tem como conceitos fundamentais a *empatia*, a *autenticidade* e a *aceitação positiva do outro*, usa a

escuta activa como forma de chegar à alma do outro e a *reformulação* como técnica de comunicação. É um modelo de relação e comunicação que respeita a autonomia e liberdade do doente, dando-lhe o sentimento de ser escutado, respeitado e amado. Existem outros modelos de relação de ajuda com origem na educação e que frequentemente usamos, mas não são adequados, nomeadamente o **paternalista** e o **autoritário**. Se o primeiro tem o inconveniente de produzir o sentimento de estar a ser julgado ou condenado, desvalorizado ou inferiorizado, o segundo impõe ao doente o que ele deve pensar, dizer ou fazer.

Acolhimento integral da pessoa doente

O serviço de acompanhamento aos doentes não pode ser parcial. Juntamente com a atenção aos aspectos espirituais e religiosos, deve também ter atenção às dimensões física, psicológica, social e existencial. A saúde, com efeito não é apenas a ausência de doença, mas é desenvolvimento integral e harmónico da pessoa que passa pelo bem-estar físico, psicológico, social e espiritual. Neste sentido, a acção pastoral não pode preocupar-se apenas com a salvação da alma, mas deve olhar a pessoa de forma integral porque é a pessoa toda que é salva.

A escuta activa é uma capacidade própria da empatia que permite uma atenção integral ao doente. Escutar não é apenas ouvir aquilo que o doente diz verbalmente, mas é também escutar o que não é dito, mas é sugerido através da linguagem para verbal. Neste sentido, o agente de pastoral deve ser capaz de escutar os desabafos e temores, as angústias e os gemidos da alma, tudo o que magoa o coração, mas também as alegrias e esperanças, os sonhos e capacidades de transformação. A escuta faz-se também com os olhos, pois contempla a observação da linguagem verbal. Neste sentido o agente de pastoral deve prestar atenção ao ambiente que envolve o doente, ao desconforto e à dor física, às dificuldades em falar ou ouvir e ao silêncio; deve prestar atenção aos aspectos psíquicos e ao humor, se está triste ou desanimado, deprimido ou desesperado, perturbado ou demente, vígil ou inconsciente; deve prestar atenção, também, ao contexto sócio-afectivo, às relações e tensões com os cuidadores e familiares; e deve prestar atenção, ainda, à vivência espiritual ou à sua ausência, às dúvidas de fé ou ao sem-sentido da vida, ao silêncio de Deus ou à necessidade de reconciliação, ao desejo de encontro com Deus ou ao pedido de celebração da fé. Deve fazê-lo para melhor conhecer e ajudar o doente e não com intenções maledicentes ou para criar conflitos com os cuidadores. Por outras palavras, deve prestar atenção às necessidades existenciais e espirituais. Estas, na verdade, em situações de sofrimento severo ou terminal, manifestam-se de forma intensa, causando angústia espiritual. Frequentemente a sua satisfação torna-se uma emergência. A escuta activa, na verdade permite realizar duas acções em simultâneo: conhecer e

avaliar as necessidades espirituais e proporcionar alívio interior, paz e bem-estar, tendo uma função terapêutica.

Conhecer as necessidades

Se a escuta activa permite uma atenção integral ao doente, dá também a possibilidade de conhecer as suas necessidades. Isso permite fazer um diagnóstico espiritual e elaborar um planeamento para acompanhar o doente de forma personalizada, tendo em conta as suas reais necessidades. É útil ter uma lista de necessidades espirituais. Esta pode ser revista e ajustada aos doentes acompanhados. Apontamos algumas necessidades:

- *Ser reconhecido como pessoa, ter uma identidade, ser chamado pelo nome* – porque a unidade pessoal está ameaçada pela doença, facilmente fica isolado e no hospital frequentemente cai no anonimato, ficando reduzido a um número da cama ou a um diagnóstico;
- *Necessidade de ser sujeito e não só objeto de cuidados* – o doente tem uma história, a vida é sua e ele próprio é o corpo, sendo o primeiro interessado na sua própria saúde e, por isso, em preservar a autonomia e a liberdade, cooperando com os cuidadores;
- *Necessidade de amar e ser amado* – porque o amor afirma a alteridade e promove o sentido de valor; podemos ligar aqui a *Necessidade de pertença* – face ao individualismo e à solidão, os vínculos afetivos (raízes) ligam à família ou a pessoas significativas, a uma comunidade ou a um povo;
- *Experimentar “ser digno” independentemente de como se encontra* – a dignidade é própria do ser humano e não depende da qualidade de vida ou da possibilidade de autonomia, devendo, por isso, ser afirmada e defendida nas situações de fragilidade;
- *Rer a própria história e aceitar a vida com seus limites e realizações* – no rer a própria história da vida ou contá-la é possível encontrar a linha que liga o passado e o presente, bem como o sentido para onde caminha; é possível encontrar momentos importantes e significativos, geradores de sentido e de capacidade de transformação;
- *Necessidade de encontrar sentido para a vida* – porque a doença e o sofrimento, podendo estar presente a perspectiva da morte, põem em causa o sentido da vida, o doente necessita de restaurar o sentido da sua existência, de saber para quê viver ou para onde caminhar, de deixar um testemunho ou um legado para os seus ou para os outros;
- *Necessidade de esperança* – a esperança caminha com a verdade e não com a mentira acerca da saúde inalcançável ou de um futuro impossível, por exemplo num doente terminal; a esperança está em pequenas coisas que são possíveis, numa reconciliação

não realizada, na certeza de que o momento da morte será acompanhado com ternura, etc.;

- *Necessidade de se libertar da culpa, reconciliar ou perdoar e ser perdoado* – Acolher os erros da vida, infidelidades e resolver assuntos adiados; reconciliar-se consigo próprio, com os outros e com Deus; pôr em ordem a vida, pedir perdão e oferecer o perdão;
- *Necessidade de continuidade para além da morte* – porque a vida não termina na morte, fé afirma a ressurreição;
- *Necessidade de orar* – a oração é uma necessidade na doença e porque os doentes tem frequentemente dificuldade em orar, devem ser ajudados e a oração, para além das orações tradicionais, deve reflectir a situação do doente de forma a orar a vida;
- *Necessidade do Sagrado, de celebrar a fé, de Deus* – porque n’Ele vivemos, para Ele caminhamos e n’Ele temos a Vida Eterna; Necessidade de expressar sentimentos e vivências religiosas – celebrar a fé, celebrar os sacramentos: reconciliação, Unção, comunhão e, se necessário, o matrimónio e o crisma.

O que se espera da Pastoral da Saúde?

É preciso que o líder a organize de forma aberta e previsível; que haja formas concretas, fáceis e acessíveis para que qualquer membro da comunidade possa referenciar doentes; que os doentes referenciados sejam contactados sem demora; que quem faz o primeiro contacto com o doente seja capaz de o escutar, reconhecer as suas necessidades e propor um diagnóstico; que a equipa, partindo das necessidades do doente, planeie a acção a desenvolver junto do doente de forma a satisfazer as suas necessidades; que o agente de pastoral destinado ao doente tenha os dons necessários e conhecimento para desenvolver a acção planeada; que a acção pastoral desenvolvida seja avaliada ao longo do tempo, devendo ser corrigida, se necessário, e avaliada pela equipa e pelo doente/família quando terminada.

O que pode a comunidade oferecer¹?

A oferta pastoral da comunidade deve ter sempre em conta as necessidades do doente, uma resposta personalizada, e ser desenvolvida no contexto de uma relação compassiva e de uma comunicação empática. Neste sentido, o primeiro contacto deve ser

¹ Para planear a visita a cada doente, pode-se fazer um quadro de necessidades e as acções pastorais a desenvolver, como o exemplo abaixo indicado.

humanamente marcante de forma a levar o doente e família a confiarem no serviço prestado pela comunidade. Depois a comunidade pode oferecer a visita e o acompanhamento humano e espiritual. Associado ao acompanhamento, consoante as necessidades do doente, pode ser oferecida a escuta activa, a oração, a leitura e meditação da Palavra de Deus, a bênção, a celebração dos sacramentos (Reconciliação, Unção, Comunhão, Crisma, Matrimónio, Baptismo). Devem ser levadas notícias da comunidade ao doente e levadas notícias do doente para a comunidade. A comunidade não pode esquecer o doente na sua oração, dá-lhe o sentimento de pertença e de ser amado. Deve ainda contar com a oração do doente nos seus projectos pastorais. O doente também é missionário pelo modo como vive e testemunha a fé face ao sofrimento.

NECESSIDADES	ACÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> Doentes e familiares, crentes ou não crentes em solidão 	<ul style="list-style-type: none"> Visitar e fazer companhia, escuta activa
<ul style="list-style-type: none"> Doentes referenciados para Comunhão diária 	<ul style="list-style-type: none"> Levar a comunhão de forma programada
<ul style="list-style-type: none"> Doentes mais fragilizados com pedidos de Unção 	<ul style="list-style-type: none"> Celebração do sacramento da Unção em casa, na Igreja ou no local onde se encontram
<ul style="list-style-type: none"> Doentes em idade de catequese e com pedidos de formação 	<ul style="list-style-type: none"> Organização de possível catequese adaptada no local onde se encontram
<ul style="list-style-type: none"> Doentes com necessidade e pedidos de participação na Eucaristia 	<ul style="list-style-type: none"> Conseguir forma de acompanhar nas celebrações na Igreja ou então providenciar possíveis celebrações nos locais onde se encontram
<ul style="list-style-type: none"> Doentes interessados na vida e dinâmicas paroquiais 	<ul style="list-style-type: none"> Levar as notícias, folhetos, cartazes, incluindo através das novas tecnologias
<ul style="list-style-type: none"> Doentes com necessidades de suporte em coisas logísticas 	<ul style="list-style-type: none"> Organizar o voluntariado de acompanhamento para respostas logísticas
<ul style="list-style-type: none"> Familiares cansados, com necessidade de tempo pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> Organizar um possível banco de “cuidadores de confiança” para ficar horas na Casa dos doentes
<ul style="list-style-type: none"> Doentes com necessidade de oração 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar momentos de oração com ou pelos doentes
<ul style="list-style-type: none"> Doentes acamados e/ou em coma 	<ul style="list-style-type: none"> Programar visitas de presença compassiva junto dos doentes e familiares
<ul style="list-style-type: none"> Doentes e/ou familiares em vivência de luto 	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento no luto
<ul style="list-style-type: none"> Falta de sensibilidade da comunidade pelos doentes 	<ul style="list-style-type: none"> Aproximar a comunidade dos doentes e vice-versa

Algumas situações concretas que pedem uma nova atenção pastoral

- Famílias com idosos dementes, alzheimer, deficientes ou dependentes – São situações pesadas que levam as famílias e cuidadores à exaustão emocional, produzindo depressão, violência, abandono e por vezes o desejo de eutanásia. A comunidade pode organizar-se e ajudar os cuidadores a descansar ou a tratar de assuntos que necessitem.
- Cuidados continuados e paliativos a domicílio – As equipas dos Centros de Saúde ou dos Hospitais de cuidados a domicílio são sensíveis às necessidades espirituais dos doentes. As comunidades podem ser uma parceria preciosa na ajuda aos doentes e famílias, mas as equipas necessitam de ter a quem referenciar os doentes. Como fazê-lo de forma fácil na paróquia? Uma parceria entre a paróquia e as equipas de cuidados a domicílio?
- Acompanhar as famílias no luto – Depois de um doente morrer, deve-se acompanhar a família, se assim o desejarem, com a oração e a escuta, no momento do funeral e depois no processo de luto. A situação reveste-se de uma maior prioridade se a perda for de uma criança, de um jovem ou de um membro da família importante à sua estabilidade. Como desenvolver esta atenção às famílias enlutadas?
- Clínicas com internamento no território da paróquia – As clínicas de cuidados continuados, cuidados paliativos e ou outras clínicas com internamento devem ser uma preocupação. É necessário encontrar alguém disponível e capaz de fazer o acompanhamento espiritual dos doentes.
- Saúde mental – É um sofrimento grande e desconsiderado. É necessário e urgente acompanhar estas pessoas e famílias, onde o suicídio bate frequentemente à porta.
- Saúde espiritual – Há um pequeno número de pessoas que expressa sofrimento espiritual e, porque não encontram ajuda, andam à deriva. Os evangelhos desafiam a comunidade cristã a uma atitude de acolhimento, escuta e oração.

Desafios a uma pastoral integrada e transversal

- A catequese de infância e de jovens – A proximidade aos doentes é uma oportunidade pedagógica e catequética. O Natal, a Páscoa, o dia do doente, o aniversário são propícios à visita a doentes e idosos. A visita deve ser preparada, devendo ser pedida autorização aos doentes e idosos para o efeito. As crianças podem “apadrinhar” um doente ou idoso que esteja só. Podem acompanhar o pároco quando for visitar um doente e dar-lhe Unção. É uma ocasião para trabalhar na catequese a doença, a fragilidade, o sofrimento e a morte, o luto, bem como a oração pelos mais frágeis, os

sacramentos na doença, o viático, a oração com moribundos, os direitos do doente e a presença da Igreja nos hospitais.

- Crismandos e adultos em catequese – A Pastoral da saúde pode constituir um campo oportuno para viver a caridade e testemunhar o evangelho de forma incarnada.

ⁱ Padre Fernando Sampaio – Diretor da Pastoral da Saúde; Pe Alberto Mendes, OH, Capelão da Casa de Saúde do Telhal | Pastoral da Saúde do Patriarcado de Lisboa