CONSELHO FEDERAL EVANGÉLICO DE CAPELANIA HOSPITALAR

CAPELANIA HOSPITALAR



SEMINÁRIO INTENSIVO DE CAPELANIA EVANGÉLICA HOSPITALAR

“Sereis meus amigos se fizerdes o que eu vos mando ”

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO SEMINÁRIO INTENSIVO DE CAPELANIA EVANGÉLICA HOSPITALAR

Atenção: O **CFECH** Não se responsabiliza por agendamentos de Seminários, sem a prévia autorização do Presidente. Antes de agendar qualquer evento, entre em contato com o seguinte número: **61 9213 1284**

Índice

VISITAÇÃO BÁSICA.....02

CAPELANIA HOSPITALAR 14

O VISITADOR 20

PERDENDO O MEDO DA CONTAMINAÇÃO 28

VIDA CRISTÃ.....31

ACONSELHAMENTO A FAMILIARES E LUTO.....35

PACIENTES TERMINAIS E SUAS FASES.....36

VISITAÇÃO BÁSICA

I) Introdução:

1) O que não é:

- Evangelismo em hospital;
- Pregar no hospital ou nas enfermarias;
- Proselitismo;
- Falar de Jesus e do amor de Deus. (a princípio).

2) O que é:

- Viver e mostrar o amor de Deus;
- Acompanhar os pacientes e seus familiares, funcionários e profissionais da saúde, dando-lhes assistência espiritual, emocional, social.
- Tratar de crentes e de não crentes;

II) O Visitador e a Visita:

1) Ter uma experiência pessoal de conversão com o Senhor Jesus;
2) Ser chamado para este ministério pelo amor de Deus e com amor pelas pessoas nestas condições;
3) Ter humildade e reconhecer que não é melhor do que ninguém;
4) Ser e levar a Boa Nova do Evangelho;
5) **Respeitar sempre a pessoa humana, seu credo e seus objetos de culto;**
6) Ter a motivação correta, fazendo periodicamente auto-análise sobre o motivo que o leva a optar por este ministério;
7) Ter claro o alvo de compartilhar o amor de Deus com os que sofrem;
8) **Procurar ser amável, cativante e agradável;**

9) Ser e Ter paciência;

10) Ter e desenvolver cada vez mais o autocontrole das emoções e buscar não se impressionar com o aspecto físico dos pacientes;

11) Ter boa saúde física e psicológica;

12) Saber comunicar-se com facilidade;

13) Ter humor bom e estável;

14) Ter sensibilidade e tato no trato com as pessoas, respeitando opiniões divergentes;

15) Desejar lidar com os enfermos e ter ou desenvolver a habilidade para isto;

16) Ser submisso à autoridade e a regras;

17) Ter perseverança;

18) Ter discernimento e sensibilidade na conversação;

19) Não Ter pavio curto: poderão ser encontradas pessoas revoltadas com sua situação de doença;

20) Usar a língua apenas para curar e nunca para ferir;

21) Reconhecer a dignidade o valor e o potencial de cada pessoa: lembre-se que Cristo morreu por todos!

22) Sentir-se à vontade com pessoas cultas ou incultas igualmente;

23) Ouvir e guardar as confidências dos pacientes;

24) Cuidar da aparência e da higiene pessoal;

25) Saber abordar cada pessoa com a linguagem adequada;

26) Investir tempo e atenção no paciente visitado;

27) Servir sempre;

28) Exercer misericórdia: o uso do coração com a miséria alheia;

29) Identificar-se com as pessoas: empatia;

30) Ter amor às vidas;

31) Observar com sensibilidade se é a hora adequada para fazer uma visita, respeitando os horários de alimentação, de descanso, e de visita particular dos pacientes;

32) Dar prioridade ao tratamento médico do paciente, dando sempre preferência aos médicos e à enfermagem;

33) Evitar intimidades;

34) Aprender e saber ouvir;

35) O visitador ou agente da pastoral de saúde não deverá entrar em qualquer quarto ou enfermaria sem antes bater na porta ou pedir permissão ao paciente;

36) Verificar na entrada da enfermaria ou quarto se há qualquer sinal expresso proibindo visitas;

37) Tomar cuidado com qualquer aparelhagem ao redor da cama, não esbarre em nada;

38) Evitar esbarrar na cama ou sentar-se nela;

39) Avaliar a situação logo ao entrar, a fim de poder agir objetivamente quanto ao tipo e duração da visita;

40) Procurar colocar-se numa posição confortável para o paciente, ao seu nível visual, para que ele possa conversar com você sem esforçar-se;

41) Apresentar-se sempre com clareza;

42) Não perguntar sobre a gravidade da doença;

43) Não levar qualquer tipo de alimento ou bebida;

44) Não dar água nem alimento ao paciente sem permissão da enfermagem;

45) Não apresentar fisionomia emotiva ou de comiseração (piedade, dó);

46) Não manifestar nojo de suas feridas, nem medo de contágio;

47) Não estender a mão ao paciente (só se o paciente tomar a iniciativa);

48) Não aceitar pedidos do paciente para obter resultados de exames médicos, ou dar-lhe notícias de diagnósticos e nem a qualquer outra pessoa;

49) Falar num tom de voz normal. Não cochichar com outras pessoas no quarto. Orar em tom normal. Não falar alto, respeitando o silêncio necessário ao ambiente hospitalar.

50) Concentrar-se em atender às necessidades da pessoa que está sendo atendida.

51) Não tentar movimentar o doente sem autorização da enfermagem.

52) Saber que a dor e o medicamento podem alterar o humor do paciente.

53) Não querer forçar o doente a sentir-se alegre, nem desanimá-lo . **Agir com naturalidade,** para que o paciente tenha maior probabilidade de sentir-se à vontade também.

54) Não dar a impressão de estar com pressa, nem demorar até cansar o enfermo. Com bom senso, encontrar a duração ideal para cada situação.

55) Não fazer visitas se estiver doente.

56) Não usar perfumes fortes.

57) Sapatos de tecido e sandálias não devem ser usados no hospital.

58) O uso de jóias ou bijuterias deve ser discreto.

59) Usar roupas de acordo com as normas do hospital e da capelania.

60) Se estiver visitando áreas infectadas, lave o jaleco separado de outras roupas.

61) Ao visitar uma área infectada ou área de isolamento não visite outras áreas:

- **Nunca esquecer-se do crachá de identificação do Hospital.**

- **Usar preferencialmente material que possa ser carregado nos bolsos e evitar carregar materiais nas mãos.**

- **Proceder a higienização das mãos após a visitação de cada enfermaria.**

IV) "Evangelização":

1) Três Cuidados:
    - Patrimônio Pessoal: as crenças que a pessoa traz consigo, cuja pessoa quando sente que estão sendo ameaçadas se fecha;

- O evangelista, visitador ou capelão: simpatia -> temos que fazer o paciente gostar de nós, confiar em nós, nos aceitar, antes de gostar, confiar e aceitar a Cristo;

- (Figuras usadas: cuidado com as figuras que forem usar – não falar de inferno, morte, céu, condenação) – Falar do amor de DEUS e, sobretudo, mostrá-lo.

2) Abordagem:

- Assuntos comuns;

- Transição: mostrar os cuidados de DEUS para conosco (hospital, tratamento, médicos, enfermagem, remédios, família, amigos, etc.);

- A maior providência de DEUS para o mundo: JESUS!

- A vida não se resume só aqui, nesta terra, mas existe algo além de tudo isso;

- O Plano da Salvação:

2) Nossa redenção:

- DEUS ama você;

- Você é pecador;

- Cristo morreu por você;

- Você torna-se filho de DEUS;

- Você torna-se uma nova criatura;

- Questiona se há dúvida, se a pessoa entendeu tudo;

- Decisão: a decisão é da pessoa e não deve ser forçada de qualquer maneira;

- Oração.

V) Crianças e Adolescentes:

1) A Doença:

- Quebra de rotinas - insegurança;
- Afastamento de tudo e de todos - solidão;
- Privacidade inexistente;
- Desgaste físico, emocional e espiritual;
- Rotina de dor, médicos, enfermagem, curativos, exames, dietas, etc.;
- Problemas característicos de cada faixa etária;

2) Estratégias com Crianças Hospitalizadas:

- Conversas adequadas à cada faixa etária, mas com criatividade (contar e avaliar os momentos bons da vida até aquela hora, reflexão sobre carreira, profissões, sonhos, etc.);
- Histórias bíblicas contadas e/ou dramatizadas;
- Cânticos didáticos;
- Fantoches;
- Dinâmicas que respeitem o estado e os limites dos pequenos pacientes;
- Bonecos;
- Trabalhos manuais;
- Palhaços;
- Literatura;
- Celebrações e eventos;
- Oração;

3) Cuidados que devem anteceder o contato;
    - Checar com a enfermagem sobre a doença do paciente e suas esperanças, quem são pais ou acompanhantes;
    - Desenvolver um contato natural pela presença.

4) Contatos:
    - Comece onde a criança está pelo que está acontecendo no momento da abordagem;
    - Apresentação;
    - Aproveitar a curiosidade natural da criança sobre o que é capelania ou capelão;
    - Não esquecer:
        1. Conquistar a criança;
        2. Respeitar seu patrimônio religioso;
    - Deixar a criança falar de si mesma, de seus problemas, de seus sentimentos;
    - Descobrir os assuntos de interesse da criança;
    - Conversar sobre sua casa, família (atento para os problemas aqui apontados);
    - Verificar sobre a vida escolar ou profissional, aspirações, frustrações;
    - Com base no que ouviu da própria criança, montar sua estratégia específica para aquele paciente;

5) APEC -> livros, fantoches, material didáticos, revistinhas, cursos, estratégias diversas de evangelização de crianças.

VI) O Culto:

1) Na Capela ou Auditório:

- Duração: de 15 a 30 minutos;
- Música: é muito bom, mas devem ser bem escolhidas – suaves, agradáveis, alegres, não depressivas ou tristes, com letras que sejam otimistas, tragam esperança, reforcem a fé;
- Hinário: com letras grandes, em folhas que possam ser levadas pelos pacientes;
- Não prometer a cura;
- Tom de voz calmo na pregação e muito cuidado com termos e temas fortes, devendo dar ênfase a otimismo, esperança, e fé;
- Orações: devem ser curtas, objetivas, voz firme, sem gritar. Cuidado com o despertar de emoções e com os assuntos abordados na oração;
- Testemunho: é possível desde que anteriormente ouvido e analisado;
- Trabalhar individualmente as pessoas que participaram do culto;
- Não deve ser feito apelo no culto.

2) Cultos Menores:

- Enfermarias;
- Com funcionários, nas trocas de turnos, no início de cada turno;
- Duração de 5 a 10 minutos;
- Uma música;
- Uma palavra rápida;
- Uma oração rápida;
- Distribuição de literatura, sendo possível.

VII) Música:

1) Move as emoções;

2) Melodia e ritmos suaves e alegres;

3) Letra:

- Deve: ser otimista, alegre, que induza fé e esperança;
- Não Deve: falar de céu, inferno, juízo final (cuidado até com a palavra céu);
- Instrumentos musicais: usar os clássicos, tais como violão e teclado. Refletir bem antes de inovar para saber o bem e o mal que poderão causar. Desaconselha-se o uso de instrumentos de percussão e sopro (exceção às flautas);
- Estratégias musicais possíveis:

1. Música nos ambulatórios;
2. Música nas capelas;
3. Música nos cultos das enfermarias;
4. Coro de funcionários e médicos;
5. Música ambiente;
6. Eventos (aproveitá-los bem).

VIII) Paciente Grave ou Terminal:

1) Fases:
   - 1 - Choque;
   - 2 - Negação; (forma de trabalhar internamente a notícia);
   - 3 - Ira, Revolta; (com sua doença, com a saúde dos outros);
   - 4 - Negociação; (com DEUS, com objetivos de curto e médio prazo);
   - 5 - Tristeza; (com sua situação, com as perdas que já aconteceram e que irão acontecer. Aqui ou no anterior resolvem-se pendências diversas a nível material, familiar, emocional, relacional, etc.)
   - 6 - Aceitação; (desapego crescente com as coisas)
   - 7 - Entrega; (ao processo do morrer)

2) Cuidados Paliativos:
   - Equipe multidisciplinar envolvida no objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes fora da possibilidade de cura;
   - Acompanha o paciente e os seus durante o processo da doença, na morte e após a morte;
   - Discutem os casos dos pacientes e aprendem uns com os outros;
   - Podem criar grupos de apoio;

3) Grupos de Apoio:
   - Podem atender três necessidades:
     1. Participação: os pacientes necessitam participar ativamente de seu processo de vida, ante da morte;
     2. Afirmação: conhecer pessoas que também passam por problemas semelhantes;
     3. Diferenciação: descobrir que seu caso é também único e que existem várias formas de se reagir ao que está acontecendo;
   - Podem incluir atividades de trabalhos manuais e artesanatos, para poder propiciar comunhão entre os pacientes envolvidos, aumentando a chance de conversar livremente e trocar experiências.

IX) O Luto:

1) Luto -> "Sugere" -> chorar. É um processo de chorar a perda ocorrida;

2) Saudável ou Patológico?

   - Fase inicial – de uma semana a um mês;
   - Fase final: até dois anos;
   - O patológico: preocupação excessiva com o falecido, distúrbios contínuos de apetite, sono, apatia, dificuldades em vivenciar prazeres (culpa), crises de choro, depressão, idéias suicidas.

3) As Fases:

   - Entorpecimento: (de algumas horas a uma semana) sensações de aflição, raiva, torpor (CHOQUE);
   - Anseio e Busca: quando a pessoa começa a ver a realidade, mas ainda aparecem reações como se o falecido estivesse vivo. Aflição, inquietação, insônia, lembranças do falecido (NEGAÇÃO);
   - Desorganização e desespero: aceita-se a morte e percebe-se que a vida não será mais como antes e que muita coisa precisa ser resolvida e reestruturada;
   - Reorganização: as coisas mudaram e há a necessidade de adaptar-se, criar novos padrões para a vida.

4) Luto superado:

   - Recordar o falecido de uma forma honesta e não idealizada;
   - Falar do falecido sem chorar ou perturbar-se;
   - Acolher e expressar sentimentos diversos;
   - Saber diversificar o próprio tempo;
   - Aceitar serenamente o passado;
   - Cuidar de si e da própria saúde;
   - Abrir-se a novas possibilidades;

- Partilhar o juízo amadurecido pela dor;
- Tomar decisões objetivas e oportunas;
- Aprofundar a própria fé;
- Crer e ganhar confiança;
- Transformar a dor em gesto de aproximação com os outros.

5) Luto não superado:

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

1) Papel do capelão:

- Presença;
- Palavras (de DEUS) de conforto, consolo e apoio;
- Oração;

CAPELANIA EVANGÉLICA HOSPITALAR

Atos 1:8
"E recebereis poder ao descer sobre vós o Espírito Santo e sereis minhas testemunhas em Jerusalém, na Samaria e até os confins da terra."

Missão próxima também é missão!

Objetivos:

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

Nossa Fé:

- A Bíblia é a Palavra de DEUS;
- JESUS é o caminho a verdade e a vida;

Alvo:

- Glorificar a CRISTO através de uma vida de testemunho, obediência e serviço à Palavra de DEUS;
- Os profissionais da saúde nos observam em todo o tempo. Temos que obedecer aos padrões de higiene e o regimento do hospital;

Quem participa:

- Líderes e membros de igrejas aprovados no Curso e Treinamento em visitação hospitalar. E deve ainda apresentar carta de recomendação do pastor. A exigência crescente é justificada por falta de preparo em pessoas que falharam.

Atividades Diárias:

- Visitação leito a leito:
- Consolo;
- Aconselhamento público;
- Distribuição de literatura;

- **Cultos:**
  - De 5 minutos, nas enfermarias;
  - De 30 minutos para:
  - Pacientes;
  - Funcionários;
  - Creche;

- **Consolo:**

- Mães: lavando roupa de mães que ficam grande período acompanhando a criança, ficando com a criança para que a mãe possa descansar;

- Pacientes;

- Familiares;

- Funcionários;

- Profissionais da saúde;

- **Cuidados Paliativos: são aqueles que não tem cura:**

- Multidisciplinar: psicólogos, médicos, fisioterapeutas, capelães, etc.;

- Pacientes terminais;

- Como ajudar:

- Orando;
- Fazendo o curso;
- Contribuindo.

Salvar vidas é mais do que curar corpos, é dar razão para viver!

Devem-se aplicar em conhecer o campo missionário, a língua, as pessoas que fazem parte do ambiente hospitalar. O paciente valoriza os detalhes. É muito importante conhecer a linguagem e as necessidades dos pacientes. Pois ele passa a ter uma nova casa, sem opção de escolha de entrar ou sair, ou de comer o que quer, é pego de surpresa, sem saber o tempo que vai ficar ali ou mesmo se sairá bem. A cama, os chinelos no chão e outros utensílios e objetos marcam a área dessa "casa nova".

Quem é o paciente: doente, confuso, humor alterado, deprimido, auto-imagem abalada, cicatrizes, incapacidade, deformidade, sem privacidade, sem dignidade, sem identidade, vulnerável, busca ser compreendido, avaliando sua própria vida, aberto a buscar a DEUS, sensibilidade aguçada, sentimento de abandono, ansioso, reconhecimento de sua fraqueza, com medo de perder o controle sobre seu corpo, sentimento de culpa, medo de castigo, medo da dor, sentimento de insegurança, medo da reação da família, inibido em ter que expor seu corpo, etc.

Estatísticas:

- Doentes que pensaram em DEUS = 73%;
- Doentes que sentiram necessidade de apoio de oração = 80%;
- Doentes que sentiram necessidade de assistência espiritual = 70%;

Benefícios para o paciente:

- Novas forças;
- Aumento de imunidade;
- Engajamento no tratamento médico;
- Melhor aceitação da internação;
- Esperança;
- Maior equilíbrio emocional;
- Melhor relacionamento com a enfermagem;
- Maior confiança nos profissionais da saúde;

- Tranqüilidade durante o tratamento;

- Amadurecimento;

- Paz, alegria, paciência;

- Redução do tempo de internação;

- Encontra apoio em amigos, que o levam a conhecer o melhor amigo: CRISTO;

Capelania é construir relacionamentos com os pacientes!

Como está a família? Preocupada, estressada, mora longe muitas vezes, envolvida com o paciente, com dificuldades financeiras, é quem fica com o paciente, com seu estado emocional abalada, aberta a reavaliar os valores, necessidade espiritual, vulnerável ao sofrimento, aberta ao evangelho.

Voluntário:

- Age espontaneamente;

- Não há coação, serve com o coração;

- Chora junto;

- Filipenses 2:5 "tende em vós o mesmo sentimento que houve também em CRISTO JESUS."

Quem somos:

- Vasos de barro: 2 Co 4:7;

- Escolhidos por DEUS: 1 Co 1:26-29;

- Ministros da reconciliação: 2 Co 5:18-20;

- Pregadores do evangelho: 2 Co 4:5;

- Despenseiros fiéis: 2 Co 4:2;

- Capacitados por DEUS: 2 Co 3:5b;

- Que usufruem da misericórdia e da graça de DEUS: 1 Co 6:11 e Ef 2:8;

- Cartas de CRISTO: 2 Co 2:15-16;

- Bem amados: 2 Co 10:4;
- Bom testemunho: 2 Co 6:3 e Fp 1:27;
- Servos: Fp 2:5-8;

Benefícios da Capelania ao Hospital:

- Organização do ministério de visitação aos enfermos;
- Treinamento, seleção e credenciamento de visitadores;
- Aconselhamento a funcionários;
- Melhora do ambiente de trabalho;
- Palestra para os funcionários da saúde;
- Participação de debates éticos;
- Participação de equipe multidisciplinar;
- Envolvimento da comunidade evangélica na solução de carências do hospital;
- Atendimento integral ao paciente e seus familiares;
- Melhor conceito do hospital por seu atendimento integral;

Dicas:

- **Não se oferece a mão ao paciente, tocamos apenas no ombro, lavamos as mãos antes de entrar em cada enfermaria, e após o contato com cada paciente em outra enfermaria ou na saída do Hospital;**
- **Na equipe existem pessoas carentes e o primeiro cuidado é com os membros da equipe, e usa-se as igrejas para sustentar também, e não apenas enviar;**

NORMAS PARA VISITAÇÃO HOSPITALAR

Dicas e normas para a visitação:

1. Não entre em qualquer quarto ou enfermaria sem antes bater na porta ou pedir permissão ao paciente;

2. Verifique se há qualquer sinal expresso proibindo visitas;

3. Tome cuidado com qualquer aparelhagem ao redor da cama, não esbarre em nada;

4. Evite esbarrar na cama ou sentar-se nela;

5. Avalie a situação logo ao entrar, a fim de poder agir objetivamente quanto ao tipo e duração da visita;

6. Procure colocar-se numa posição confortável para o paciente, ao seu nível visual, para que ele possa conversar com você sem esforçar-se;

7. Se a pessoa não o conhece apresente-se com clareza;

8. Não pergunte sobre a gravidade da doença;

9. Não leve qualquer tipo de alimento ou bebida;

10. Não dê água nem alimento ao paciente sem permissão da enfermagem;

11. Não apresente fisionomia emotiva ou de comiseração (piedade, dó);

12. Não manifeste nojo de suas feridas, nem medo de contágio;

13. Não lhe estenda a mão (só se o paciente tomar a iniciativa);

14. Não aceite pedidos do paciente para obter resultados de exames médicos, ou dar-lhe notícias de diagnósticos;

15. Fale num tom de voz normal. Não cochiche com outras pessoas no quarto. Ore em tom normal. Não fale alto, você está num hospital.

16. Dê prioridade ao atendimento dos médicos e enfermeiras, assim como ao horário das refeições. Ceda a sua vez.

17. Concentre-se em atender às necessidades daquela pessoa diante de você. Não adianta falar de outros enfermos e nem de você.

18. Não tente movimentar o doente sem autorização da enfermagem.

19. Saiba que a dor e o medicamento podem alterar o humor do paciente.

20. Não queira forçar o doente a sentir-se alegre, nem o desanime. Aja com naturalidade, pois se você sentir-se à vontade, ele terá maior probabilidade de sentir-se à vontade também.

21. Não dê a impressão de estar com pressa, nem demore até cansar o enfermo. Com bom senso, encontre a duração ideal para cada situação.

22. Se você estiver doente, não faça visitas.

23. Não use perfume.

24. Sapatos de tecido e sandálias não devem ser usadas no hospital.

25. Se gostar de jóias ou bijuterias, que elas sejam discretas.

26. Use sempre roupas de acordo com as normas do hospital e da capelania.

27. Se estiver visitando áreas infectadas, lave o jaleco separado de outras roupas.

28. Nunca esqueça o seu crachá ou credencial.

29. Use uma Bíblia pequena de bolso.

O VISITADOR

O visitador deverá cumprir alguns princípios básicos, tais como:

- Ter uma experiência pessoal de conversão com o Senhor Jesus;

- Ser chamado para este ministério pelo amor de Deus e com amor pelas pessoas nestas condições;

- Ter humildade e reconhecer que não é melhor do que ninguém;

- Ser e levar a Boa Nova do Evangelho;

- Ter a motivação correta: neste item somos levados a fazermos uma auto-análise do que nos leva a optar por este ministério;

- Ter claro o alvo de compartilhar o amor de Deus com os que sofrem;

- Procurar ser amável, cativante e agradável;

- Ser e ter paciência;

- Ter e desenvolver cada vez mais o auto-controle das emoções e buscar não se impressionar com o aspecto físico dos pacientes;

- Ter boa saúde física e psicológica;

- Saber comunicar-se com facilidade;
- Ter bom humor e estável;
- Ter sensibilidade, tato no trato com as pessoas e respeitar opiniões divergentes;
- Desejar lidar com os enfermos e ter habilidade para isto;
- Ser submisso à autoridade e a regras;
- Ter perseverança;
- Ter discernimento e sensibilidade na conversação;
- Não ter pavio curto: lembre-se que você poderá encontrar pessoas revoltadas com sua situação de doença;
- Use a língua apenas para curar e nunca para ferir;
- Reconhecer a dignidade o valor e o potencial de cada pessoa: lembre-se que Cristo morreu por todos!
- Sentir-se à vontade com pessoas cultas ou incultas igualmente;
- Ouvir e guardar as confidências dos pacientes;
- Cuidar da aparência pessoal;
- Saber abordar cada pessoa com a linguagem adequada;
- Investir tempo e atenção no paciente visitado;
- Servir sempre;
- Exercer misericórdia: o uso do coração com a miséria alheia;
- Identificar-se com as pessoas: empatia;
- Ter amor às almas perdidas;
- Observar com sensibilidade se é a hora adequada para fazer uma visita;
- Evitar intimidades;
- Saber evangelizar;

- Aprender e saber ouvir.

CUIDADOS DE HIGIENE:

Nunca devemos mover o paciente, mesmo que ele peça, não damos água e nem qualquer tipo de alimento.

Levar literatura para dentro do quarto dos pacientes: apenas o que vai ser utilizado ou deixado para os pacientes.

O lavar a mão é na entrada de cada enfermaria (na entrada) e na próxima enfermaria a ser visitada lavamos a mão antes da entrada. Se não for possível fazer isto, devemos explicar ao paciente o que estamos fazendo, ao lavarmos as mãos na presença dele, na saída. Procure informar-se sobre as condições e sobre as regras do Hospital.

Cuidados com a roupa e os sapatos:

- Só sapatos fechados e nunca de pano;
- Cuidado com salto fino e barulhento. Use o bom senso e sapatos que não incomodem;
- Evitar pulseiras, relógios, anéis (exceção feita à aliança);
- Fantoches só devem ser utilizados em enfermarias que não tenham doenças contagiosas, tais como ortopedia, etc.
- Cuidado com o contato nas crianças ou em áreas de isolamento;
- Use fantoches com roupa lavável, recomenda-se o uso de "spray" tipo Lisoforme no fantoche;
- Nas visitas, se o hospital permitir, verifique os prontuários dos pacientes;
- Visitas esporádicas: consulte sempre a enfermagem;
- Todo o procedimento visa o bem estar e a recuperação do paciente;
- O visitador deve ser submisso;
- **O visitador deve identificar-se ao entrar no hospital:**

1. Usar crachá;
2. Jaleco Azul celeste;
3. Não forçar visita ao paciente;

4. Identificar-se sempre à segurança;

5. Solicitar informações sobre o paciente a ser visitado;

Prioridades:

- Não entre se for horário de curativos, medicamentos, alimentação, ou visita médica, ou se o paciente estiver atendendo suas necessidades pessoais. Deixe o paciente atender suas visitas pessoais;

- O paciente deve desejar sua visita: não seja chato!

- Use o bom senso;

- Seja objetivo (não enrole, seja rápido);

- É hora de visitas?

- Cuidado com o espaço físico: cabide de soro, chinelos, dores no corpo (não encoste e nem esbarre na cama);

- **Visita:**

  - 10 minutos, no máximo, se for na enfermaria;
  - 2 minutos, se for na UTI;
  - Não ofereça ajuda sem autorização da enfermagem;
  - Use roupas, penteados, perfumes e maquiagem discretos;
  - Conquista dos profissionais da saúde: eles observarão o seu comportamento o tempo todo;
  - Respeito ao profissional;
  - A amizade é a chave do evangelismo;
  - Atenção;
  - Valorização;
  - Amor sincero;
  - Guarde segredo;

- Seja bom ouvinte;
- Seja sensível ao funcionário, pois ele permanece várias horas junto aos pacientes;
- Não o censure por seus vícios ou hábitos;

- **<u>Esteja pronto a ajudar, se a enfermagem pedir:</u>**

1. Puxando a maca;
2. Segurando algum aparelho;
3. Os ajudando o paciente passar da maca para a cama;
4. Seja sensível a cada profissional: observe olhar, gestos, voz;
5. Esteja aberto para uma conversa e aconselhamento, quando solicitado;
6. Não imponha o evangelho;
7. Seja prudente quanto ao tempo da conversa;
8. Ore pelos pedidos dos funcionários, envolva-se nas suas necessidades;

- **1 Pedro 2:13-18 Nos fala detalhadamente sobre a questão da submissão às autoridades, regras, normas, etc.**

Grandes problemas: curas divinas declaradas de forma irresponsável já geraram muitos suicídios.

Sigilo: o visitador não comunica o diagnóstico ao paciente ou à família. Isto é da alçada do médico. Há vezes que o próprio médico pede que a capelania prepare-o para receber a notícia. Aprenda a envolver-se até um limite protetor, a nível emocional.

Existe pastoreamento da equipe em contatos diários, semanais, em palestras pela equipe e solicita-se aos pastores dos membros da equipe que os assistam.

Com a igreja Católica há um trabalho de bons vizinhos. Mas o trabalho de capelania é separado, sem intromissão, com respeito mútuo. Eles atendem quase que só quando chamados, no Hospital das Clínicas;

Muitas vezes os profissionais da saúde evangélicos abrem as portas para os irmãos de suas igrejas, sem que haja o devido preparo e daí surgem problemas.

Fala-se de JESUS, do plano da salvação e não se fala de doutrinas ou de denominações.

O curso teórico nunca é completo sem o treinamento.

A cura divina é soberania de DEUS, porém a cura divina começa na alma. A cura do corpo é provisória, pois todos morreremos Corpo:

1. **Aproximação:**

– Distância muito grande: mostra distância emocional e afetiva;

– Distância muito pequena: invasão da intimidade, desrespeito ao espaço do paciente;

2. **Ficar de Frente:**

- Próximo ao meio da cama;

- Leve inclinação do corpo para frente;

- Sem sentar ou encostar na cama;

- Muita inclinação para traz demonstra desinteresse, cansaço, sono;

- Inclinação para frente demonstra atenção total ao paciente;

3. **Manter contato visual: pois os olhos são a maior fonte de comunicação;**

4. **Fisionomia receptiva:**

- Transmite o interesse incondicional do visitador;

- Sorria;

- Esteja atento ao que sua fisionomia estiver transmitindo;

5. **Concentre-se:**

- Não faça nada que não seja prestar atenção no paciente;

- Cuidado com o relógio, com os outros pacientes;

6. **Assentir com a cabeça:**

- Mostre que está acompanhando tudo o que ele diz;

7. **Tocar:**

- Momentos especiais, demonstrando que estamos com o paciente;

8. Eu estou ouvindo!

Muitas vezes queremos levar 10 pessoas a CRISTO e "empurramos" este programa em nossas visitas. Quem convence do pecado, da justiça e do juízo é o Espírito Santo. Apenas semeie sem ser chato.

Temos aprender a ouvir e conter nossa ansiedade de falar. No Salmo 116 diz "Amo ao Senhor porque Ele ouve a minha voz...". Na maioria das vezes nós oramos e desligamos, sem ouvir a DEUS. Veja o Salmo 86:1-7. Nós queremos ser ouvidos por DEUS e precisamos ouvir o que os outros têm para dizer, para que possamos ministrar de acordo com as necessidades de cada um. Vivemos na egolatria, onde o meu ego é o centro do meu mundo e meu próprio deus. Divagamos enquanto ouvimos as pessoas, nos dispersamos. As mulheres tem mais capacidade de tratar e cuidar de várias coisas simultaneamente. Já o homem tem a capacidade de concentração voltada para apenas uma coisa de cada vez. Cuidado com: "É claro que estou ouvindo,... o que foi que você disse mesmo?" Se não sabemos ouvir, não poderemos responder.

9. Obstáculos em ouvir:

- Não considerar quem está falando;
- Tirar conclusões prematuras;
- Inferir de acordo com minhas expectativas;
- Divagar ou atropelar;
- Ensaiar uma resposta;
- Reagir a palavras que o agridem (Acaso somos advogados de DEUS? Será que Ele precisa de advogado?)
- Preconceitos;
- Rejeitar a pessoa ou personalidade;

10. Aprender a ouvir:

- Criar espaço dentro de mim para aceitar as palavras e significados do outro. Abertura do mundo interior para receber o outro.

11. Passos para ouvir:

- Presença integral;

- Atenção à mensagem, ao tom de voz, e às sensações;

- Interesse autêntico (pela vida do outro);

- Suspender o julgamento: nossas diferenças, nosso valores;

- Paciência: não interrompa, não completar suas palavras, não desistir, calma! Deixe o outro expressar-se, mesmo que seja com dificuldades;

12. A Palavra Chave:

- Falar chavões sem ouvir as pessoas nos leva a falar bobagens sem sentido para ninguém;

- Selecione os pontos relevantes à medida que o visitado fala;

- Tudo o que é importante é repetido várias vezes, muda a intensidade da voz, olhos molhados, pausa suor, etc.

- Destaque o tema mais importante para o paciente e use-o como ponto entre a conversa normal e a apresentação do evangelho;

- Pedir permissão para orar e saber qual o assunto que ele quer que seja colocado em oração. Pedido de cura do paciente deve ser acompanhado de uma referência a que seja feita a vontade soberana de DEUS acima de tudo. Muitas vezes as pessoas falam em nome de DEUS, decretando a cura divina, sem antes ouvir a vontade de DEUS.

- Cuidado, não faça uma passagem forçada entre assuntos normais e o evangelho. Não force a barra!

- Observar o ambiente, observar o paciente e procurar entender o que ele precisa naquele momento;

- Contenha-se, contenha sua ansiedade!

- Não prepare sermões, mas tenha comunhão, busque comunhão constante com DEUS. Peça a DEUS discernimento sobre como e quando falar;

PERDENDO O MEDO DA CONTAMINAÇÃO

1. **Os anticorpos vem pela mãe, pelo leite, pela vacinação, alimentação adequada, hábitos saudáveis, etc. A imunidade é um processo que nos acompanha por toda a vida. E nem toda doença é infecto-contagiosa.**

2. **Doenças causadas por bactérias: tuberculose, hanseníase, difteria, coqueluche, tétano, meningite, pneumonia, etc.**

3. **Doenças causadas por protozoários: malária, doença de chagas, toxoplasmose, leishmaniose, etc.**

4. **Doenças causadas por vermes: esquistossomose, teníase, ascaridíase, fibraliose, etc.**

5. **Doenças causadas por vírus: gripe, sarampo, rubéola, catapora, dengue, poliomielite, caxumba, HIV, etc. O HIV é um retrovirus, fraco à ação externa, adquirido pelo ato sexual, contato sanguíneo, (drogas injetáveis), perinatal (parto e aleitamento), ocupacional (profissional da área de saúde – pouca possibilidade), leite materno, sangue, sêmem, secreções vaginais. Apesar de aparecer em lágrimas e saliva não há registro de contaminação por estas vias.**

6. **Doenças degenerativas: câncer, diabetes, hipertensão, arteriosclerose, etc.**

7. **Quais as possibilidades de contrair as doenças?**

- **Marcadores:**

  - Biológicos: predisposição física, genética, nutricional, concurso de doenças;

  - Sociais: região habitada, profissão, nível de renda, acesso a serviço médico, nível nutricional, sistema sanitário;

8. **Como nos defender?**

- **Defesas Naturais:**

  - Portas de entrada: barreiras mecânicas e químicas do corpo;

  - Anticorpos (produzidos pelo corpo e que nos dão resistência às doenças);

- **Defesas Artificiais**:
    - Soros;
    - Vacinas;
    - Antibióticos;
- **Cuidados Gerais e Orientações para o Hospital:**
    - Lavar as mãos (chegada e saída);
    - Evitar contato com secreções (sangue, urina, fezes, vômitos, etc.);
    - Não sentar na cama;
    - Respeitar as normas do hospital;
    - Evitar grande quantidade de pessoas;
    - Manter silêncio;
    - Respeito aos horários;
    - Não alimentar ou dar água;
    - Não mover o paciente;

9. **Importância dos cuidados de higiene**:

- Proteção do paciente;
- Proteção do visitante;

10. Tipos de área para visitação:

- Áreas livres (abertas);
- Área fechada (isolamento): pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas ou com deficiência imunológica. É indicado o uso de máscara, luva, gorro, roupas, etc.
- Áreas que podemos contaminar como visitantes;
- Observação: a presença de antibióticos e o desenvolvimento da medicina nos tiram o medo e o preconceito a respeito dos doentes;

11. **Conclusão**:

A maior parte das doenças infecto-contagiosas estão devidamente controladas. É necessário acabar com o preconceito, com o estigma.

Orientações Diversas:

- Lavar as mãos e, por último, os braços;
- O lavar as mãos mudou a história da humanidade;
- Fechar a torneira com o papel usado na secagem;
- A lavagem é com sabão (o álcool é fixador e não deve ser utilizado);
- Hepatite A, B e C: origem virótica, são graves, cuidado com contato com sangue, secreções (semelhante à contaminação pela AIDS). A tipo "A" é mais controlada e apresenta maiores sintomas. As dos tipos "B" e "C" não apresentam sintomas e tornam-se crônicas;
- Cuidado com a paranóia da contaminação! Devemos perder o medo de nos contaminarmos.
- Qual o conjunto adequado de vacinas para quem é visitador? Muitas vacinas já tomamos quando crianças, as de hepatite são indicadas;
- Epilepsia não pega, é neurológica;
- Cuidado com a noção de nojo ou rejeição. Quanto menos objetos levarmos, melhor;
- Colocar a Bíblia ou literatura na mesinha, nunca e cima da cama;
- Quanto menos manuseio de objetos na visita, melhor;
- Procurar informar-se com a enfermagem se o paciente pode ser tocado, antes da visita;
- O visitador tem ou ter muita preocupação e consciência sobre o que fazer;
- As crianças devem evitar visitas a enfermos, pois seu sistema imunológico ainda é fraco e não completamente formado;

VIDA CRISTÃ

Isaias, 740 AC começa seu ministério.

Isaias experimentava um declínio espiritual tão forte que DEUS mostrou sua ira. Ali apareceu Isaias. Tinha um bom conhecimento da Palavra de DEUS que, inicialmente, era só intelectual, mas em algum lugar do tempo o Senhor vivificou o conhecimento em seu coração.

Hoje vivemos dias corruptos e declinantes. Os ministros da Palavra muitas vezes são meramente intelectuais e DEUS quer que a Palavra seja revelada em nosso coração.

Isaias 1:1 mostra-nos um mundo em mudanças. Vivemos também num mundo de mudanças rápidas. Qual é o problema do mundo em que vivemos? Esse era o problema de Isaias e ele entendeu isso. E nós? Entendemos isso? Será que os autores de nossa época enxergam o problema de nossa época? O pós modernismo? O ateísmo? A cultura jovem? A pobreza? Os direitos humanos? Drogas? AIDS? Estes são problemas de fato, mas seriam o problema? Isaias 1:4 nos mostra uma nação pecaminosa. O problema de sua época é o pecado. Ao entendermos o problema básico também alcançamos a solução básica -> a única solução é um salvador! No verso 18 aparece o perdão de DEUS. Necessitamos ser ministrantes não intelectuais da Palavra, ministrando com nosso coração. No verso 12 é DEUS quem fala! O verso 10 nos mostra a Palavra. No verso 24 o Senhor fala da vingança dos inimigos dEle. Isaias precisava ministrar ao coração do povo e para isso a vida de Isaias deveria ser sacudida e DEUS fez isso no capítulo 6. Talvez Isaias (há indicações) fosse parente de Uzias. Era um bom rei e morreu. A nação pode entrar em crise novamente. Isaias provavelmente dependia do rei financeiramente. Isaias vê que sua distância da morte é nada mais do que um suspiro. O que você faz quando sua vida é sacudida? Isaias olhou para cima. Essa é a visão que temos que ver quando o nosso mundo desmorona. João via a glória do Senhor. Trono fala sobre poder, autoridade absolutos, e Ele controla todas as coisas. O rei pode morrer, a crise vem mas o Senhor está no trono. O que nos faz duvidar da autoridade e do poder de Deus? Em Apocalipse João encontrava-se em situação semelhante a Isaias e viu um trono no céu e alguém sentado no trono. Não importa se você está no tempo de Isaias, de João ou de nossos dias, pois há um trono ocupado por DEUS que está no controle de tudo. O trono alto e sublime. Quem está acima de você? A diretoria, o chefe, o governador, o presidente? DEUS ocupa o trono muito mais alto e mais sublime. DEUS ressuscitou JESUS e o assentou acima de tudo e todos. Alto e sublime trono. Mas Isaias viu não só o trono , mas o Senhor sentado nele. É Ele que tem que encher nossos olhos e nossas vidas hoje. As abas das vestes de DEUS enchiam o templo. E se DEUS enchesse o templo de minha vida com as abas de suas vestes? Ali há a verdadeira adoração para aquele único que deve ser adorado. As bases do limiar se moveram e a casa encheu-se da glória de DEUS (Shekinâ).

Ao adorar a DEUS não se preocupe com as respostas das orações feitas, mas sim preocupe-se com a grandeza de DEUS. Ele é incompreensível e assim também é Sua grandeza. Devemos admirá-lo ou não estaremos adorando-o. Tudo a respeito do Senhor é santo: Seus motivos, métodos, palavras, pensamentos, feitos, decisões. E DEUS diz "santo sereis, porque eu sou santo" Ele quer nos dar uma visão fresca de quem Ele é. Procure o Senhor quando você estiver numa crise como esta. Olhe para cima. Quando buscamos uma

visão fresca de DEUS encontraremos uma visão fresca de nós mesmos. Mas surge a consciência da impotência de nossa condição: Isaias 6:5 Ai de mim! Estou perdido! Não é o mesmo Isaias seguro e que apontava para os outros o dedo de acusação, mas agora aponta para si mesmo. A mensagem pregada para os outros deve ser pregada para ele mesmo. Isaias percebe que não é muito diferente dos outros. Meus lábios são impuros! Triste confissão para um ministrante da Palavra! E faz parte de um povo impuro, tal como ele mesmo. Ele tem que admitir que ele é o pecador. Versos 6 e 7: A brasa viva que toca a boca de Isaias deixou bolhas e doeu, mas fez uma grande diferença. Ele agora vê um altar de onde vem a brasa. Pecado confessado é pecado perdoado. Isto é o calvário! Talvez DEUS precise aplicar a brasa viva nos meus lábios pelo que estou falando, nos meus ouvidos pelo que estou ouvindo, nos meus olhos pelo que estou vendo, nos meus pensamentos pelo que estou pensando, nas minhas mãos pelo que estou fazendo, nas minhas emoções pelo que estou sentindo, nos meus pés por onde estou indo. Não ficaremos mais como somos. Verso 8 : DEUS tocou em seus lábios e só depois disso ele ouviu o Senhor. O pecado nos impede de ouvirmos a voz de DEUS. Mas não estava Isaias ministrando a Palavra de DEUS antes? Era um bom conhecimento da Palavra mas ele precisava de uma visão fresca de DEUS, para seu coração, que fizesse diferenças primeiramente em sua própria vida. Entender o que é o problema e sua solução. A quem enviarei? Envia-me a mim. Os campos estão brancos, a seara é grande mas os trabalhadores são poucos. Os hospitais são verdadeiros campos missionários. A quem enviarei e quem há de ir por nós? Isaias talvez tenha respondido de forma tímida. Isaias viu a DEUS e viu a si mesmo como nunca havia visto antes. Percebendo que não era diferente daquele povo impuro. Mas se tu podes me usar, envia-me a mim. No verso 9: o envio a uma missão impossível. O Senhor prevê a adversidade sobre o povo por longo tempo. Mesmo nas condições de sua época Isaias obedeceu.

Em Isaias 7:3, a mensagem torna-se pessoal a Isaias, vindo de DEUS ao coração. Isaias 8:1,3,5 e 11 Aparece o Senhor falando com Isaias. A crise faz a diferença!

Precisamos Ter a visão correta de:

- Quem é DEUS;
- Quem nós somos;
- Quem é este mundo;
- E o que DEUS espera de nós, e para onde Ele nos enviará.

ACONSELHAMENTO A FAMILIARES

Toda perda é um tipo de morte.
Perda da casa, do emprego, da saúde de um membro do corpo, são todos os tipos de morte. São morte dos sonhos e projetos futuros. Como toda morte deve ter luto, cada tipo de perda deve ser elaborada de uma maneira muito particular.

A dor é um tumor infectado que quando não é aberto, exposto, limpo contamina o corpo todo.

Inerente às perdas, quaisquer que sejam elas, há padrões de culpa, auto - condenação e atribuição de responsabilidades a si e a outros. São estágios de projeções. "Os por quês?" - " Por que pedi que fosse à farmácia aquela hora tardia ? " - " Por que insisti para que ele aceitasse este emprego ? - introjecções, "os sês" - " se ao menos tivesse observado que melhor, notaria que ele não estava bem ". " Se ao menos tivesse mais cuidado " ...estas condenações devem ser discutidas e postas para fora, serem compartilhadas.

Processar a perda tanto no adulto como na criança é importante para o crescimento futuro.

Nosso alvo não é enfraquecer o conflito, mas fortalecer o caráter e auto -conhecimento. O sofrimento ou nos aproxima de Deus ou nos amarga e esses são momentos preciosos para mostrar a diferença que Jesus pode fazer.

O paciente terminal, ou que está sofrendo ou sofreu uma grande perda (amputação, etc...) passa sete fases definidas por Kubler-Ross, mas a família, quer o paciente seja ou não terminal, também tem suas fases paralelas, seus seis estágios, que o conselheiro tem que conhecer e identificar para poder ajudar e superá-las. Como acontece com o paciente, as fases às vezes são interligadas, às vezes se sobrepõem ou mudam de ordem.

FASES DO PACIENTE TERMINAL

01. PRIMEIRA FASE - CHOQUE

É o momento em que a família recebe a notícia do estado real do paciente, ou pelo médico, ou vendo o resultado dos exames, que às vezes já trazem o resultado fechado de que o paciente é terminal, como nos casos de AIDS, ou mesmo está em pré - óbito, ou vai sofrer uma amputação, ou ficará tetraplégico, etc...

As reações nesta fase podem ser as mais diversas. Tanto podem ser de aceitação, quando de revolta e mesmo comportamentos auto - destrutivos como: arranhar-se, bater no peito, arrancar os cabelos, rasgar-se com raiva, resistência à realidade. Podem também ser de culpa ou vingança, assim como sofrerem desmaios, vômitos, etc...

Em relação a AIDS, é o momento que a família fica sabendo que seu amado usa ou usou drogas, é homossexual ou teve comportamento sexual promíscuo. A família precisa muito de apoio e orientação sadia, sendo informada que às vezes estes comportamentos aconteceram a 8 ou 10 ou mais anos atrás, antes mesmo que se conhecessem. Precisam ser orientadas de que este não é o momento de brigas e reprimendas, mas de apoio perdão e amor.

02. SEGUNDA FASE - NEGAÇÃO

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

1. "Será que os exames não foram trocados ?"

2. "Mas ele está com um aspecto tão saudável...

3. "Será que vai mesmo morrer ? "

4. "Será que outro tratamento, ou outro médico não o fariam andar novamente ou evitaria a amputação?"

5. "Devo ou não contar à ele, ao resto da família.."

6. Estas são perguntas que a família às vezes se faz, mas que também faz ao conselheiro.

Cada pergunta terá que ter uma resposta muito sábia e raramente totalmente positiva, pois ninguém conhece os desígnios de Deus e nem o seu tempo exato. A esperança é sempre positiva, mas também, é a oportunidade de levar a pessoa a confrontar seus valores. Deixar de confiar em tudo que acha que a leva ao céu e descansar só em Jesus.

03. TERCEIRA FASE - RAIVA

Esta reação bastante normal de cólera e raiva deve ser compartilhada, mostrando ao aconselhado que Deus entende suas emoções e não está ausente ou indiferente à sua dor.

04. QUARTA FASE - NEGOCIAÇÃO

As pessoas se voltam para Deus, com promessas de uma vida diferente e um compromisso com a igreja. Às vezes também é o momento de renovação de votos com o enfermo. O conselheiro deve ajudar a família a aceitar a doença, ou a perspectiva de total incapacitação ou morte iminente, explicando que devem viver cada dia. Não é o momento de levantar culpas, pois passado é passado e não pode ser mudado, somente o presente e o futuro o podem e isso com Jesus conhecido e reconhecido como o único que pode mudar todas as situações.

05. QUINTA FASE - DESESPERO

Chorar com o que chora é mostrar amor.

"Aquele que possuir recursos deste mundo e vir a seu irmão passando necessidade e fechar-lhe o seu coração como pode permanecer nele o amor de Deus?" I João 3:17.

"filhinhos, não amemos de palavra nem de língua, mas de fato e de verdade" I João 3:18.

Tocar, abraçar, orar para que não se sinta só em sua dor, são demonstrações de amor. Tudo que possuímos materialmente e fisicamente, tudo que somos psicologicamente e espiritualmente são "recursos deste mundo", tudo pelo que já passamos são experiências que nos capacitam para este momento para o qual fomos por Deus preparados.

Ninguém pode dar o que não tem (Atos 3:6) "... não possuo nem prata nem ouro, mas o que tenho, isso te dou ..."

Foi o que Pedro disse e fez. Nós, também temos a nos dar e o amor de Jesus que flui através de nós .

Não podemos, nesse momento, esquecer de I Tessalonincenses 5:23 "*vosso espírito, alma e corpo, sejam conservados íntegros...*" Sim, o homem é espírito, alma e corpo e nesse ponto, nessa hora de desespero, temos de estar atentos à parte física, providenciando um alimento quente (chá, café, chocolate), pois às vezes há "hipotermia" (queda de temperatura).

Agasalhar a pessoa. Fazer com que se alimente.

Esses sintomas que estão presentes nesta fase final, às vezes também estão no início do processo, no primeiro diagnóstico, nas primeiras trágicas perspectivas, no pós - operatório.

06. SEXA FASE - ACEITAÇÃO

A família, também passa por essa fase e podemos ajudá-la a manter-se alerta às mensagens finais do que parte. Ajudar a preparar o funeral, roupas, documentos. Saber as últimas vontades, ver parte legal com o assistente social. Atender inclusive à parte financeira do momento.

Muitas pessoas estão enfrentando a perda pela primeira vez. A morte é algo que acontece aos outros. Dificilmente estão preparadas para a dor, sofrimento e morte.

O luto tem duas maneiras completamente diferentes de serem trabalhadas, dependendo de como aconteceu o desenlace.

Há o processo lento, insidioso, prolongado, cansativo e o agudo, repentino, inesperado e catacl ísmico.

Um tipo de aconselhamento é apropriado com a família que perde alguém após uma luta longa e demorada com uma doença terminal e outro quando após um dia alegre em conjunto recebe a notícia do acidente fatal que destruiu de tal maneira que nem mesmo é reconhecível o corpo de seu amado.

Podemos ajudá-los a compreender que há um futuro independente do falecido e que a vida é sempre uma nova possibilidade, que com Jesus como Salvador e Senhor, poderá voltar a ser bela sem cogitar do tempo restante, da situação ou das próprias perspectivas.

07. SEXA FASE - ENTREGA

Não há perspectiva de mais nada, começa um processo de desligamento do mundo exterior.

LIDAR COM A PERDA

COMPLICAÇÕES DO LUTO:

Físicas:

- Enfraquecimento do sistema de respostas imunitário.
- Aumento da atividade adrenocortical.
- Aumento da prolactina do sangue.

- Aumento do hormônio do crescimento.
- Perturbações psicossomáticas.
- Aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares (especialmente em viúvos idosos).

Psiquiatria não específicas:

- Depressão (com ou sem risco de suicídio).
- Perturbações de ansiedade ou pânico.
- Outras perturbações psiquiátricas.

Específicas:

- Perturbações de stress pós - traumático.
- Inibição ou retardamento do sofrimento aliado à perda.
- Luto crônico/patológico.

FATORES QUE AUMENTAM O RISCO APÓS A PERDA

Circunstâncias traumatizantes.

- Morte do cônjuge
- Morte de um progenitor (em particular na primeira infância ou na adolescência)
- Mortes súbitas, inesperadas ou prematuras
- Mortes múltiplas (em particular desastres)
- Mortes por suicídio
- Mortes por homicídio premeditado ou involuntário

Vulnerabilidade pessoal

Geral:

- Baixa auto – estima
- Pouca confiança nos outros
- Perturbações psiquiátricas anteriores
- Ameaças ou tentativas de suicídio anteriores
- Ausência de apoio familiar

Específico

- Ligação ambivalente à pessoa falecida
- Ligação dependente ou interdependente à pessoa falecida
- Ligação de insegurança com os progenitores (em particular, aprendizagem de comportamentos de medo e de dependência)

REAÇÕES DO LUTO NAS CRIANÇAS

- **<u>ATÉ 2 ANOS</u>**

1. Não tem conceito da morte

2. Reage pela emoção dos outros

3. Reage à separação dos que cuidam dela

REAÇÕES

1. Implicância;

2. Muitas lágrimas, vômitos e regressão nos hábitos de higiene;

3. Quer se prender às pessoas;

4. Procure manter a rotina - a criança não conhece horas, mas percebe que algo está terrivelmente errado;

5. A criança reage ao seu stress - se possível arranje alguém que cuide dela neste tempo.

- **DE 3 ATÉ 5 ANOS**

1. Idade do descobrimento, a criança usa seus cinco sentidos

2. Não tem pensamento abstrato - ela ouve, mas não consegue interpretar a informação

3. Não tem o conceito da morte para si - vêem a morte em etapas - (brincadeiras infantis)

4. A criança que ajeitar as coisas para os outros

5. Crê que a morte é reversível como apresentada na TV, filmes, etc. Envolve-se em pensamentos mágicos.

6. Crêem possuir o poder de matar

7. Não tem o conceito de cemitérios

8. Não tem o conceito de choque - podem parecer não se importar

9. Podem ficar chocadas mais tarde, emocionalmente abaladas

10. Apresenta o fato da morte - não use eufemismo - elas precisam de repetição

- **DE 6 ATÉ 10 ANOS**

1. Sabem que podem morrer - tem medo da morte

2. Sua conversa pode demonstrar muito medo

3. Precisam de muito apoio e demonstração de segurança

- **DE 10 ATÉ 13 ANOS**

1. A morte é muito pessoal - têm uma visão realística da morte

2. Demonstram curiosidade quanto aos fatores biológicos da morte

3. Há ansiedade pela separação - precisam de afeto, mas às vezes ficam embaraçadas com ele.

4. Meninos no luto podem perder algumas habilidades manuais - suas notas na escola podem piorar

5. Crianças precisam ventilar seus sentimentos, assistir ao funeral e depois sair. Eles pedirão para isso

6. Podem surgir reações emocionais à separação de alguém a quem eles amam, e surgirem mecanismos de auto-preservação.

- **ADOLESCÊNCIA**

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

PONTOS A SEREM CONSIDERADOS NO ENVOLVIMENTO COM CRIANÇAS NO LUTO

1. A criança não mantém dores emocionais por muito tempo
2. Não lhes diga como se sentirem ou como não se sentirem
3. Permita que a criança o conforte
4. Sejam paciente - elas precisam fazer a mesma pergunta inúmeras vezes
5. A morte não é contagiosa - mostre bem a diferença
6. Mantenha ordem e estabilidade na vida da criança
7. Lembre-se que as crianças tendem a idealizar os mortos
8. Ajude-os, gentilmente, a ganharem estabilidade e perspectiva.

REAÇÕES DA CRIANÇA FRENTE À MORTE

1. Proteção

2. Dor, desespero, desorganização;

3. Esperança reconciliação - dependendo da idade, personalidade e amizade com o morto;

4. Podem acabar e mais tarde voltarem ao normal

5. As crianças entram e saem dos estágios de luto diversas vezes

6. Deixe-os saber que não precisam se envergonhar de sua dor

7. O reviver da dor - férias podem ser dias pesados



Pr. Washington Luiz da Silva é casado e tem três filhos. Pastor Auxiliar da Assembleia de Deus, Ministério da Oliveira. É bacharel em teologia com especialização em Capelania Hospitalar. É consagrado ao ministério pastoral desde 13 Novembro de 1993, na Escola de Formação de Missionários Internacionais, em Recife PE, Iniciou o Ministério de Capelania Hospitalar em 1994 no mesmo estado. Desde do ano 2000 desenvolve e exerce este trabalho Ministerial em Brasília, como Capelão Geral do Hospital de Base (**HB-DF**), Capelão responsável da Capelania Evangélica Hospitalar do Distrito Federal e presidente do Conselho Federal Evangélico de Capelania Hospitalar (**CFECH**). Os cursos de Capelania Hospitalar que ministra são baseados na Constituição Federal, artigo 5º, inciso VII, abarcada pela Lei Federal de nº **9.982**, de 14 de Julho 2000 e, no âmbito do Distrito Federal a Lei **3.216** de 05 de Novembro de 2003. Capacitando e formando assim vários homens e mulheres de Deus a exercerem este tão valoroso ministério de auxílio ao aflito nas entidades de internações coletivas hospitalares no Brasil e em outros paises.

Pr. Washington Luiz da Silva
Presidente do Conselho Federal Evangélico de Capelania Hospitalar (CFECH)
Responsável da Capelania Evangélica Hospitalar do DF
Capelão Geral do HB-DF.
Site: www.capelaniafederal.org
E-mails: prwluis@capelaniafederal.org & prwluis@hotmail.com
Telefone: + 55 61 9213 1284