



ARTIGO ORIGINAL

Reflexões sobre a morte: teologia e saúde

Reflections on death: theology and health

Cláudio Marcos Ferreira¹, Marcelo Albino da Costa¹, Rafael Emanuel Neves¹, Eduardo Yoneyama Mourthé², Paulo Franco Taitson³

RESUMO

O objetivo do estudo é conhecer e refletir sobre o que está sendo publicado na literatura científica sobre a questão da morte e o morrer em suas nuances bioéticas, bem como o modo como os profissionais de saúde estão enfrentando e discutindo tais aspectos. Trata-se de um estudo qualitativo-descritivo, através de levantamento bibliográfico. A temática da morte parece mais central na vida humana que a própria vida, e isto se justifica pelo medo herdado por um lado e da teoria da evolução por outro. Assim, este medo pode criar a ilusão de que a morte é um alívio ao sofrimento humano, como se o sofrer fosse intrínseco ao fato da morte. A atenção ao aspecto da espiritualidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde.

Palavras-chave: Religiosidade; Paciente Terminal; Espiritualidade, Bioética.

ABSTRACT

The objective of the present study was to learn and reflect about what is being published in the scientific literature regarding the question of death or dying in its bioethical nuances, as well as about the way health professionals face and discuss these aspects. This is a qualitative descriptive study based on a bibliographic survey. The matter of death seems more central in the human life than the life itself. It is due to the fear which is inherited on one hand and which is inherited from the theory of evolution on the other hand. Frequently, this fear can create an illusion that death is a relief from human suffering, as if the suffering were something intrinsic to the fact of death. The attention to the aspect of spirituality is becoming more necessary in the practice of health care.

Key words: Religiosity; Terminal Patient, Spirituality, Bioethics.

¹Alunos do curso de graduação em Teologia da PUC Minas

²Médico residente (R1) em Cirurgia Geral no Hospital São Francisco de Assis, BH.

³Professor adjunto (pós - doutor) do ICBS/PUC Minas. Professor de temas em Teologia (bioética) do curso de Teologia da PUC Minas. Diácono Permanente da Arquidiocese de Belo Horizonte.

INTRODUÇÃO

A temática ética da terminalidade da vida trata acerca de questões relativas ao declínio e ao fim da vida humana. Diversos autores que tratam sobre a questão da eutanásia, ortotanásia, suicídio assistido, morrer com dignidade, cuidados paliativos e o critério de morte, tem destacado o valor da discussão da essência ética da vida humana, bem como o que a vida representa para cada um de nós ^{1,2}.

Proposições filosóficas e jurídicas para expor esta temática foram sempre elencadas ao longo dos séculos. A partir do século XX, a morte passa a ser vista como um processo natural da vida “e, no adoecimento os tratamentos devem visar à qualidade de vida e o bem estar do ser humano, mesmo quando a cura não é possível; mas, frente a essa impossibilidade, nem sempre o prolongamento da vida é o melhor, e não se está falando de eutanásia...”³.

A origem do termo bioética foi utilizada pela primeira vez pelo oncologista americano Potter (1971), na sua obra *Bioethics to the Future*. Nesta obra, são tratadas questões referentes a valores humanos, cabendo muitas vezes a teologia as linhas mestras de convergência entre a fé e a terminalidade da vida. A história nos relata que após os marcos

iniciais teológicos e filosóficos, horizontes foram ampliados e logo a bioética assumiu um caráter multidisciplinar, atingindo varias outras ciências, como a psicologia, ciências sociais, direito, antropologia, medicina e a biologia ^{4,5}.

No entanto, o foco da pesquisa na discussão da terminalidade da vida se concentra atualmente em uma releitura das interfaces e representações éticas entre o paciente em fase terminal, a família e a equipe médica. Kovács apresenta em seu artigo a importância do profissional da saúde diante de um paciente em fase terminal e valoriza não somente a relação profissional com este, mas apresenta seu apoio e solidariedade, para que a pessoa agonizante tenha uma qualidade de morte, diante de casos em que não há mais solução para se recuperar ³.

Para o iniciante na área, se faz necessário a explicação de alguns conceitos: eutanásia, origina-se do grego eu + thanatos, e significa “boa morte” sendo o tema mais polêmico do século XX e ainda o é no século XXI, pois não apresenta nada de “boa morte”; distanásia, do grego dys + thanatos, e significa “ato defeituoso”, portanto, trata-se de uma “morte defeituosa”, com aumento de sofrimento e agonia; ortotanásia, do grego orto + thanatos, e é entendida como alternativa de suspensão através de

meios artificiais para manutenção da vida quando esta não é mais possível. Dessa forma não é considerado um ato ilícito, ou seja, a conduta de se desligar equipamentos médicos será lícita se não significar encurtamento da vida, mantendo propenso o princípio de não maleficência; suicídio assistido é um tipo de eutanásia em que o próprio paciente realiza o ato ^{6,7}.

A forma de se pensar a morte fez um percurso histórico em algumas culturas, como na Grécia Antiga, onde os espartanos jogavam do alto de um monte os recém-nascidos defeituosos e os idosos; em Atenas era o senado que tinha o poder

absoluto de decidir sobre a eliminação dos idosos e dos incuráveis. No Império Romano, o imperador Cesar autorizava o termino da agonia de gladiadores feridos, com um movimento dos dedos. Na Índia, as pessoas com doenças incuráveis eram jogadas no rio Ganges e sua boca e narinas eram vedadas com a lama sagrada. Na Idade Média, os guerreiros feridos mortalmente tinham direito ao punhal, reconhecendo-se seu uso como ato misericordioso, para evitar o sofrimento prolongado. Em cada período houve diferentes maneiras de se pensar a morte ou, em alguns casos, executá-la ⁸.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um levantamento bibliométrico em artigos publicados nos últimos doze anos (2000 a 2012) na base de dados do Scielo (Scientific Electronic Library Online). Esta se define como uma base de publicação eletrônica de periódicos científicos que disponibiliza de modo gratuito, os textos completos de mais de 290 revistas científicas do Brasil, Chile, Cuba, Espanha, Venezuela e outros países da América Latina. Foram utilizados como descritores para o estudo os termos: bioética, humanização e doente terminal nas línguas português e inglês. A revisão

da literatura realizada foi do tipo sistemática, sendo adotados os seguintes critérios de inclusão: 1) ter sido publicado no período de 2000 a 2012; 2) o assunto descrito ser pertinente ao objeto de estudo; 3) objetivo claro e ser fiel ao estudo realizado; 4) conclusão de acordo com o encontrado. Os trabalhos foram selecionados de acordo com sua compatibilidade no que se refere à estrutura e à metodologia. Através da inclusão dos critérios citados foram utilizados 39 trabalhos que foram discutidos em diferentes tópicos, agrupados a partir da análise dos textos selecionados.

RESULTADOS

Em 76,92% dos artigos avaliados existe uma preocupação real por parte dos autores que os últimos momentos que cercam um paciente em fase terminal devam ser de amparo aos seus anseios frente ao tratamento clínico, bem como se forneça amparo religioso ao mesmo.

DISCUSSÃO

A terminalidade da vida é quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte é inevitável. Porém não significa que não tenha nada mais a fazer, tanto o sujeito, quanto sua família. Ambos necessitam de cuidados, de alguém que possa ouvi-los e dar suporte. Surge então um novo trabalho, denominado humanização. O desafio da humanização é criar para os seres humanos oportunidades de existir e viver dignamente. O contato direto com seres humanos em estado de saúde ou doença, coloca o profissional diante de sua própria vida. Este processo nas instituições hospitalares pressupõe em primeiro lugar, a compreensão do significado da vida do ser humano ⁹.

Observou em 87,17% dos trabalhos que o paciente em atendimento hospitalar que apresenta debilidade real do seu quadro de saúde com risco de morrer, não sabe o que é ortotanásia. Existe, na integralidade dos estudos pesquisados, uma necessidade de preenchimento de lacuna cultural a cerca da valorização da vida humana em todos os seus aspectos.

O conceito de humanização alinha-se a uma série de propostas de revisão e de mudança nas relações entre equipes, profissionais, gestores e usuários dos serviços de saúde, abrangendo o emprego das tecnologias de escuta, acolhimento, diálogo e negociação para a produção e gestão do cuidado. Humanizar é fazer para o outro aquilo que gostaríamos de receber. O cuidar humanizado, implica por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, dar qualidade a relação profissional da saúde-usuário, acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito ¹⁰.

Pelos dados obtidos no presente estudo, observa-se o número elevado de trabalhos (76,92%) onde os pacientes vêm a necessidade de amparo aos seus anseios físicos e religiosos quando se colocam na qualidade de paciente em

fase terminal. Por outro lado com a constatação de que 87,17% dos estudos de que um paciente com risco de morrer não conhece os conceitos básicos de humanização e terminalidade da vida torna-se valoroso ampliar a assistência religiosa nos hospitais e casas de saúde.

Diferentes religiões apresentam suas posições acerca da morte, como o Budismo, que concebe o momento da morte como fundamental, pois o que governa o renascimento são a consciência e aprendizagem na hora da morte. Na tradição Budista, valoriza-se muito a decisão pessoal sobre o tempo e a forma da morte. Os Islamitas são totalmente contrários aos transplantes, porque provocam mutilações no corpo. De acordo com o Judaísmo a morte não pode ser apressada e o moribundo deve receber os tratamentos dos quais necessita. A decisão sobre a própria morte não cabe ao sujeito, e sim aos rabinos, que ao interpretar a Torá, aplicam seus conhecimentos a vida cotidiana.

No Cristianismo deixar morrer não significa matar. A eutanásia é uma transgressão e, também, assunto fértil para as controvérsias, conflitos e discussões. O foco é o questionamento sobre a autoridade divina e a possibilidade de autodeterminação do ser humano e por isso o diálogo entre ética e religião é

fundamental. Também existe a posição de outras entidades civis e religiosas sobre a eutanásia em seu aspecto jurídico-legal. Em alguns países a eutanásia é lícita, como na Holanda, e em outros, como o Brasil, “é vista como homicídio, portanto, ilícita e imputável, mesmo que a pedido do paciente”¹¹.

Questões relativas à definição do momento da morte e suas implicações também são levantadas por Kovács. Hoje se considera como fim da vida a morte encefálica. Esta “é a ausência total das funções cerebrais, como irreversível, apnéia e reflexos...”. Antigamente acreditava-se que o término da vida se dava pela parada respiratória e cardíaca (assim, muitas culturas e religiões a consideravam e consideram ainda hoje). É pertinente no texto de Kovács a ressalva acerca do Papa Pio XII, ao se pronunciar sobre a questão do término da vida, afirmou “que o término da vida é uma questão médica e não religiosa, e que critérios razoáveis devem ser aplicados neste caso”³.

Contudo, o texto apresenta que a morte encefálica não é um conceito, mas um critério. O encéfalo é visto como um órgão crítico para o que chamamos de vida, e que não pode ser substituído; neste caso, não importa que outros sistemas estejam funcionando por

meios artificiais, pois sabe-se que, após a morte encefálica, os outros sistemas, como o circulatório e respiratório, cessam também, após algumas horas ou dias. Em corolário, a autora não quer responder a todas as questões, mas somente levantar questões ³.

Segundo Segre e Guz em estudo datado de 2005, eles sugerem ser discutível o percurso da autonomia para defender a decisão do ser humano no que diz respeito a sua própria vida e morte. Aqui se encontra o cerne de suas reflexões. No que tange ao direito, o artigo apresenta que a vida não será considerada apenas no seu sentido biológico, mas também em seu aspecto biográfico. Os autores também distinguem inviolabilidade do direito à vida e disponibilidade do direito à vida. Este diz respeito à própria pessoa e corresponde a possibilidade dela mesma guiar sua própria vida de acordo com sua concepção. Aquela é quando se reconhece uma proteção contra terceiros. Ambas devem compor o direito à vida. Portanto, cabe a cada pessoa o direito efetivo de tomar decisões sobre sua própria vida e morte ¹².

Habitualmente muitas pessoas manifestam através reclamações céticas e desesperançosas por parte de alguns idosos que não veem as melhores perspectivas no seu processo de envelhecimento, porém em

outros casos, alguns idosos já se sentem alegres e satisfeitos vivendo plenamente a sua velhice. Estas duas realidades de nosso país são partilhadas por aqueles que cuidam e acompanham o envelhecer destas pessoas ^{13,14}.

Seja através de um envelhecer feliz e com qualidade de vida, ou quer seja através de um envelhecer infeliz e sem qualidade de vida é de fundamental importância para aqueles que pretendem propor condutas e políticas que visam dar significado a esta etapa da vida e a entender estas posturas e sensações díspares, pois temos processos de envelhecimento bem heterogêneos e, ao contrário de que muitos pensam, velhice não está associada à má qualidade de vida ¹⁵.

Atualmente a longevidade de vida é fortemente desejada por nossa sociedade, porém, esta longevidade só é bem vinda desde que não fiquemos dependentes de terceiros e por mais que o desenvolvimento tecnológico e científico aumente a expectativa de vida, ainda não é possível este sonho de viver cada vez mais sem ficar velho ou dependente, e esta impossibilidade leva muitas pessoas a uma visão negativa da velhice, levando ao “medo de envelhecer” e ao desejo da “eterna juventude”. Sendo assim, hoje cada vez mais com os avanços

tecnológicos em diversas áreas se tornou possível em muitos casos se chegar aos cem anos, provando assim o grande triunfo do envelhecimento populacional, porém chegar a estes cem anos sendo um idoso produtivo, participativo e tendo um envelhecer digno e com qualidade é o grande desafio e em nosso país infelizmente envelhecimento ainda é sinônimo na maioria das vezes de baixa qualidade de vida e sofrimento.

Para os mais velhos gozar de uma boa saúde é automaticamente se ter uma boa qualidade de vida, vida e saúde são inseparáveis. A longevidade trouxe alterações nos padrões de saúde de todos os países do mundo. Aumentou-se a prevalência de doenças crônicas e também cresceu uma preocupação entre os profissionais, bem como entre leigos, pois o objetivo último da medicina passa a não ser somente a cura da doença e a prevenção da morte. A tecnologia usada nos hospitais tem possibilitado salvar e também prolongar muitas vidas que sem esses recursos sucumbiriam, porém muitas dessas vidas prolongadas sofrem com a dor, com a incapacidade. Prolonga-se a vida, mas uma vida destituída de dignidade pode gerar uma grande questão: os pacientes não querem apenas sobreviver, mas querem qualidade no viver! Temos de nos preocupar em garantir a boa qualidade

de morte para as pessoas e nem sempre isto significa que prover cuidado de máxima tecnologia assegurará uma boa qualidade de vida ou levará dignidade aos dias finais. Mais que ter uma vida prolongada, as pessoas desejam e precisam estar cercadas de carinho, atenção, amor, respeito, sofrer menos e ter autonomia de escolhas¹⁶.

A qualidade de vida, cada vez mais, vem sendo incorporada as práticas do setor de saúde. Nessas últimas décadas este enfoque tem influenciado e sido objeto de pesquisa e investigação por parte das clínicas e daqueles que formulam as políticas de saúde. Qualidade de vida tem sido utilizada para distinção entre diferentes pacientes ou grupos de pacientes e também tem sido utilizada para avaliar intervenções terapêuticas mostrando o caminho a se seguir. Tradicionalmente a abordagem médica visa diagnóstico e tratamento, hoje, fala-se de vida e de qualidade, o dono da vida deve ter participação ativa na avaliação do que é melhor e mais significativo para ele e definir o seu padrão de qualidade de vida. Outra questão é a do envelhecimento como sendo uma experiência heterogênea e sendo assim cada indivíduo pautará sua vida de acordo com seus padrões pré-estabelecidos e se fará necessário o uso de instrumentos

multidimensionais, sensíveis à grande variabilidade dessa população^{17,18}.

“Sem dentes, sem visão, sem paladar, sem nada.” Ao citar Shakespeare, Fallowfield, quer mostrar a importância de se estudar a qualidade de vida dos idosos. Apesar de Shakespeare descrever a velhice somente sob o aspecto de deterioração física, para muitos idosos as questões psicológicas do envelhecer também são de grande influência e muitos se sentem sem amor, sem companhia, sem auto-estima, sem suporte social. Esta impotência psicológica pode levar aos idosos a um estado de abandono e desesperança, pois todos nós, seres humanos, mesmo os mais independentes, precisamos de afeto e de nos relacionarmos com o outro¹⁷.

Grimley-Evans afirma que o objetivo principal da vida humana é a busca da felicidade. Para ele, saúde e longevidade só são valiosas à medida que oferecem oportunidades continuadas para a felicidade, com isto, ele quer chamar a atenção e introduzir-nos na preocupação de transformar a sobrevida aumentada do ser humano num período significativo e com qualidade. Afirma também Grimley-Evans que existe um desnível cultural entre jovens e velhos nas sociedades contemporâneas, que pode levar há um preconceito que tende a inferiorizar os idosos quando em comparação aos jovens,

afirmando serem esses menos adaptados do que aqueles. Mas é fato que ao se criar um questionário avaliativo de qualidade de vida para pessoas dessa faixa etária deve-se levar em consideração a tendência de inventar respostas e de auto avaliar-se com um otimismo para além de seu verdadeiro estado de saúde; neste caso aponta Grimley a importância de sinceridade e honestidade nas respostas para que se evitem avaliações inadequadas e irreais⁴.

Numa outra pesquisa Williams em 1996, também chega a conclusões próximas às de Grimley, afirma ele que existem grandes diferenças entre os idosos mais do que qualquer outro grupo etário e isto torna as conclusões a respeito da qualidade da vida e dos cuidados necessários nesta etapa altamente individualizados. Esse envelhecimento heterogêneo leva a duas situações-limite: uma é a de encontrarmos idosos bastante saudáveis e com boa habilidade funcional até anos tardios e a outra é a de encontrarmos idosos sem nenhuma capacidade em seu domínio físico, mental, psicológico e sócio-econômico, mesmo que submetidos a terapias e reabilitações que visem compensar perdas funcionais¹⁸.

No Brasil, a possibilidade de uma qualidade de vida melhor na velhice é comprometida pelos diversos estereótipos e preconceitos criados.

Em nosso meio, muitas vezes, velhice é sinônimo de perda, de incapacidade, de dependência, de impotência, de decrepitude, de doença, de desajuste social e econômico, viuvez, solidão; o idoso é um, implicante, triste, demente, oneroso, na visão de muitas pessoas. Também na sociedade norte americana, Ory e Cox em estudos de 1994, analisaram a falta de diagnóstico correto quando afirma que idosos e profissionais de saúde tendem a ignorar sintomas de tristeza, de dor, de cansaço impedindo, assim, por negligência um tratamento, adaptação ou reabilitação adequados, como exemplo, muitas das vezes a depressão é marcada e diagnosticada como uma tristeza normal nesta etapa da vida, outras vezes a incontinência urinária não é tratada por alguns pacientes acharem normal ou terem vergonha de expor o problema^{8,19}.

Moritz e Nassar em 2004 discutiram sobre a atitude dos profissionais da enfermagem e da medicina diante da morte, especificamente ao que tange o prolongamento fútil e inútil do paciente através do uso da tecnologia e possível reanimação cardiorrespiratória (RCR), caso o paciente tenha sofrido parada cardiorrespiratória (PCR) e, pela reflexão atual, o consentimento deste. Para isso, o presente artigo fez um levantamento estatístico da atitude do profissional da

saúde diante da morte, particularmente médicos (as) e enfermeiros (as), e como estes profissionais, em sua grande maioria se encontram em situação de angústia diante de pacientes em fase terminal e não sabem como lidar com a morte dos pacientes²⁰.

O artigo apresentou a angústia dos profissionais da saúde, particularmente nas UTI, “onde salvam-se muitas vidas, mas também onde é rotineiro o retardo da morte”. Logo, surge a necessidade do reconhecimento de certos tratamentos que podemos classificá-los como fúteis e inúteis e consequente suspensão destes. “Aceitando essa realidade os médicos estariam evitando a prática da distanásia”²⁰.

Contudo, também é conveniente ressaltar que o relacionamento entre o profissional da saúde e o paciente não é meramente profissional, mas, por que não dizer, vocacional. Atitude que vá além do profissional e paciente para a relação humana, como seres que somos de reconhecer no outro um “alteros”, quer dizer, um outro que se encontra exposto e desprotegido (y-li-á), no sentido levinasiano. E, portanto, formamos uma tessitura de responsabilidade com o outro, a qual somos cada um responsáveis reciprocamente. E reconhecer que cuidar (*sorge*) do outro é cuidar

da existência, que faz-nos perceber como seres no mundo lançados aí, na existência. Como seres vivos que somos possuímos várias dimensões (afetiva, sexual, humana, espiritual, social, comunitária etc.) que se encontram no mesmo homem. E quando vivemos autenticamente (*nichzuhausensein*), aceitando adentrar na escola da angústia (*angst*) que nos ensina a viver, aceitando-a como uma velha amiga, que faz parte inevitavelmente da

existência, encontraremos sentido para vida. Enfim, todos os seres humanos são convidados em tudo o que fizerem a encontrar e reconhecer um sentido para a vida. Do contrário, seremos esmagados por ela. Como diria Hockheimer, “porque detrás de toda ação humana está a teologia...”. Tire a teologia do mundo e tudo mais se transformará numa mera negociata”²¹.

REFERÊNCIAS

1. Lago PM, Devictor D, Piva JP, Bergouniou J. Cuidados de final de vida em crianças: perspectiva no Brasil e no mundo. *J Pediatr*, 2007; 83:S109-16.
2. Lepargneur H. Procurando fundamentação para humanização hospitalar. *Mundo Saúde*, 2003; 27:219-30.
3. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, 2003; 14:115-67.
4. Grimley-Evans J. Quality of life assessments and elderly people. In: Hopkins A. Measures of Quality life and the uses to which such measures may be put. London: Royal College of Physicians of London, 1992; 107-16.
5. Pessini L, Bertachini L. Humanização e Cuidados Paliativos. 3ª ed. São Paulo: Loyola, Centro Universitário São Camilo; 2006.
6. Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Rev Bioet*, 1996; 4:31-43.
7. Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência á saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14:277-84.
8. Ory MG, Cox DM. Forging ahead: linking health and behavior to improve quality of life in older people. In: Romney DM, Brown RI, Fry PS. Improving the quality of life. Recommendations for People with and without Disabilities. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1994; 89-120.
9. Gutierrez PL. O que é o paciente terminal. *Rev Assoc Med Bras*, 2001; 47:92.

10. Deslandes SF, Ayres JRCM. Humanização e cuidado em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2005; 10:510.
11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
12. Segre M, Guz G. Bioética e direito na terminalidade da vida. *Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina*, 2005; 13:121-5.
13. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.
14. Siqueira JE. Sobre a morte e o morrer: tecnologia ou humanismo? *Rev Bioét.* 2003; 49:7.
15. Marengo MO, Flávio DA, Silva RHA. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 2009;42:350-7.
16. Müller AM, Scortegagna D, Moussalle LD. Paciente oncológico em fase terminal: percepção e abordagem do fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2011; 57:207-15.
17. Fallowfield L. The quality of life in the elderly. In: Fallowfield L. The quality of life. The Missing Measurement in Health Care. London: Souvenir Press, 1990:162-85.
18. Williams TF. Geriatrics: Perspective on quality of life and care for older people. In: Spilker B. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2nd ed. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven Publishers; 1996, 803-7.
19. Mota RA, Martins CGM. Papel dos profissionais de saúde na política da humanização hospitalar. *Psicol Estud*, 2006; 11:323-30.
20. Moritz RD, Nassar SM. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. *RBTI – Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2004;16:14-21.
21. Boff C. Conselhos a um jovem teólogo. *Perspectiva Teológica*, 1999; 31(83):77-96.

Correspondência:

Prof. Diác. Paulo Franco Taitson
Av. Dom José Gaspar, 500 – Prédio 25
30535-901 – Belo Horizonte / MG

Recebido: 22/10/2012

Aceito: 31/12/2012

