REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

A TEOLOGIA DA PRESENÇA NA BEIRA DO LEITO: RELATOS DE EXPERIÊNCIA E ANÁLISE CLÍNICO-PASTORAL EM DIAGNÓSTICOS GRAVES E TERMINALIDADE

THEOLOGY OF PRESENCE AT THE BEDSIDE: EXPERIENCE REPORTS AND CLINICAL-PASTORAL ANALYSIS IN SEVERE DIAGNOSES AND TERMINALITY

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 27/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795684156

Valdemir da Silva[1]

RESUMO

O recebimento de um diagnóstico médico de enfermidade grave ou de prognóstico reservado instaura uma profunda ruptura existencial e espiritual na trajetória do paciente e de seu núcleo familiar, desencadeando crises agudas de sentido, medo da finitude e questionamentos de ordem metafísica. O presente artigo investiga de que maneira a Teologia da Presença, articulada ao Aconselhamento Pastoral de Crise, qualifica a práxis da Capelania Hospitalar no acolhimento integral desses sujeitos em estado de vulnerabilidade extrema. Metodologicamente, a investigação caracteriza-se como um estudo qualitativo de natureza exploratória e fenomenológica, fundamentado na revisão bibliográfica de teóricos basilares da teologia prática e dos cuidados paliativos integrada ao relato de experiência crítico-reflexivo acumulado pelo autor ao longo de dezesseis anos de atuação ministerial na saúde — compreendendo dez anos de inserção hospitalar contínua e sistemática (2010–2020) e seis anos subsequentes de atendimento sob demanda em hospitais e instituições de longa permanência para idosos (2020–2026). Como eixo empírico central, examinam-se três estudos de caso emblemáticos e devidamente anonimizados: o acompanhamento de uma paciente acometida por paralisia corpórea severa (Lary), a assistência espiritual a um interno sob regime de privação de liberdade hospitalar (Paulo) e o manejo confidencial do luto e da confissão em cuidados paliativos finais (Pastora Maria). Os resultados demonstram que a eficácia terapêutica da capelania reside na renúncia aos discursos dogmáticos prontos em favor da escuta empática, do uso clínico do silêncio, do respeito ecumênico e da salvaguarda absoluta do sigilo pastoral, promovendo alívio da dor total e pacificação existencial.

Palavras-chave: Capelania Hospitalar; Teologia da Presença; Aconselhamento Pastoral; Estudos de Caso; Terminalidade.

ABSTRACT

Receiving a medical diagnosis of a severe illness or poor prognosis triggers a profound existential and spiritual disruption in the trajectory of the patient and their family, unleashing acute crises of meaning, fear of finitude, and metaphysical questioning. This article investigates how the Theology of Presence, articulated with Crisis Pastoral Counseling, qualifies the praxis of Hospital Chaplaincy in providing comprehensive care to individuals in states of extreme vulnerability. Methodologically, the research is characterized as an exploratory and phenomenological qualitative study, grounded in a bibliographic review of foundational theorists in practical theology and palliative care integrated with a critical-reflexive experience report accumulated by the author over sixteen years of ministerial work in healthcare— comprising ten years of continuous and systematic hospital service (2010–2020) and six subsequent years of on-demand care in hospitals and long-term care facilities for the elderly (2020–2026). As its central empirical axis, the study examines three emblematic and duly anonymized case studies: the accompaniment of a patient afflicted by severe bodily paralysis (Lary), spiritual assistance to an inmate under hospital custody (Paulo), and the confidential management of grief and confession in end-of-life palliative care (Pastor Maria). The results demonstrate that the therapeutic efficacy of chaplaincy lies in renouncing ready-made dogmatic speeches in favor of empathetic listening, the clinical use of silence, ecumenical respect, and the absolute safeguarding of pastoral confidentiality, promoting relief from total pain and existential pacification.

Keywords: Hospital Chaplaincy; Theology of Presence; Pastoral Counseling; Case Studies; Terminality.

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar contemporâneo, embora notavelmente equipado com avançados recursos biotecnológicos voltados à preservação e ao prolongamento da vida biológica, frequentemente revela-se um espaço árido e impessoal para o acolhimento das demandas subjetivas e espirituais do ser humano adoecido. No instante em que um indivíduo recebe a comunicação clínica de uma patologia grave, crônica ou terminal, ocorre uma abrupta interrupção de seus projetos biográficos. A rotina cotidiana cede lugar à submissão a protocolos invasivos, exames contínuos e ao isolamento afetivo, instaurando uma crise que transcende os limites da fisiopatologia e atinge o núcleo da identidade existencial do sujeito.

Nesse ecossistema marcado pela dor e pela incerteza, o paciente e seus familiares são confrontados com indagações profundas acerca do sentido do sofrimento, da justiça divina e da iminência da morte. A medicina curativa, ancorada estritamente no paradigma biomédico, nem sempre dispõe de ferramentas comunicacionais ou disponibilidade temporal para absorver o impacto emocional e espiritual dessa ruptura. Emerge, portanto, a necessidade imperativa de uma abordagem interdisciplinar que reconheça o enfermo em sua integralidade biopsicossocial e espiritual, legitimando a inserção ética e qualificada da Capelania Hospitalar como agente promotor de humanização e cuidado.

Diante desse cenário de fragilidade aguda, a presente investigação orienta-se pela seguinte questão-problema: de que maneira a Teologia da Presença, instrumentalizada por meio do Aconselhamento Pastoral de Crise, opera na beira do leito para ressignificar o sofrimento, acolher a angústia existencial e promover dignidade espiritual a pacientes e familiares submetidos a

diagnósticos graves e cuidados paliativos? Para responder a essa indagação, estabelece-se como objetivo geral analisar fenomenologicamente a práxis clínico-pastoral da capelania hospitalar a partir da articulação entre a fundamentação teológica contemporânea e o relato de experiência empírica.

Como objetivos específicos, busca-se: (a) examinar os fundamentos teóricos da Teologia da Presença, da angústia existencial e do conceito de dor total aplicados ao contexto hospitalar; (b) descrever o percurso metodológico construído ao longo de dezesseis anos de atuação ministerial na saúde; (c) analisar criticamente três estudos de caso emblemáticos que ilustram distintas dimensões do sofrimento humano no leito — a paralisia corpórea, a privação de liberdade e a terminalidade sob sigilo pastoral; e (d) sintetizar os pilares terapêuticos e bioéticos que asseguram a eficácia do cuidado espiritual sem proselitismo.

A relevância científica e social deste estudo justifica-se pela urgência de sistematizar saberes práticos que evitem o improviso religioso nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Muitas vezes, intervenções espirituais bem-intencionadas, porém desprovidas de preparo clínico-teológico, acabam agravando a culpa e o desespero do enfermo por meio de discursos dogmáticos prontos ou promessas irreais de cura imediata. Ao analisar casos reais sob o rigor da reflexão acadêmica, este artigo oferece subsídios concretos para capelães, teólogos e profissionais da saúde interessados na consolidação de uma assistência espiritual ética, compassiva e verdadeiramente libertadora.

REFERENCIAL TEÓRICO: A TEOLOGIA DA PRESENÇA E O CUIDADO NA DOR

A compreensão teológica do sofrimento humano no ambiente hospitalar exige o abandono de explicações simplistas que associam mecanicamente a enfermidade ao castigo divino ou à insuficiência de fé. Conforme analisa Paul Tillich (1976) em sua ontologia da existência, a confrontação com a doença grave e a finitude desperta no sujeito a angústia fundamental do nãoser, ameaçando dissolver o sentido de sua própria existência. Diante do abismo da morte, o ser humano experimenta o vazio espiritual e a perda de referências. Para Tillich (1976), a resposta pastoral a essa crise não reside na negação intelectual da dor, mas no fortalecimento da 'coragem de ser' — uma afirmação existencial enraizada no fundamento último da vida, capaz de sustentar o indivíduo mesmo quando a realidade biológica aponta para a irreversibilidade.

Essa perspectiva dialoga profundamente com a teologia da esperança e da cruz desenvolvida por Jürgen Moltmann (2005). Ao refletir sobre o Deus crucificado, Moltmann demonstra que a divindade cristã não permanece distante ou apática diante da agonia humana; antes, participa solidariamente do sofrimento das criaturas. No leito do hospital, essa verdade teológica transforma radicalmente a postura do agente pastoral. O capelão não adentra o quarto como o detentor de respostas mágicas para suprimir o mistério do mal, mas como testemunha de um Deus que habita a própria vulnerabilidade do enfermo. A esperança cristã, sob essa ótica, não se confunde com um otimismo ingênuo que ignora a gravidade do quadro clínico, mas configurase como uma força resiliente que sustenta a dignidade humana até o último suspiro.

No âmbito da teologia pastoral aplicada, Dietrich Bonhoeffer (2003) oferece contribuições decisivas ao refletir, a partir de sua própria experiência de confinamento e privação de liberdade, sobre o valor

da comunhão silenciosa e da presença solidária. Bonhoeffer alerta contra o perigo da 'graça barata' e das palavras religiosas superficiais que tentam apressar o consolo sem partilhar o peso da cruz do outro. No ecossistema hospitalar, o ministério da escuta e da permanência silenciosa junto ao leito torna-se a expressão mais autêntica do amor cristão, validando a dor do paciente sem exigir-lhe uma performance de alegria artificial.

A operacionalização dessa postura relacional encontra sua formulação clássica no conceito de 'curador ferido', elaborado por Henri Nouwen (2022). Segundo o autor, a eficácia do cuidado espiritual não deriva da invulnerabilidade ou da superioridade moral do ministro, mas de sua capacidade de reconhecer suas próprias fragilidades humanas e transformá-las em espaço de hospitalidade acolhedora. Quando o capelão se despe da pretensão de controlar o desfecho clínico e aceita sua condição de companheiro de jornada, a simples presença física, o olhar atento e o toque respeitoso convertem-se em instrumentos terapêuticos de altíssimo valor. Essa é a essência da Teologia da Presença: o 'estar com' o outro em sua hora mais sombria, oferecendo um porto seguro onde o medo pode ser verbalizado sem censura.

Para que essa presença compassiva produza resultados concretos na saúde integral do assistido, torna-se indispensável integrá-la aos princípios do Aconselhamento Pastoral de Crise sistematizados por Howard Clinebell (2016). O autor propõe um modelo holístico de cuidado que atua simultaneamente nas dimensões espiritual, psicológica, relacional e somática do indivíduo. Em situações de crise aguda desencadeadas por diagnósticos graves, Clinebell (2016) enfatiza que o papel do conselheiro pastoral consiste em auxiliar o enfermo e sua família a mobilizarem seus recursos internos de

enfrentamento (coping religioso positivo), facilitando a catarse emocional, ressignificando perdas e promovendo a reconciliação interpessoal e transcendental.

Por fim, a interface entre a capelania hospitalar e os cuidados paliativos fundamenta-se na teoria da 'dor total', formulada pela médica e pioneira Cicely Saunders (2004). Ao acompanhar pacientes em estágio avançado de doenças incuráveis, Saunders demonstrou que o sofrimento na terminalidade jamais é puramente nociceptivo ou físico; ele compõe-se de uma complexa interação entre a dor física, a angústia psicológica, o isolamento social e a dor espiritual. Quando a dor espiritual manifestada por culpas ocultas, medo do desconhecido e sensação de abandono por Deus não é devidamente acolhida, os próprios analgésicos farmacológicos perdem parte de sua eficácia. Assim, a intervenção da capelania hospitalar, pautada na Teologia da Presença e na ética bioética, revela-se um componente insubstituível da equipe transdisciplinar de cuidados paliativos.

A integração entre a dimensão espiritual e o cuidado clínico exige, ademais, uma compreensão antropológica que supere o dualismo cartesiano entre corpo e alma, historicamente hegemônico nas ciências médicas ocidentais. Quando o hospital fragmenta o sujeito em órgãos doentes ou protocolos terapêuticos isolados, o paciente vivencia aquilo que a bioética contemporânea denomina de despersonalização institucional. Nesse contexto, a Teologia da Presença resgata a visão bíblico-teológica da unidade psicossomática do ser humano (nefesh), compreendendo que toda enfermidade física repercute imediatamente na esfera emocional, relacional e espiritual, assim como toda restauração de sentido

interior reverbera positivamente na disposição orgânica para o enfrentamento da doença.

Sob essa ótica, o exercício da capelania hospitalar não se reduz a um mero apêndice assistencial ou a uma atividade filantrópica periférica; configura-se, antes, como uma práxis teológica de fronteira, onde a fé é confrontada com a crueza da dor real e onde a esperança precisa ser articulada com honestidade intelectual e sensibilidade pastoral. Ao caminhar lado a lado com o enfermo no vale da sombra da morte, o capelão encarna a diaconia da compaixão, testemunhando que nenhum ser humano está condenado ao abandono existencial, independentemente da gravidade de seu diagnóstico.

PERCURSO METODOLÓGICO

Sob o ponto de vista metodológico, esta investigação configura-se como uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e abordagem fenomenológica, orientada para a compreensão profunda dos significados atribuídos à experiência do sofrimento e do cuidado espiritual no contexto hospitalar. A escolha pelo paradigma qualitativo justifica-se pela natureza subjetiva, relacional e transcendental dos fenômenos investigados, os quais não podem ser reduzidos a variáveis estritamente quantificáveis sem a perda de sua densidade existencial.

O delineamento do estudo articula dois eixos complementares: a pesquisa bibliográfica sistemática, ancorada nos autores clássicos da teologia prática, da psicologia pastoral e dos cuidados paliativos anteriormente discutidos, e o relato de experiência crítico-reflexivo. A fonte primária de dados empíricos reside na trajetória ministerial

acumulada pelo pesquisador ao longo de dezesseis anos de atuação na área da saúde, iniciada após sua formação e ordenação especializada em capelania no ano de 2010.

Cronologicamente, essa vivência empírica divide-se em dois períodos distintos e complementares: (a) uma década de inserção hospitalar contínua e sistemática, compreendida entre os anos de 2010 e 2020, caracterizada por visitações regulares três vezes por semana em enfermarias, unidades de isolamento epidemiológico e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), interrompida temporariamente pelas restrições sanitárias impostas pela pandemia de COVID-19; e (b) seis anos subsequentes, de 2020 a 2026, marcados pelo atendimento pastoral especializado sob demanda em hospitais gerais e instituições de longa permanência para idosos (asilos), além da condução contínua de cursos semestrais de capacitação para novos capelães e voluntários.

Para ilustrar empiricamente a aplicação da Teologia da Presença em cenários limites, foram selecionados três estudos de caso emblemáticos extraídos dos registros reflexivos dessa trajetória. Em estrita observância aos princípios éticos da pesquisa e ao sigilo pastoral absoluto, todos os nomes próprios foram substituídos por pseudônimos (Lary, Paulo e Pastora Maria), omitindo-se quaisquer informações institucionais, datas exatas ou dados clínicos secundários que pudessem permitir a identificação direta ou indireta dos assistidos ou de seus familiares. A análise dos casos seguiu o método fenomenológico de leitura compreensiva, buscando identificar as estruturas essenciais da crise espiritual, a intervenção pastoral adotada e os desdobramentos terapêuticos observados no leito.

A rigorosidade ética na condução deste relato de experiência crítico-reflexivo fundamenta-se na distinção metodológica entre a exposição biográfica indevida e a sistematização científica de fenômenos clínico-pastorais. Na tradição da pesquisa qualitativa em Teologia Prática, a reflexão sistemática sobre a própria práxis ministerial constitui uma fonte legítima de produção de conhecimento, desde que submetida ao crivo da autocrítica teórica e à proteção integral da identidade dos sujeitos assistidos. Dessa forma, os três estudos de caso selecionados foram estruturados a partir de anotações de campo retrospectivas, preservando a autenticidade das dinâmicas relacionais ocorridas no leito sem violar o sigilo confessional.

Adicionalmente, a seleção intencional dos três casos obedeceu ao critério da diversidade fenomenológica das crises hospitalares. Buscou-se contemplar situações que desafiam a comunicação verbal tradicional (caso Lary), contextos marcados pela vulnerabilidade social e pelo estigma institucional (caso Paulo) e cenários limites de terminalidade em que a dimensão da culpa e da reconciliação espiritual assumem centralidade absoluta (caso Pastora Maria). Essa triangulação de experiências permite verificar a consistência e a adaptabilidade da Teologia da Presença frente a múltiplas configurações do sofrimento humano.

ANÁLISE CLÍNICO-PASTORAL DOS ESTUDOS DE CASO

A análise aprofundada das vivências à beira do leito permite observar como os conceitos teóricos da Teologia da Presença e do Aconselhamento Pastoral se materializam diante de quadros clínicos extremos. A seguir, examinam-se três narrativas reais que evidenciam distintas faces da fragilidade humana: a perda da

autonomia motora, o estigma do encarceramento associado à doença e o peso da culpa oculta na terminalidade.

Caso 1 — Lary: A Paralisia Corpórea e a Linguagem do Silêncio

O primeiro estudo de caso refere-se ao acompanhamento contínuo de Lary, uma paciente jovem adulta internada em unidade de alta complexidade após sofrer um evento neurológico devastador que resultou em paralisia corpórea severa e perda completa da capacidade de verbalização. Confinada ao leito e dependente de suporte ventilatório e cuidados intensivos permanentes, Lary encontrava-se em estado de plena lucidez cognitiva, porém aprisionada em um corpo que não respondia aos seus comandos motores. O choque do diagnóstico e a brusca transição de uma vida ativa para a imobilidade absoluta instauraram um quadro dramático de angústia existencial, manifestado pelo olhar fixo, lacrimejamento silencioso e sinais visíveis de desespero diante da impotência física.

Diante dessa barreira comunicacional extrema, qualquer tentativa de abordagem pastoral baseada em longas pregações, questionamentos verbais ou cobranças de manifestação audível de fé revelar-se-ia não apenas ineficaz, mas profundamente cruel. Aplicando os pressupostos da Teologia da Presença de Nouwen (2022) e do cuidado silencioso de Bonhoeffer (2003), a intervenção pastoral reconfigurou-se integralmente para a linguagem não verbal. O capelão posicionou-se no campo visual direto da paciente, mantendo a altura dos olhos nivelada ao leito para evitar uma postura de superioridade física, e estabeleceu contato por meio do toque sereno e respeitoso em sua mão.

Ao longo das visitas sucessivas, desenvolveu-se um código comunicacional simples baseado no piscar dos olhos de Lary, permitindo-lhe expressar consentimento, dor ou desejo de oração. As leituras bíblicas foram selecionadas com critério clínico textos breves, poéticos e centrados no cuidado maternal e protetor de Deus, como o Salmo 23 e o Salmo 139, pronunciados em tom de voz suave e pausado. A eficácia dessa presença constante e não invasiva manifestou-se na gradual pacificação da paciente: a tensão facial cedeu lugar a uma expressão de serenidade, e a equipe de enfermagem relatou estabilização da frequência cardíaca e redução da agitação motora durante e após os atendimentos espirituais, comprovando que a comunhão espiritual transcende a palavra falada.

A análise retrospectiva do acompanhamento de Lary revela uma lição fundamental para a formação de capelães: a eficácia do ministério pastoral não é proporcional à quantidade de palavras proferidas, mas à qualidade da atenção dedicada ao outro. Em unidades de terapia intensiva, onde o ruído constante dos monitores e a movimentação incessante da equipe técnica tendem a gerar sobrecarga sensorial e isolamento afetivo, a presença calma e constante do capelão funciona como um ponto de ancoragem emocional. Ao validar a dignidade de Lary sem exigir-lhe respostas verbais, o cuidado pastoral restituiu-lhe a condição de sujeito ativo de sua própria espiritualidade, demonstrando que a comunhão com o transcendente permanece intacta mesmo quando todas as faculdades motoras externas encontram-se suspensas.

Caso 2 — Paulo: Privação de Liberdade, Estigma e Dignidade no Leito

O segundo relato envolve o atendimento pastoral a Paulo, um interno do sistema prisional transferido sob escolta armada para a enfermaria de um hospital geral em decorrência de uma enfermidade grave de prognóstico reservado. O cenário clínico apresentava uma dupla camada de isolamento e sofrimento: além da dor física e do temor da morte, Paulo carregava o peso do estigma social, permanecendo algemado ao leito hospitalar sob vigilância constante de agentes penitenciários. A atmosfera do quarto era marcada pela hostilidade latente, pela desconfiança mútua e pela despersonalização extrema, na qual o sujeito era tratado prioritariamente como um detento perigoso e apenas secundariamente como um ser humano adoecido.

A aproximação da capelania exigiu inicialmente uma negociação ética e respeitosa com a escolta policial, solicitando autorização para permanecer a uma distância segura junto ao leito sem interferir nos protocolos de segurança institucional, em conformidade com a Lei Federal n. 9.982, de 14 de julho de 2000, que assegura a assistência religiosa tanto em hospitais quanto em estabelecimentos prisionais. Ao iniciar o diálogo, o capelão absteve-se completamente de qualquer indagação sobre os delitos cometidos ou a situação penal do interno, adotando uma postura de acolhimento incondicional fundamentada na graça e na dignidade intrínseca da pessoa humana.

Nos primeiros contatos, Paulo demonstrou forte resistência defensiva, desconfiando das intenções da visita religiosa. Todavia, a persistência amorosa da Teologia da Presença marcada por visitas breves, escuta sem juízos de valor e tratamento respeitoso pelo nome próprio rompeu gradativamente sua couraça emocional. Em um momento crítico de agravamento clínico, Paulo solicitou

espontaneamente uma oração e desabafou suas culpas, o medo de morrer sozinho e o desejo de reconciliação espiritual. O aconselhamento pastoral de crise, conforme preconizado por Clinebell (2016), permitiu-lhe experimentar o perdão divino e ressignificar sua própria história diante da finitude, evidenciando que a compaixão pastoral é capaz de dissolver muros institucionais e devolver humanidade onde o estigma havia imposto o abandono.

O desfecho do acompanhamento de Paulo evidencia ainda o papel profético e humanizador da capelania dentro das instituições públicas de saúde. Quando a equipe assistencial observou o respeito sereno e a ausência de preconceito com que o capelão se aproximava do leito algemado, operou-se uma sutil, porém perceptível, mudança na atmosfera relacional da enfermaria. O tratamento dispensado ao interno tornou-se mais empático, confirmando que a Teologia da Presença possui um efeito irradiador: ao tratar o marginalizado com dignidade incondicional, o agente pastoral lembra a todos os presentes que a vocação primordial do hospital é o cuidado irrestrito à vida humana.

Caso 3 — Pastora Maria: Terminalidade, Catarse e o Sigilo Pastoral

O terceiro estudo de caso representa o ápice da densidade emocional e da responsabilidade ética vivenciadas pelo pesquisador em dezesseis anos de ministério, ilustrando o impacto terapêutico do sigilo pastoral nos cuidados paliativos finais. Trata-se do atendimento à Pastora Maria, uma liderança religiosa veterana internada em estágio terminal de uma doença oncológica avançada. Apesar de sua longa trajetória de serviço eclesiástico e de estar cercada pelo carinho de familiares e membros de sua comunidade de fé, a paciente apresentava uma inquietação espiritual aguda e

uma resistência silenciosa à partida, contrastando com a serenidade esperada por aqueles que a acompanhavam.

Durante uma visita individual solicitada pela própria enferma, após a saída temporária dos familiares do quarto, estabeleceu-se um ambiente de profunda confiança e sacralidade. Ao assegurar-lhe explicitamente que tudo o que fosse compartilhado permaneceria selado sob o sigilo pastoral absoluto restrito exclusivamente a Deus, à paciente e ao ministro, Pastora Maria rompeu um silêncio de aproximadamente sessenta anos. Entre lágrimas e visível alívio, ela confessou um evento traumático e uma culpa ocultada desde a juventude, um fardo existencial que jamais tivera coragem de verbalizar a ninguém por temor de julgamento moral e escândalo institucional.

A intervenção pastoral pautou-se pela escuta empática livre de qualquer condenação, validando sua humanidade vulnerável e ministrando-lhe a palavra bíblica da graça absolvedora e da reconciliação plena em Cristo, seguida de uma oração intercessória de entrega e paz. O efeito somático e espiritual dessa catarse foi imediato: a expressão de angústia desapareceu de seu semblante, dando lugar a uma profunda pacificação que ilustra perfeitamente a mitigação da 'dor total' descrita por Saunders (2004). Pouco tempo após esse atendimento confidencial, Pastora Maria evoluiu para o óbito em serenidade. Posteriormente, diante da indagação ansiosa de uma familiar no corredor sobre o teor daquela última conversa, o capelão reafirmou com serenidade e firmeza a inviolabilidade do segredo ministerial, protegendo a memória da falecida e consolando o coração da família.

O caso de Pastora Maria ilumina, por fim, uma dimensão frequentemente negligenciada nas comunidades religiosas: o sofrimento silencioso daqueles que exercem funções de liderança espiritual. Muitas vezes, pastores, ministros e líderes eclesiásticos adoecidos sentem-se pressionados a projetar uma imagem inabalável de fé e vitória, reprimindo suas dúvidas, medos e culpas históricas por temor de decepcionar seus liderados ou familiares. A capelania hospitalar, por situar-se em um espaço neutro e protegido pelo sigilo absoluto, oferece a esses líderes um refúgio seguro onde podem despir-se do papel institucional e ser acolhidos simplesmente como seres humanos carentes de graça e perdão.

DISCUSSÃO TRANSVERSAL: PILARES DA EFICÁCIA CLÍNICO-PASTORAL

O cruzamento analítico dos três estudos de caso apresentados Lary, Paulo e Pastora Maria com o referencial teórico da Teologia Prática permite extrair quatro pilares estruturantes que explicam a eficácia terapêutica da capelania hospitalar diante de diagnósticos graves e da terminalidade.

O primeiro pilar consiste na primazia da escuta e do silêncio sobre o discurso dogmático pronto. Nos três cenários investigados, observa-se que o sofrimento agudo desestrutura a capacidade cognitiva do enfermo de absorver sermões longos ou explicações teológicas abstratas. Com Lary, a comunicação ocorreu integralmente no silêncio do olhar e do toque; com Paulo, a superação da desconfiança exigiu que o capelão calasse qualquer julgamento moral; com Pastora Maria, o silêncio acolhedor foi o catalisador necessário para que um segredo de seis décadas pudesse emergir. Confirma-se, assim, a tese de Nouwen (2022) de que a hospitalidade

espiritual consiste em criar um espaço vazio e seguro onde o outro possa depositar sua dor.

O segundo pilar refere-se à inviolabilidade do sigilo pastoral como condição de liberdade existencial. O caso de Pastora Maria demonstra que, frequentemente, a maior barreira para uma morte digna e pacificada não é a dor física que pode ser controlada pela farmacologia paliativa, mas o peso de culpas inconfessas. O paciente só se permite realizar essa catarse libertadora quando tem a certeza ética de que o capelão não registrará o teor da confissão em prontuários médicos nem o comentará com familiares ou líderes religiosos. O sigilo pastoral atua, portanto, como uma blindagem bioética que salvaguarda a autonomia e a dignidade biográfica do sujeito até o fim.

O terceiro pilar evidencia a necessidade do respeito ecumênico e da inserção transdisciplinar harmoniosa. No ambiente hospitalar plural, o capelão lida cotidianamente com pacientes de diversas matrizes religiosas, bem como com indivíduos agnósticos ou secularizados. A postura de respeitar os símbolos de devoção presentes no leito (como terços, imagens ou literaturas religiosas) e de submeter-se rigorosamente aos protocolos de biossegurança e à precedência do ato médico legitima o serviço de capelania perante médicos e enfermeiros. Quando a equipe de saúde percebe que o capelão não invade condutas clínicas nem pratica proselitismo coercitivo, estabelece-se uma parceria transdisciplinar na qual os próprios profissionais solicitam a intervenção espiritual para mitigar o choque de diagnósticos graves.

Por fim, o quarto pilar aponta para a indispensabilidade da capacitação técnico-teológica contínua dos agentes de pastoral. A

complexidade emocional e ética envolvida no manejo de pacientes em isolamento severo, sob custódia policial ou em cuidados paliativos finais demonstra que a boa vontade voluntária, desprovida de preparo, expõe tanto o paciente quanto o obreiro a riscos graves. A formação sistemática abrangendo noções de psicologia pastoral, bioética hospitalar, normas de controle de infecção e limites comportamentais no leito assegura que a Teologia da Presença seja exercida com excelência, sensibilidade e maturidade ministerial.

A articulação desses quatro pilares demonstra que a capelania hospitalar contemporânea demanda uma síntese equilibrada entre sensibilidade espiritual e competência técnica. O capelão que atua na beira do leito precisa desenvolver uma 'escuta diagnóstica' apurada, capaz de discernir rapidamente o estado emocional, o nível de fadiga física e a abertura espiritual do assistido. Essa postura evita tanto a invasão proselitista quanto a omissão negligente, ajustando o tempo da visita, o tom de voz e o conteúdo da oração às necessidades reais de cada momento clínico.

Além disso, a sustentabilidade emocional e espiritual do próprio agente pastoral emerge como um fator crítico para a longevidade do ministério. O contato contínuo com o luto, a terminalidade e narrativas densas de sofrimento como ilustrado nos três casos analisados expõe o capelão ao risco da fadiga de compaixão e do desgaste psíquico. Por essa razão, a ancoragem na espiritualidade pessoal, a supervisão reflexiva e a inserção em uma equipe coesa e devidamente capacitada tornam-se indispensáveis para que o ministro permaneça saudável e apto a oferecer hospitalidade genuína aos que sofrem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação desenvolvida neste artigo permitiu responder de maneira consistente ao problema de pesquisa formulado, demonstrando que a Teologia da Presença, articulada ao Aconselhamento Pastoral de Crise, qualifica profundamente a práxis da Capelania Hospitalar ao deslocar o eixo da intervenção religiosa do proselitismo dogmático para o acolhimento integral da pessoa humana em sofrimento. Por meio da escuta empática, do manejo terapêutico do silêncio, do respeito à pluralidade confessional e da salvaguarda absoluta do sigilo pastoral, o capelão atua como um agente de pacificação existencial capaz de mitigar a angústia diante da finitude.

A análise fenomenológica dos três estudos de caso Lary, Paulo e Pastora Maria, ancorada na trajetória empírica de dezesseis anos do pesquisador na área da saúde, comprovou na prática a validade dos conceitos teóricos de Tillich (1976), Moltmann (2005), Bonhoeffer (2003), Nouwen (2022), Clinebell (2016) e Saunders (2004). Seja na comunicação não verbal diante da paralisia severa, na devolução da dignidade humana em meio ao estigma do cárcere hospitalar, ou na absolvição terapêutica de culpas ocultas nos cuidados paliativos finais, a presença compassiva revela-se um recurso indispensável para o alívio da dor total e para a promoção de uma travessia digna.

Reconhece-se, sob o prisma do rigor científico, que este estudo apresenta as delimitações naturais de uma pesquisa qualitativa de base fenomenológica centrada na perspectiva da práxis pastoral, não abrangendo mensurações estatísticas quantitativas de parâmetros fisiológicos ou entrevistas estruturadas com equipes médicas. Recomenda-se, para futuras investigações no campo da Teologia Prática e da Saúde, o aprofundamento em estudos interdisciplinares que mensurem o impacto da assistência espiritual

na redução do tempo de internação, bem como pesquisas voltadas à saúde mental e à prevenção da fadiga de compaixão entre os próprios capelães hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BONHOEFFER, Dietrich. Resistência e submissão: cartas e anotações escritas na prisão. Tradução de Ernesto J. Bernhoeft. São Leopoldo: Sinodal, 2003.

BRASIL. Lei n. 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jul. 2000.

CLINEBELL, Howard. Aconselhamento pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento. 5. ed. São Paulo: Paulus; São Leopoldo: Sinodal, 2016.

MOLTMANN, Jürgen. O Deus crucificado: a cruz de Cristo como base e crítica da teologia cristã. Santo André: Academia Cristã, 2005.

NOUWEN, Henri J. M. O curador ferido: o ministério em nosso próprio tempo. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2022.

SAUNDERS, Cicely. Velai comigo: inspiração para uma vida em cuidados paliativos. Salvador: FSS, 2004.

TILLICH, Paul. A coragem de ser. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

[1] Mestrando em Teologia Profissional pela Ivy Enber Christian University (EUA). Pós-graduado e Graduado pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER). Capelão Hospitalar. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.