



Os elementos básicos da atuação em capelanias/pastorais hospitalares¹

Basic elements of ministry in hospital chaplaincies

Nilton Eliseu Herbes²

Ingrid Smarzar Rodrigues Schultz³

Resumo: O presente artigo traz um breve panorama do que seria a capelania ou pastoral hospitalar com base nas experiências dos e das próprias profissionais do âmbito da saúde e em pesquisas acadêmicas da área de Teologia Prática desenvolvidas sobre o tema. A partir da conceituação do que seria a clínica pastoral e de um resgate histórico dessa abordagem, busca-se estabelecer uma relação dos elementos básicos e norteadores de agentes pastorais em suas atividades no ambiente hospitalar. A base para o entendimento do assunto está na compreensão da abordagem integral ao ser humano, da humanização do cuidado na área da saúde e da atuação de equipes multidisciplinares em hospitais.

Palavras-chave: Capelania Hospitalar; Pastoral Hospitalar; Clínica Pastoral; Humanização; Acompanhamento Pastoral.

Abstract: This article provides a brief overview of what would be the hospital chaplaincy or ministry based on the experiences of the health professionals themselves and on academic research in the field of Practical Theology developed on the subject. From the conceptualization of what would be the pastoral counseling at hospitals and a historical review of this approach, we seek to establish a list of the basic and guiding elements of pastoral agents in their activities in the hospital environment. The basis for understanding the subject is the grasping of an integral approach to human being, humanization of care in the health area and the performance of multidisciplinary teams in hospitals.

Keywords: Hospital Chaplaincy; Hospital Pastoral Ministry; Pastoral Counseling; Humanization; Pastoral Support.

Introdução

A pandemia da Covid-19 chamou atenção para a importância dos e das profissionais da saúde e evidenciou a fragilidade do ser humano diante da doença, da necessidade de ser acolhido e de passar pela enfermidade com mais dignidade e conforto. Nesse contexto, destaca-se também a assistência e o cuidado oferecidos por outras áreas, como a psicologia, a assistência social e o

¹ Recebido em 13 de outubro de 2022. Aceito em 12 de dezembro de 2022 com base nas avaliações dos pareceristas *ad hoc*.

² Doutor em Teologia. Faculdade EST. E-mail: nherbes@yahoo.com.br

³ Graduada em Teologia. Bolsista de iniciação científica. Faculdades EST. E-mail: ingridsmarzar@gmail.com



apoio espiritual prestado pelas pastorais hospitalares, que se fizeram pertinentes e compuseram equipes multidisciplinares.

A partir desse cenário, este artigo busca dar atenção à clínica pastoral, uma área que possui um grande potencial de desenvolvimento junto ao campo da saúde, principalmente motivada pelo resgate da integralidade de cada pessoa e a singularidade que ela representa mesmo diante de rígidos protocolos de saúde e diagnósticos.

A clínica pastoral poderia se resumir no aconselhamento pastoral praticado nos ambientes de assistência à saúde, porém, quando a atuação pastoral nesses locais recebe estruturação e aportes permanentes, os seus desdobramentos podem tomar formas e dimensões muito mais abrangentes. Neste caso, levamos em consideração o desempenho do apoio espiritual e religioso por parte das capelanias ou pastorais hospitalares.

A motivação principal para a redação desse texto parte da realidade de que não encontramos um artigo que trouxesse que forma concentrada a realidade do trabalho pastoral ou espiritual no contexto da saúde. Dessa maneira, procura-se elencar de forma breve e pontual a prática dessa atividade em hospitais, que, mesmo estando presente em contextos diversos em todo o país, possui elementos e abordagens em comum.

Caracterização da capelania/pastoral hospitalar

O movimento para a consolidação das capelanias e pastorais hospitalares que conhecemos hoje não esteve livre de influências históricas, e esse tema será tratado brevemente. Além disso, para compreender a motivação da atuação dessas frentes é necessário conhecer conceitos como “humanização” e “trabalho multidisciplinar”, essenciais para a inserção da clínica pastoral nos ambientes de saúde.

Resgate histórico

O movimento para a estruturação de um serviço pastoral, voltado ao cuidado de pessoas internadas em casas de saúde como conhecemos hoje, surgiu a partir da segunda metade do século XX, apoiado na reflexão acerca da missão cristã e suas incumbências de curar e pregar. Convergentemente, pesquisas que acompanhavam enfermos em situação crônica ou longa permanência em hospitais observaram que os apoios psicológico e espiritual, por exemplo,



concedidos a estas pessoas, além do suporte referente à biodinâmica, contribuíam para o processo de cura.⁴

Olhando para a história dos hospitais, percebemos que eles surgiram como locais de cuidado para pessoas pobres e sem possibilidade de cura, ou seja, para pessoas que se encaminham para à morte. Esses locais geralmente eram anexos de conventos e o acompanhamento espiritual era uma das únicas formas de cuidado para essas pessoas. Essa realidade se estendeu até o século XVIII. Os locais eram conhecidos como morredouros, onde pacientes terminais recebiam certo cuidado além do último sacramento. A cura não era o objetivo principal desses locais, porém, com a evolução da medicina, essas pessoas não possuíam mais espaço para receberem esse cuidado, bem como, aos poucos, os sacerdotes também perderam seus espaços dentro dos hospitais e, assim, o seu lugar para pessoas com formação específica na medicina curativa.⁵

No entanto, a relação entre instituições de saúde e a religião cristã aconteceu historicamente por meio de movimentos de aproximação e afastamento. Com o passar do tempo, os hospitais deixaram de lado a sua função primária de acolhida e caridade, vinda desde a Idade Antiga, para abranger ações com vistas aos cuidados terapêuticos de pessoas enfermas o que antes costumava ocorrer na casa das próprias famílias das pessoas adoentadas.⁶

Um momento marcante de afastamento se deu com o advento do Iluminismo e toda a corrente de separação entre espiritualidade e ciência no século XVIII.⁷ Os próprios cuidados nos hospitais também sofreram mudanças, que aconteciam em conformidade com os interesses advindos das transformações sociais e pela forma com a qual se enxergava o ser humano. Com um olhar balizado pela busca constante de produtividade, as pessoas passaram a ser vistas como meio para a conquista mercadológica. A partir dessa concepção, o cuidado hospitalar passou, gradativamente, a se restringir à cura biológica das pessoas, como se o espaço hospitalar se

⁴ FERREIRA, Rômulo Anderson Matias. **“O senhor ora por mim?”**: a capelania hospitalar como contribuição para o cuidado integral do paciente. 2017. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017. p. 22, 25.

⁵ HERBES, Nilton Eliseu; RODRIGUES, Rafael Souza. Perdão no horizonte da vida: Acompanhamento espiritual hospitalar a pacientes diante da morte. In: WONDRACEK, Karin; BRÍGIDO, Maria Aparecida; HERBES, Nilton; HEIMANN, Thomas (Orgs.). **Perdão**: onde Saúde e Espiritualidade se encontram. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016. p. 159.

⁶ HOEPFNER, Daniel. **Fundamentos bíblico-teológicos da capelania hospitalar**: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa. 2008. Dissertação (Mestrado) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2008. p. 77.

⁷ HOEPFNER, 2008, p. 86.



tornasse uma “oficina” de pessoas para torná-las produtivas novamente, um processo desumanizante.⁸

A preocupação com um olhar mecanicista para o cuidado com as pessoas é algo que perdura e deteriora ainda mais a condição do ser humano que necessita de cuidado especializado e técnico. A teóloga Maria Luiza Rückert critica essas relações existentes nos ambientes de suporte à saúde, principalmente as questões ligadas à exploração econômica dos serviços médicos e, a partir disso, chama nossa atenção para a fragilidade na qual as pessoas se encontram quando estão enfermas e para suas expectativas de encontrar um ambiente de cuidados verdadeiramente acolhedor e amoroso para sua recuperação.⁹

A atuação de uma pastoral hospitalar, aliada a um trabalho em conjunto com a equipe médica e assistencial, assim como psicologia e serviço social, tem potencial para promover às pessoas em enfermidade a reconciliação com si mesmas, com Deus e com o mundo em seu entorno, propiciando também que o ambiente onde se orchestra a cura seja de esperança e acolhimento a todas as pessoas envolvidas com o cuidado.¹⁰ Rückert traz a percepção do psiquiatra Carlos José Hernández que diz notar em seus atendimentos uma expectativa que vai para além da cura física, a autora afirma: “que o paciente não só procura ser curado como também salvo”, trazendo assim ao seu tratamento todo o prisma que comporta o ser humano, inclusive sua relação com o Sagrado.¹¹

A partir dessas evidências e do compromisso e missão dados pelo próprio Jesus Cristo a sua igreja, chega-se à capelania hospitalar ou pastoral hospitalar, com a compreensão de uma atividade que tem sua trajetória iniciada em outras áreas da sociedade e que possui respaldo legal para seu exercício. A atividade da capelania, inclusive, é protegida pelo artigo 5º da Constituição Federal do Brasil, prevendo em seus itens VI, VII e VIII a liberdade de culto, a proteção a liturgias e locais sagrados, bem como assegura a prestação de assistência religiosa a entidades civis e militares.¹²

Proveniente do contexto militar, a capelania adentrou no contexto hospitalar com a prerrogativa de promover a cura do ser humano por completo. Desde as primeiras experiências

⁸ HOEPFNER, 2008, p. 79-80.

⁹ RÜCKERT, Maria Luiza. **Capelania Hospitalar e Ética do Cuidado**. Viçosa: Ultimato, 2016. p. 21-22.

¹⁰ HAACKE, Maurício Roberto. **Aconselhamento pastoral hospitalar: os ritos religiosos como parceiros da conversão pastoral na mediação da graça de Deus**. 2001. Dissertação (Mestrado) - São Leopoldo, 2001. p. 92.

¹¹ RÜCKERT, 2016, p. 23.

¹² PEREIRA, Cesar Marcos. **Capelania a serviço da humanidade**. 2016. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Teologia, Faculdades EST, São Leopoldo, 2016. p. 24.



no meio da saúde, a capelania se deu como um serviço constituído em relação, envolvendo não só sacerdotes e religiosos em geral, mas também profissionais da psicologia, medicina, enfermagem e assistência social. Com isso, a problemática exposta por Rückert acima não passou despercebida por olhos pastorais, e uma prova disso seria a movimentação que começou a existir, na virada do século passado, entre instituições referência em psicologia e os seminários teológicos dos Estados Unidos. Com ideias centrais apoiadas no mesmo objetivo de oferecer uma cura para o ser humano por completo, o que se conhece por “clínica pastoral” passou a ter forma. Ressalta-se ainda que não só o país norte-americanos teve destaque, mas também a Inglaterra se tornou referência na implementação do modelo de capelania mais comumente visto nas instituições hospitalares em todo o mundo.¹³

Anton T. Boisen (1876-1965) foi o pioneiro do “movimento da clínica pastoral” e o se tornou referência a partir da formulação de seu curso conhecido como “Treinamento em Clínica Pastoral” (*Clinical Pastoral Training* - CPT).¹⁴ Na base dos estudos dos grupos de clínica pastoral, estava o convite para que os e as estudantes de teologia pudessem desenvolver uma experiência prática de teologia a partir da relação estabelecida com as pessoas que estão em busca da cura e a partir da confrontação com o puro sofrimento humano. Uma das metodologias de aprendizagem utilizadas pelos cursos de clínica pastoral e que deriva do *Treinamento em Clínica Pastoral* é o *verbatim*, ou protocolo, que serve como base para discussão da experiência nele relatada.¹⁵ O curso de clínica pastoral, como conclui Daniel Hoepfner, busca

[...] proporcionar aos/às participantes um aprendizado sobre a existência humana, conseqüentemente, sobre a sua própria; auto-avaliar por meio de protocolos a sua capacidade comunicativa e, em decorrência disso, avaliar criticamente a sua ciência poimênica.¹⁶

O autor avalia, por fim, que no Brasil ainda se percebe pouca adesão à ideia de clínica pastoral, se comparado com a América do Norte e Europa. Maurício Haacke compartilha de visão semelhante à de Hoepfner e ainda complementa que isso se evidencia na precariedade da estruturação das capelarias e na insuficiência de agentes pastorais com formação adequada para desenvolver as atividades, isso porque a atuação em clínica pastoral demanda, de forma

¹³ PEREIRA, 2016, p. 20.

¹⁴ HOEPFNER, 2008, p. 88.

¹⁵ HOEPFNER, 2008, p. 90-91.

¹⁶ HOEPFNER, 2008, p. 92.



imprescindível, conhecimentos teológicos de forma específica, e até de complementares relacionados à saúde.¹⁷

Fundamentação bíblica

As compreensões bíblicas que podem ser elencadas para justificar o exercício de uma pastoral hospitalar são diversas e variam de acordo com a linha de pensamento dos estudiosos do assunto. Clinebell, por exemplo, apoia-se na imagem bíblica proposta pela antropologia judaica, em que, resumidamente, corpo e alma se integram em um ser indivisível e criado à semelhança do próprio Deus. Essa ideia fortifica-se em João 10.10, quando o evangelista afirma que Jesus veio à terra para promoção de vida em plenitude, ou seja, vida em abundância a todas as pessoas, a toda a criação.¹⁸

Nesse mesmo sentido, compreendemos que vida em abundância também se refere à promover libertação através do cuidar, isso porque até nos “[...] textos sagrados do cristianismo, as intervenções divinas em favor dos enfermos, além de revelar uma ação na mudança de estado do indivíduo da doença para saúde, também proporcionam a esta libertação e cura espiritual.”¹⁹ Destaca-se no Antigo Testamento o termo hebraico *shāmar*, correlato a “cuidar” que aparece 420 vezes e remete à ideia de “exercer grande poder sobre”, ou ainda em expressões verbais como “fazer com cuidado”. Já no Novo Testamento, encontra-se *merimna*, verbo grego que pode indicar um sentido ligado à “preocupação”, “ansiedade” (Mt 6.25-34 e Lc 21.34), mas que também foi encontrado com a ideia de “ter cuidado de”, “preocupar-se com” (2 Co 11.28 e 1 Co 12.25).²⁰

Biblicamente, é possível desprender significados de cura que vão desde a absolvição dos pecados, quando a enfermidade assume uma expressão da presença do pecado e de distanciamento de Deus, até uma concepção de reconciliação com o meio de vida, de estabelecimento da comunhão entre as pessoas, socialização. A partir da teologia da cruz, interpreta-se mais uma forma de compreender a cura, essa que se dá pela força que brota da fraqueza, da vitória que se estabelece pela esperança nutrida e sustentada nos momentos de

¹⁷ HAACKE, 2001, p. 88.

¹⁸ CLINEBELL. Howard J. **Aconselhamento Pastoral**: modelo centrado em libertação e crescimento. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2007. p. 48.

¹⁹ FERREIRA, 2017, p. 23.

²⁰ HOEPFNER, 2008, p. 16-18.



fragilidade.²¹ Partindo da compreensão que “[...] a carne [o corpo] é o elemento que distingue o indivíduo de Deus radicalmente, na medida em que remete à finitude do ser humano; a sua condição de criatura”²², a via sacra de Cristo se aproxima da cruz humana que é representada pela doença, indicando para o que está adiante da dura caminhada: a ressurreição. A pessoa enferma carrega com Cristo sua cruz, mas pode perseverar, pois, de uma forma ou de outra, o sofrimento cessará e a libertação será como cura.²³

Quando Jesus Cristo diz em Mateus 25.36 “estava (...) enfermo e me visitastes”, revela-se em tais palavras uma tarefa cristã que se tornou específica do ministério pastoral no hospital: a visita pastoral.²⁴ A tarefa de estar ao lado de quem sofre ou mesmo a compreensão de *Paraclesis*, vista em Romanos 12.8 e Lucas 2.25, referindo-se a alguém que caminha junto e presta auxílio, é de incumbência de todas as pessoas cristãs. Estar junto de uma pessoa que padece em um leito de hospital é uma forma de atuar dessa maneira.²⁵ Ao longo da história do Cristianismo, o cuidado aos enfermos assumiu relevância e se estabeleceu como compromisso de fé a partir da convocação do próprio Cristo a pregar o evangelho e curar os enfermos (cf. Lc 9.2). Pouco a pouco um aspecto do que hoje conhecemos como diaconia foi se moldando pelos gestos de caridade e misericórdia na acolhida e cuidado com as pessoas mais necessitadas nas casas de saúde.²⁶

Visão ou abordagem integral

Hoepfner apresenta uma análise bíblica e filosófica acerca da integralidade do ser humano que se constitui como uma unidade viva, integrando, concomitantemente, natureza espiritual e carnal. Em suas palavras, há “[...] um só indivíduo, criatura de Deus, uno, carnal e humano. Assim, o ser humano é corpo e é alma. É um ser vivo animado, espiritual e corpóreo. É realidade integral.”²⁷ Portanto, podemos interpretar que as interações e relações humanas também são conexões estabelecidas não somente com o ser fisiológico ou corporal, mas também com a dimensão espírito-vivencial das pessoas.

²¹ HAACKE, 2001, p. 54-59.

²² HOEPFNER, 2008, p. 43.

²³ HAACKE, 2001, p. 54-59.

²⁴ HAACKE, 2001, p. 93.

²⁵ HAACKE, 2001, p. 84.

²⁶ HOEPFNER, 2008, p. 76.

²⁷ HOEPFNER, 2008, p. 49.



A integralidade do ser humano é o pressuposto inicial para toda a atuação pastoral, independentemente do lugar, e o paradigma do cuidado integral na área da saúde dialoga com essa ideia, isso porque esse “[...] modelo é orientado para sistemas, encarando a integralidade das pessoas como algo que implica interação entre todos os seus relacionamentos significativos e interdependentes com pessoas, grupos e instituições.”²⁸ Howard J. Clinebell afirma que a integralidade sempre se dá pelas relações, e o trabalho pastoral tem como objetivo favorecer o relacionamento das pessoas consigo mesmas, com outras pessoas e com a sociedade.²⁹

Quando não se pode viver com a “ausência de doença”, esta primeira definição de cura parece não ser o suficiente. Haacke, semelhantemente à Clinebell, comenta sobre a chamada “cura holística”, que faz referência a um aspecto de bem-estar integral, de um viver que também coloca a cura além do fisiológico, atingindo os círculos de relações, os hábitos, a saúde mental e espiritual.³⁰ Pelo mesmo caminho, Hoepfner apoia-se na multiplicidade de relações que um indivíduo estabelece com seu meio de vida.

No conceito “pessoa”, está implícito não apenas sua condição biológica de vida, porém, igualmente, sua condição biográfica. Não é unicamente o corpo humano, enquanto categoria física, todavia o ser, enquanto realidade bio-psico-sócio-espiritual que transparece neste conceito.³¹

O olhar integral para a pessoa enferma também é fundamental para percepção da singularidade que se constitui em cada corpo doente, isso porque outros aspectos subjetivos do ser humano, como a espiritualidade ou autoestima, podem estar diretamente ligados em como se comporta e evolui a enfermidade.³² Por isso, uma equipe assistencial sensível a questões das mais variadas naturezas e consciente de que cada atendimento é personalizado, tem mais chances de oferecer uma cura integral às pessoas enfermas. Rückert fala, também, do potencial que uma boa relação entre profissional e pacientes tem, isso porque a confiança de melhora por parte de quem é atendido não está somente em medicações e tratamentos, mas repousa de forma semelhante na confiança em que o próprio ou a própria profissional da saúde tem em relação a cura e ao bem-estar de quem está cuidando.³³

²⁸ CLINEBELL, 2007, p. 25.

²⁹ CLINEBELL, 2007, p. 30-32.

³⁰ HAACKE, 2001, p. 53.

³¹ HOEPFNER, 2008, p. 82.

³² HAACKE, 2007, p. 61-62.

³³ RÜCKERT, 2016, p. 24.



A assistência hospitalar integral que acontece juntamente com um ou uma profissional da área teológica, ou que desprende a devida atenção à espiritualidade das pessoas ali envolvidas, têm o potencial de ser mais humanizada, isso porque há a convocação do pressuposto fundamental da dignidade humana. Pois, afinal, “[...] não existe doença, mas pessoas doentes”³⁴. Portanto, o cuidado a partir da visão integral do ser humano sugere a reflexão, por parte das instituições e profissionais de saúde, acerca da implementação de uma abordagem humanizada que parta de uma equipe multidisciplinar, contemplando inclusive as necessidades espirituais e religiosas das pessoas atendidas.

Humanização e equipes multidisciplinares

A abordagem integral do ser humano se constitui na base do que se conhece como humanização do cuidado ou humanização hospitalar. Hoepfner comprova isso ao argumentar que “[...] a dignidade humana pode ser compreendida como a motivadora, bem como a preocupação última de toda e qualquer atitude de cuidado que tangencia a vida humana e o que a permite. Inferindo, a dignidade humana é o ponto de partida e o de chegada do cuidar.”³⁵ O autor ainda reforça sua posição oferecendo um conceito do que seria a prática:

A humanização consiste numa atitude mental, afetiva e moral que obriga o profissional de saúde a repensar, continuamente, os próprios esquemas mentais e a remodelar hábitos de intervenção para que se orientem ao bem-estar do doente, que é e continua sendo pessoa.³⁶

Rückert afirma que o cuidado humanizado no ambiente hospitalar é algo que deve acontecer a partir da mobilização da equipe de saúde, da sensibilização dos e das profissionais.³⁷ Segundo ela, é preciso um processo transformador na gestão hospitalar para que o projeto de humanização no cuidado tenha sucesso. “Não haverá humanização da assistência sem que se cuide da realização pessoal e profissional dos que a fazem. Não haverá humanização de uma instituição sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e nele se revalorize.”³⁸

³⁴ HOEPFNER, 2008, p. 82.

³⁵ HOEPFNER, 2008, p. 28.

³⁶ HOEPFNER, 2008, p. 80.

³⁷ RÜCKERT, 2016, p. 19.

³⁸ RÜCKERT, 2016, p. 24.



Hoepfner argumenta que a cura deve ser encarada como consequência do cuidado, gesto esse que se consolida na união de saberes multifacetados aliados à centralidade do ser humano que passa pelo processo de recuperação. Uma equipe multidisciplinar, composta por saberes diversos e que têm como ponto de partida comum o ou a paciente, tem grandes chances de não deixar nenhuma dimensão de dor passar despercebida em seu cuidar.³⁹

Haacke faz uma crítica à forma como a pastoral hospitalar é vista e tratada no Brasil em sua observação nos âmbitos católico e protestante luterano, sendo subestimada e reduzida a um braço sacramentalista e caritativo da comunidade de fé.⁴⁰ O autor complementa seu apontamento ao dizer que, nos locais onde têm prosperado o trabalho pastoral exclusivo em hospitais, foi constituído um apoio essencial com as áreas de medicina, assistência social e psicologia.

Portanto, a pastoral hospitalar é um ministério dinâmico e sistemicamente orgânico. Não se trata de uma ação pensada e executada num quarto hospitalar, mas de um ministério construído a partir de uma visão de inter-relação e complementaridade com todo o complexo hospitalar.⁴¹

Ao basear-se em uma matéria da revista *Veja*, Pereira reforça as evidências apresentadas por Haacke ao trazer o fato de que, nos últimos tempos, capelães têm se aproximado das equipes assistenciais e médicas contribuindo até mesmo para o fechamento de diagnósticos a partir das partilhas provenientes das relações estabelecidas com os e as pacientes.⁴²

Atuação pastoral em ambiente hospitalar

A atuação pastoral em comunidades e em hospitais configura algumas diferenças, isso porque há nas casas de saúde maior rotatividade, maior diversidade doutrinária e as demandas espirituais se apresentam de forma diferente. Por conta disso, clareza no objetivo de prestar apoio e suporte espiritual sem imposição de uma verdade absoluta, capacidade de diálogo com o diferente, observância da postura da pessoa agente ao acolher as pessoas e celebrar ritos é essencial.

³⁹ HOEPFNER, 2008, p. 81.

⁴⁰ HAACKE, 2001, p. 86.

⁴¹ HAACKE, 2001, p. 111.

⁴² PEREIRA, 2016, p. 30.



Ênfase no acompanhamento

O contexto que se forma pela necessidade de uma internação hospitalar tira a pessoa do seu cotidiano, do seu ambiente de controle e de segurança, o que favorece a vulnerabilidade, ao estar em um local cheio de diretrizes, protocolos e profissionais desconhecidos que, para desempenho do seu trabalho, precisam interagir com o ou a paciente assim como com seu corpo e intimidade. Nas palavras de Hoepfner, o hospital “[...] simboliza uma quebra na rotina diária da pessoa, cujos hábitos cotidianos são expropriados, transformando-se em procedimentos de enfermagem, práticas de assepsia, horários de visita e refeições.”⁴³ Essa conjuntura convida a pessoa enferma a pensar sobre suas limitações, sua finitude, dentre outras questões de cunho existencial. O apoio psicológico e pastoral se tornam pertinentes e terapêuticos diante desses profundos questionamentos.⁴⁴

Diante disso, Pereira chama atenção para o fato de que o exercício da capelania demanda conexão entre as pessoas, pois a “[...] relação não é de domínio sobre e sim de com-vivência; não é uma intervenção, mas interação.”⁴⁵ A partir disso, da dignidade humana assumida como elemento do cuidado humanizado e a da compreensão de dever incumbido pelo próprio Cristo às pessoas cristãs, Hoepfner afasta a ideia de assistencialismo ao focar que o cuidado, podemos até interpretar como a diaconia, se estabelece na relação entre pessoas, na convivência e proximidade.⁴⁶ Um pensamento do autor sintetiza a essência da capelania na área da saúde ao dizer que a dignidade humana “[...] se exerce em meio a envolvimento físico-afetivos-emocionais com o/a próximo/a. Pratica-se a partir de uma sustentabilidade ecológica e econômica. Também deve estar no topo do diálogo inter-religioso.”⁴⁷

São infinitas as possibilidades de cenário que se pode encontrar em cada atendimento pastoral. Sendo de maior gravidade ou menor, a interação do agente pastoral deve apoiar-se na tentativa de transmitir, principalmente a partir de sua postura respeitosa e escuta, solidariedade, empatia e esperança à pessoa enferma.⁴⁸ O embasamento de Haacke parte da teoria de Clinebell do modelo holístico, centrado em libertação e crescimento, o autor elenca seis dimensões interdependentes e simultaneamente relacionadas que promovem a integralidade por meio da

⁴³ HOEPFNER, 2008, p. 83.

⁴⁴ HAACKE, 2001, p. 90.

⁴⁵ PEREIRA, 2016, p. 21.

⁴⁶ HOEPFNER, 2008, p. 15.

⁴⁷ HOEPFNER, 2008, p. 27.

⁴⁸ HAACKE, 2001, p. 97-98.



poimênica. Basicamente, (1) fala-se sobre a necessidade de avivar a mente das pessoas estimulando a esfera sensorial e dando-lhes liberdade para criatividade; e a partir desse primeiro estímulo, (2) convida-se para que se olhe para o próprio corpo de uma forma mais amorosa, como templo de um espírito divino, por mais que esteja doente; em seguida, (3) parte-se em busca da restauração de relações significativas, algo que se dá a partir do perdão, da liberação do fardo e da tensão provenientes de culpa. Dentre essas relações, (4) anima-se as pessoas a pensarem na sua relação com a natureza, na contemplação e na valorização da vida em todos os âmbitos de existência. (5) Outra dimensão se dá com a reflexão acerca das dores que atingem todos e todas que compõem um grupo, levando a pensar em nível institucional/coletivo e, no caso dos hospitais e casas de saúde, em dar atenção ao cuidado para quem cuida. Por fim, fala-se que a integração de todos os aspectos anteriores contribui para que haja um ponto de contato com o Divino, que as pessoas consigam desenvolver um crescimento espiritual.⁴⁹

Finalmente, a ação pastoral em contexto hospitalar não deve deixar de considerar o aspecto comunitário que o ambiente também possui, pois o conjunto de profissionais e familiares envolvidos com os cuidados às pessoas enfermas também exigem atenção e apoio.⁵⁰ Mais uma vez, um treinamento eficaz para o desempenho da clínica pastoral é relevante para responder pertinentemente às demandas pastorais desses ambientes de cuidado, e a postura adotada pelo agente pastoral é crucial.

Postura do agente pastoral

Pereira comenta que para a atividade do capelão ou da capelã hospitalar, demanda-se atenção especial à postura e forma de abordagem das pessoas enfermas pois, por mais diferente que sejam suas realidades fora do hospital, na enfermidade todos e todas se encontram em posição semelhante, a da aflição, da insegurança, do cansaço...⁵¹ O acompanhamento espiritual se torna relevante ao ponto que contribui para o despertar de sentimentos de esperança e resiliência, esses que, em geral, são potenciais obtidos pela fé confiada ao Sagrado e constituem-se como terapêuticos no enfrentamento da enfermidade. Quando, porém, a expressão de fé do

⁴⁹ CLINEBELL, 2007, p. 30-32.

⁵⁰ HAACKE, 2001, p. 111.

⁵¹ PEREIRA, 2016, p. 29.



agente pastoral atrela o estado da pessoa enferma à culpa ou consequência de um erro ou falta espiritual, o efeito pode ser o oposto do esperado.⁵²

A hospitalidade, estritamente ligada aos valores cristãos, é o elemento que pauta a capelania hospitalar em sua ação de ir ao encontro das pessoas e acolhê-las, isto é, dar o espaço para que haja relação entre as diferenças e estabelecer um laço de confiança em que não haja espaço para o proselitismo. “Quer dizer, uma ação pastoral que afirme a dignidade da pessoa internada, necessariamente deve, por princípio, respeitar a fé, a crença e os valores da pessoa internada, mediante um cuidar respeitoso e um sensibilizar amoroso.”⁵³

A teologia praticada em um ambiente de saúde exige que seus agentes saibam exercer com facilidade a interlocução com diversas outras áreas do saber, assim como habilidade para estar em contato com distintas religiões e formas de expressar a fé. Segundo Ferreira, o

[...] pluralismo de posições e argumentações nas questões humanas e éticas passou a requerer da teologia a superação da confessionalidade (frise-se que a superação não implica na extinção), com vistas a compreender questões fundamentais da vida humana.⁵⁴

Pereira faz uma ilustração da postura demandada dos agentes pastorais diante da diversidade do ofício, ele diz que, como guia espiritual, “[...] o capelão deve ser como um diplomata que vive em outro país, com todas as tensões políticas. E no exercício da diplomacia não deve ser um criador de intrigas.”⁵⁵ Por fim, Haacke opina sobre o proselitismo reconhecendo que, infelizmente, “[...] apontamos para o fato de que existem agentes que realizam ‘pastoral hospitalar’ a partir de seus próprios objetivos e metas, desconsiderando as realidades e necessidades das pessoas doentes ou da própria instituição hospitalar.”⁵⁶

A visita pastoral, de forma destoante das demais ênfases da assistência hospitalar, deve ter menos anotações e aferições. Cada atendimento é personalizado e, portanto, observar atentamente o entorno do leito e as expressões faciais se tornam ações fundamentais para que se possa estabelecer um vínculo entre a vida daquela pessoa e a vida do agente pastoral. A este último, é imprescindível que se apresente e diga o porquê de estar ali, não devendo ocultar o seu lado humano diante da pessoa enferma. É direito da pessoa enferma recusar a visita pastoral

⁵² FERREIRA, 2017, p. 32.

⁵³ HOEPFNER, 2008, p. 96.

⁵⁴ FERREIRA, 2017, p. 24.

⁵⁵ PEREIRA, 2016, p. 31.

⁵⁶ HAACKE, 2001, p. 36.



recebida, sendo dever do agente pastoral compreender respeitosamente e, ainda assim, colocar-se à disposição.⁵⁷

Um recurso eficaz do agente pastoral a partir da escuta é a chamada “reflexão empática”, verbalizando à pessoa os sentimentos que ela própria compartilhou, permitindo que possa escutar a si mesma e refletir sobre sua situação.⁵⁸ A presença desempenhada pela escuta tem capacidade de estabelecer uma conexão com a outra pessoa. Essa presença se dá pelo que Clinebell chama de escuta em profundidade, esta que alcança múltiplos níveis de comunicação: verbal e não-verbal, conecta-se com as emoções e os sentidos das pessoas.⁵⁹

Por fim, Haacke opina sobre o uso da Bíblia em atendimentos pastorais. Segundo o autor, se torna conveniente quando a pessoa enferma demonstra interesse a abertura para os conteúdos bíblicos, porém, deve-se manter a vigilância para que o livro sagrado não seja instrumentalizado como código moral ou dogmático que dificulte ainda mais o relacionamento entre agente e paciente, além de afastar a pessoa enferma da graça amorosa de Deus.⁶⁰ Seja com o uso de textos bíblicos, por ritos, ou somente pelo acompanhamento e empenho que se dá a pessoa enferma, é função do agente da capelania hospitalar permitir com que a pessoa em sofrimento consiga enxergar nos passos de Cristo ao calvário seu próprio sofrimento, levando-a a compreender que desse estado há uma esperança de renovo e libertação, como anunciado na Páscoa.⁶¹

Ritos e Sacramentos

Os ritos evocam a intenção curativa que Deus possui, é a forma como Ele busca se relacionar com as pessoas, tendo a bênção especial capacidade de estabelecer via dupla, uma vez que leva o ser humano ao engrandecimento diante de Deus e veicula Sua graça pelo poder do Espírito Santo⁶². Haacke recorda passagens bíblicas que revelam a ação de Jesus por meio dos ritos de cura,

[...] como o toque físico (Mateus 9.29; Lucas 14.4), a saliva (Marcos 7.33; 8.23; João 9.6) e a imposição das mãos (Lucas 13.13). Também revela ritos usados pelos discípulos de

⁵⁷ HAACKE, 2001, p. 93-94.

⁵⁸ HAACKE, 2001, p. 100-101.

⁵⁹ CLINEBELL, 2007, p. 72.

⁶⁰ HAACKE, 2001, p. 107.

⁶¹ HOEPFNER, 2008, p. 98.

⁶² HAACKE, 2001, p. 125-126.



Jesus, como a unção com óleos (Marcos 6.13) e a imposição das mãos (Marcos 16.17-18).⁶³

Neldinei F. de Siqueira vai ao encontro do que Haacke conclui dizendo que diante de um diagnóstico irreversível e que pouco se pode fazer no âmbito da medicina, o acompanhamento pastoral se torna integrante fundamental dos cuidados paliativos (quando é de interesse da pessoa enferma), e os ritos, como próprios meios da graça e de Deus, objetivam o consolo e acolhimento espiritual tão eficazes quanto qualquer terapia.⁶⁴

Siqueira ainda constata em sua pesquisa que uma das formas mais concretas de se obter efeito terapêutico dos ritos realizados com pessoas enfermas se dá pela capacidade que essas ações têm de proporcionar um movimento catártico, permitindo que a interação da pessoa com símbolos que a conectem ao Divino promova a liberação da tensão e ansiedade originados pela sua condição de saúde. Quando o ser humano “[...] não consegue obter respostas às suas angústias recorre a ritos que contribuem para o seu equilíbrio psicológico, auxiliando-o a resgatar sua luta e encontrar a si mesmo no seu relacionamento com Deus e com os outros.”⁶⁵

Os ritos estimulam a capacidade sensorial das pessoas e, no caso da bênção com imposição de mãos, Haacke compreende que sua função “[...] é evocar o racional, o emocional e a sensação física, auxiliando as pessoas no processo de relacionar-se, talvez novamente, com o sagrado.”⁶⁶ São diversos os ritos que têm espaço para serem oficiados nos contextos hospitalares, desde os mais clássicos como a santa ceia, em todas as suas compreensões doutrinárias, a unção com óleos, bênçãos e até mesmo batismos. Além disso, abre-se a possibilidade de se moldar liturgias para momentos e situações específicas em que a comunidade hospitalar é convidada a celebrar em conjunto. No entanto, nota-se alguns gestos na atuação pastoral que estão presentes em quase todos os ritos pastorais, como a oração e a imposição de mãos.

A oração é um convite para que a pessoa enferma possa se conectar diretamente com Deus, independentemente da concepção que ela tenha em relação ao Divino, e solicitar com suas palavras misericórdia, cura, força etc.⁶⁷ A oração que é feita em conjunto, promove entre as suplicantes um estreitamento de vínculos, pois existe ali uma expressão de lateralidade e anseios

⁶³ HAACKE, 2001, p. 128-129.

⁶⁴ SIQUEIRA, Neldinei Faleiro de. **O efeito terapêutico do rito religioso na instituição hospitalar**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Filosofia e Teologia, Mestrado em Ciências da Religião, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2003. p. 54-55.

⁶⁵ SIQUEIRA, 2003, p. 37-38.

⁶⁶ HAACKE, 2001, p. 136.

⁶⁷ HAACKE, 2001, p. 102-105.



em comum. Quando não acontece de forma imposta pelo agente, a oração possui um grande potencial para identificação de outras dores tratadas pontualmente pela pessoa enferma em suas preces, sejam elas relacionadas à própria saúde, ou mesmo à família, ao trabalho, aos relacionamentos interpessoais, entre outros motivos. Contempla-se também a dimensão comunitária porque a oração se dá como “[...] um recurso pastoral de extrema eficácia, que pode vencer a barreira do pluralismo religioso no contexto hospitalar, transpondo as grandes diferenças dogmáticas e práticas que a religiosidade brasileira apresenta.”⁶⁸

A unção com óleo adquire ainda mais significado no contexto hospitalar, tendo em vista suas principais referências no Novo Testamento (Mateus 6.7-13 e Tiago 5. 13-15) que ligam o rito ao evento da morte e ressurreição de Cristo, trazendo assim um sentido de libertação e cura, cura física e espiritual. Por muito tempo se teve a unção como rito último da vida de uma pessoa, no entanto, recentemente tem se resgatado esse olhar, dando espaço para compreensão da unção com óleo como um rito de grande poder curativo, que deve acontecer de forma intensa e que suplica pela transformação do estado urgente de saúde da pessoa enferma.⁶⁹

Se olharmos mais para o contexto religioso, a santa ceia é de grande importância às comunidades cristãs e, por isso, é muito comum pessoas solicitarem a ceia, ou a eucaristia, em momentos de enfermidade. Nilton Herbes faz todo um estudo sobre a importância da santa ceia no contexto de pessoas enfermas e pacientes terminais.⁷⁰ A celebração do altar pode ter diferentes dimensões e sentidos para cada ser humano, mas é indiscutível a importância dela no momento de enfermidade. A celebração pode contribuir tanto para o fortalecimento no processo de recuperação da pessoa enferma, quanto para o descanso da morte. A Ceia não abrange só a questão do perdão dos pecados, mas nela se inclui também a pertença e proximidade de Jesus - também no tempo de passagem deste mundo, tem uma força terapêutica, é consolo e encorajamento, promessa de uma vida nova, graça, despedida, fortalecimento, comunidade com pessoas de perto e de longe por gerações.⁷¹

A celebração da santa ceia oferece várias dimensões em um sacramento. Nela se realiza a relação com Cristo de forma concreta, temos contato concreto com Ele, e o comungar da ceia

⁶⁸ HAACKE, 2001, p. 101.

⁶⁹ HAACKE, 2001, p. 137-138; 141-142.

⁷⁰ HERBES, Nilton Eliseu. **Abendmahlsfeier und Seelsorge bei Kranken und Sterbenden: Eine vergleichende Studie zur Praxis der Evangelischen Kirche Lutherischen Bekenntnisses in Brasilien und der Evangelischen Kirche in Deutschland.** Erlangen: Martin-Luther-Verlag, 2011.

⁷¹ HERBES, 2011, p. 207-208.



faz cresce a força para vencer as dificuldades apresentadas. Ela é caminho através do tempo, onde passado, presente e futuro se encontram na comunidade reunida em celebração junto ao trono de Deus. Um novo espaço de vida que se abre. Todos os sentidos estão envolvidos: o pertencimento a comunidade dos santos pode ser sentido no corpo e na alma e isso pode mudar a perspectiva da vida. Na celebração da ceia, a biografia da pessoa enferma, se aproxima da história de Cristo. Na relação com Cristo na ceia, o Espírito Santo nos presenteia criando harmonia com Deus, o criador, com as pessoas que comungam juntamente, com os e as que já nos antecederam na morte, com os anjos e o mundo celeste e com Israel, o primeiro e elegido povo de Deus.⁷²

Considerações finais

Após essa exposição, torna-se pertinente concluir que a capelania ou pastoral hospitalar é uma atividade que demanda formação específica e sensibilização coletiva das instituições de saúde para que a sua atuação obtenha êxito. No entanto, nota-se que a integração da atividade pastoral nas equipes multidisciplinares tem potencial de promover humanização e crescimento espiritual entre todas as pessoas envolvidas com o cuidado das pessoas enfermas. Se pensamos no cuidado a pessoas enfermas de forma holística, não podemos pensar pastorais ou capelanias que funcionam fora das equipes de cuidado integral, ou seja, o trabalho deve ser realizado em sintonia com as demais áreas do cuidado dentro do contexto hospitalar.

Finalmente, aponta-se para a quantidade de produções acadêmicas referenciadas, todas desse novo século, o que indica a especificidade com qual a ação pastoral é desenvolvida nas diferentes casas de saúde. Além disso, remete à carência de formação de agentes pastorais para atuarem nas instituições de saúde e de estudos mais aprofundados sobre a temática no Brasil, aprendizados e frutos de grupos e linhas de pesquisa dos programas de pós-graduação.

Referências

CLINEBELL. Howard J. **Aconselhamento Pastoral: modelo centrado em libertação e crescimento**. 4. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2007.

⁷² HERBES, 2011, p. 225.



FERREIRA, Rômulo Anderson Matias. **“O senhor ora por mim?”**: a capelania hospitalar como contribuição para o cuidado integral do paciente. 2017. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, 2017.

HAACKE, Maurício Roberto. **Aconselhamento pastoral hospitalar**: os ritos religiosos como parceiros da conversão pastoral na mediação da graça de Deus. 2001. Dissertação (Mestrado) - São Leopoldo, 2001.

HERBES, Nilton Eliseu. **Abendmahlsfeier und Seelsorge bei Kranken und Sterbenden**: Eine vergleichende Studie zur Praxis der Evangelischen Kirche Lutherischen Bekenntnisses in Brasilien und der Evangelischen Kirche in Deutschland. Erlangen: Martin-Luther-Verlag, 2011.

HERBES, Nilton Eliseu; RODRIGUES, Rafael Souza. Perdão no horizonte da vida: Acompanhamento espiritual hospitalar a pacientes diante da morte. In: WONDRACEK, Karin; BRÍGIDO, Maria Aparecida; HERBES, Nilton; HEIMANN, Thomas (Orgs.). **Perdão: onde Saúde e Espiritualidade se encontram**. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2016.

HOEPFNER, Daniel. **Fundamentos bíblico-teológicos da capelania hospitalar**: uma contribuição para o cuidado integral da pessoa. 2008. Dissertação (Mestrado) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2008.

PEREIRA, Cesar Marcos. **Capelania a serviço da humanidade**. 2016. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Teologia, Faculdades EST, São Leopoldo, 2016.

RÜCKERT, Maria Luiza. **Capelania Hospitalar e Ética do Cuidado**. Viçosa, MG: Ultimato, 2016.

SIQUEIRA, Neldinei Faleiro de. **O efeito terapêutico do rito religioso na instituição hospitalar**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Filosofia e Teologia, Mestrado em Ciências da Religião, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2003.