

Universidade Metodista de São Paulo  
UMESP

Rosane Silva de Oliveira

**VICISSITUDES E SEMELHANÇAS NAS PRÁTICAS DE CAPELÃES E  
PSICÓLOGOS HOSPITALARES JUNTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE PERDA  
POR MORTE**

São Bernardo do Campo

2006

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Rosane Silva de Oliveira

**VICISSITUDES E SEMELHANÇAS NAS PRÁTICAS DE CAPELÃES E  
PSICÓLOGOS HOSPITALARES JUNTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE PERDA  
POR MORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde, da Universidade Metodista de São Paulo-UMESP, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Geralda Viana Heleno

São Bernardo do Campo

2006

## FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Rosane Silva de.

Vicissitudes e semelhanças nas práticas de capelães e psicólogos hospitalares junto às pessoas em situação de perda por morte. / Rosane Silva de Oliveira. -- São Bernardo do Campo, 2006.  
103p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Metodista de São Paulo.  
Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Curso de Pós Graduação em Psicologia da Saúde.

Orientação : Maria Geralda Viana Heleno.

1. Perda 2. Morte 3. Atuação do psicólogo (Hospitais) . 4. Tabu (Psicologia) I. Título.

CDD 157.9

**OLIVEIRA, R.S. VICISSITUDES E SEMELHANÇAS NAS PRÁTICAS DE  
CAPELÃES E PSICÓLOGOS HOSPITALARES JUNTO ÀS PESSOAS EM  
SITUAÇÃO DE PERDA POR MORTE. p. 103**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Presidente: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Geralda Viana Heleno - UMESP

---

1º Examinador: Prof. Dr. José Jorge de Moraes Zacharias - UNICID

---

2ª Examinadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Marília Martins Vizzotto - UMESP

Dissertação defendida e aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2006

### **Eternidade não é o tempo**

sem fim. Tempo sem fim é insuportável.

Já imaginaram uma música sem fim,

Um beijo sem fim, um livro sem fim?

Tudo o que é belo tem de terminar.

Tudo o que é belo tem de morrer.

Beleza e morte andam sempre de

mãos dadas.

### **Eternidade é o tempo**

completo, esse tempo do qual a

gente diz: “Valeu a pena!”

Rubem Alves

## **DEDICO ESTE TRABALHO**

Aos meus pais que me ensinaram o valor do cuidado e do amor ao próximo.

Ao meu esposo Edvaldo e minhas filhas Cristiane e Claudia, a minha gratidão pelo amor, companheirismo, apoio e incentivo em todas as horas. Sem vocês eu não teria conseguido chegar até aqui, o título de mestre, é de vocês também!

Aos meus familiares, que sempre estão ao meu lado para o que eu precisar, um carinho especial a cada um de vocês.

Aos pastores, irmãos e irmãs da Igreja Metodista no Brás, minha comunidade de fé, que sustentaram a minha caminhada com orações e companheirismo.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar a Deus, meu amigo de todos os momentos.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup> Maria Geralda, a Prof<sup>a</sup> Marília e ao Prof. Zacharias, minha gratidão por cada correção, cada sugestão e pelas orientações transmitidas ao longo desse trabalho. Desejo a vocês as palavras abaixo e que elas possam ser a expressão do meu respeito e do meu carinho por suas vidas.

Desejo a vocês sol o suficiente para continuarem a ter essa atitude radiante.

Desejo a vocês chuva o suficiente para que possam apreciar mais o sol.

Desejo a vocês felicidade o suficiente para que mantenham o seu espírito  
alegre

Desejo a vocês dor o suficiente para que as menores alegrias na vida pareçam  
maiores.

Desejo a vocês que ganhem o suficiente para satisfazer os seus desejos  
materiais.

Desejo a vocês perdas o suficiente para apreciar tudo que possui.

Desejo a vocês “alôs” em número suficiente para que consigam entender  
quando precisarem dar o “alô” final.

Dizem que leva um minuto para encontrar uma pessoa especial, uma hora  
para apreciá-la, um dia para amá-la, mas uma vida inteira para esquecê-la!

À Prof<sup>a</sup> Suzana Contieri, grande amiga, que me acompanhou nas horas alegres e de muitas incertezas, ajudando-me a não desistir dos meus sonhos. Amo muito você!

À Prof<sup>a</sup> Sonia Marques que me acolheu e orientou num dos piores momentos do meu caminhar. Meu carinho, respeito e gratidão por cada orientação recebida.

Aos demais amigos e professores da Universidade Metodista, que tenho a honra de trabalhar junto, agradeço por cada gesto, cada palavra de incentivo, cada abraço acolhedor.

OLIVEIRA, R. S. *Vicissitudes e Semelhanças nas Práticas de Capelães e Psicólogos hospitalares junto às pessoas em situações de perda por morte*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo UMESP, 2006.

## RESUMO

Este trabalho traz como tema central às práticas de capelães e psicólogos hospitalares junto às pessoas em situação de perda por morte. Os objetivos desse trabalho foi compreender os processos de acolhimento, cuidado e aconselhamento que são realizados por psicólogos e capelães nas situações de luto; e investigar as semelhanças e diferenças nas práticas de acolhimento, cuidado e aconselhamento entre esses profissionais nas situações de luto por morte. Foram sujeitos desta pesquisa 1 Capelã protestante, 1 Capelão Padre Camiliano, e 2 Psicólogas, que trabalhavam com acolhimento, cuidado, aconselhamento pastoral e psicológico em hospitais. O método de investigação qualitativo utilizado nesta pesquisa foi a “Grounded Theory”, que categoriza dados e cuja interpretação é realizada considerando todo o conteúdo verbal, respeitando-se cada palavra dada pelo sujeito. A Capelã foi entrevistada em sua sala de atendimento na universidade onde trabalha e os demais sujeitos foram entrevistados nas próprias dependências dos hospitais, ocasião em que solicitamos que falassem sobre suas práticas de trabalho no contexto hospitalar. Pelos resultados obtidos foi possível verificar que existe ainda hoje uma dificuldade para lidar com o termo morte e para definir o conceito de morte, tanto no âmbito religioso, como no psicológico. Existe uma cultura muito forte, que cerca as relações humanas e que dificulta a nossa compreensão e que nos impede de mencionar a palavra morte. Foi possível identificar divergências na prática diária tanto dos capelães, quanto das psicólogas, em relação aos seus Métodos e Técnicas, pois eles se confundem na hora do acolhimento, do aconselhamento, do apoio dado às pessoas que estão passando pela perda por morte. Tanto os capelães, como as psicólogas disseram que a espiritualidade é um recurso utilizado para o enfrentamento dessa perda por morte e as sugestões e sentimentos dos entrevistados em relação as suas práticas foram que os profissionais necessitam de um espaço de expressão, para o desenvolvimento de um trabalho integrado, para um suporte aos cuidadores, para a necessidade de se desmistificar o trabalho do capelão e da necessidade do trabalho das psicólogas se estender aos funcionários do hospital. Concluímos que através da pesquisa realizada apresenta-se confusão nos papéis ou funções entre Capelão e Psicólogo. Esta confusão coloca em dúvida a própria profissão, atuação ou técnicas de intervenção. Isto sugere que há necessidade, na formação destes profissionais, de esclarecimentos ou conhecimentos sobre sua atuação diante da perda por morte.

Palavra chave: 1.Perda 2. Morte 3.Atuação do Psicólogo (Hospitais) 4. Tabu

OLIVEIRA, R. S. *Vicissitudes and Similarities in the Practices of Hospital Psychologists and Chaplains with people in situations of loss by death.* Master's thesis submitted to the Post Graduation Program in Health Psychology of Universidade Metodista de São Paulo UMESP, 2006.

## SUMMARY

The central theme of this thesis addresses the practices of hospital psychologists and chaplains in loss by death situations. The thesis' purpose is to understand the processes of receiving, caring for and advising carried out by psychologists and chaplains in situations of death; and investigating the similarities and differences between these professionals in their methods of receiving, caring for, and advising in situations of loss by death. The research subjects included 1 Protestant Chaplain, 1 Chaplain Priest of St. Camillo, and 2 psychologists, all of whom work with pastoral care and psychological assistance in hospitals. The qualitative method of investigation used in this research is the Grounded Theory (PIRES 2001) whose data categorization and interpretation considers all verbal content, respecting each word spoken by the subject. The chaplain was interviewed in her office at the university where she works and the other subjects were interviewed in the hospital itself, on which occasion we asked them to speak about their working methods in the hospital setting. Through the results obtained it was possible to verify that there still today is difficulty in dealing with the term death and in defining the concept of death, both in the religious and psychological realm. There is a very strong culture, which surrounds human relations and makes our understanding more difficult, impeding us from mentioning the word death. It was possible to identify divergences in the daily practices of both chaplains and psychologists with respect to the Methods and Techniques, as these become confused at moment of receiving, advising, and giving support to persons that are confronting loss by death. Both chaplains and psychologists said that spirituality is a resource used to confront this loss by death and the suggestions and feelings of those interviewed in relation to their practices was that the professionals need space of expression in order for the their work to become fully integrated, need to provide support to the caregivers, and need to demystify the chaplain's work and the need for the work of the psychologists to be extended to hospital employees. We concluded that through the research carried out there is confusion in the roles or functions between the Chaplain and Psychologist. This confusion puts into question the very professional, role, or techniques of intervention. This suggests that there is a need in the education of these professionals for clarification of information regarding their role when faced with loss by death.

Keyword: 1. Loss 2. Death 3. Role of the Psychologist (Hospitals) 4. Taboo

## SUMÁRIO

I.	Introdução-----	09
II.	1. Referencial Teórico-----	15
	1.1 Diferentes modos utilizados para lidar com as pessoas enlutadas-----	15
	1.2 Aconselhamento ou Acolhimento Psicológico?-----	18
	I.1.2 Aconselhamento ou Acolhimento Pastoral?-----	26
	1.2 Objetivos-----	34
III.	2. Método-----	35
	2.1 Participantes-----	35
	2.2 Local / Ambiente-----	35
	2.3 Material / Instrumento-----	36
	2.4 Procedimento-----	37
	2.5 Tratamento dos dados-----	38
IV.	3. Resultados e Discussão-----	39
	3.1 Quadro 1 – Escolha pela área e Tempo de Experiência Profissional-----	40
	3.2 Quadro 2 – A Morte como Tabu-----	40
	3.3 Quadro 3 – Práticas Adotadas-----	42
	3.4 Quadro 4 – Concepção de Morte para o Aconselhador-----	44
	3.5 Quadro 5 – Recursos Pessoais para o Enfrentamento da Perda-----	45
	3.6 Quadro 6 – Estratégias para Aprimorar o Atendimento-----	47
V.	4. Considerações Finais-----	48
VI.	5. Referências -----	49
VII.	6. Anexos-----	54
	6.1 Anexo 1: Categoria, Sub-Categoria e Indicadores das Categorias -----	55
	Sujeito 1 Capelã-----	55
	Sujeito 2 Capelão-----	58
	Sujeito 3 Psicóloga 1-----	61
	Sujeito 4 Psicóloga 2-----	65

6.2	Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-----	68
6.3	Anexo 3: Parecer do Comitê de Ética-----	69
6.4	Anexo 4: Entrevistas-----	70
	Participante 1 – Capela-----	70
	Participante 2 – Capelão-----	77
	Participante 3 – Psicóloga 1-----	87
	Participante 4 – Psicóloga 2-----	97

## INTRODUÇÃO

*Assim, considero a morte como uma abertura para a experiência. Ela será o que tiver que ser, e estou certo de que a aceitarei, quer ela seja um fim, quer uma continuação da vida.*

*Carl Rogers(-Um jeito de ser-1983)*

Este trabalho traz como tema central as práticas de capelães e psicólogos hospitalares junto às pessoas em situação de perda por morte. Ele possibilitou à pesquisadora investigar as vicissitudes e semelhanças das práticas no ambiente hospitalar. Por vicissitude, entendemos as mudanças ou variação de coisas que se sucedem. Quando nos propusemos a pesquisar esse tema, tínhamos a consciência de que estaríamos entrando num campo bastante delicado: os processos de morte e morrer do ser humano. Algumas questões relacionadas ao luto, tais como a relação com o morto, gênero, idade, religião e outros fatores podem afetar a reação ao luto, bem como a previsibilidade e imprevisibilidade da morte, além das oportunidades de preparação para a perda.

Existirá muita diferença no luto referente à morte tranqüila, como um se apagar, da pessoa idosa, e o corte trágico e repentino da vida jovem, em seu desabrochar? Será que essas diferenças, se é que elas existem, tendem a ocorrer se a família mantiver o padrão de tratar a morte como um tabu, que não pode ser mencionado, se culpar um de seus membros pela morte, se parar de expressar calor e afetividade (a partir da idéia de que se não ligarmos para o outro, não sofreremos com sua ausência), fingir que as coisas podem prosseguir como se nada tivesse acontecido ou, ao contrário, desorganizar-se e cair no caos? Parkes (1998) afirma que o luto na idade avançada é, certamente, uma causa da depressão nessa população; uma explicação possível para os problemas psicológicos em consequência do luto na idade avançada é o número sucessivo de perdas que ocorrem nesse período. Esse mesmo autor, comparando as fases da vida, mostra que a criança também pode sofrer com as perdas e que muitos fatores estressores enfrentados pela criança que perde alguém causam desorganização e, com freqüência essa perda, é assustadora para a criança, pois os vínculos de apego são fortes nessa fase e a morte em si ameaça a continuidade da vida familiar e provoca insegurança. Em todos estes casos, é necessária a ajuda de um profissional que coloque sua prática de acolhimento, aconselhamento, a serviço da pessoa e de sua família.

Diante da morte entendida como ausência, perda, separação, desamparo, dentro de um contexto de diversidade cultural, sócio-econômica e religiosa, como aconselhar, cuidar e como acolher? A dor acompanha a morte e o processo de luto se faz necessário. Quando nos deparamos com pessoas em situação de luto, muitas vezes não sabemos como ajudar a cada uma a entender as raízes do pesar, o dano secundário que o luto pode causar e os passos que cada uma delas necessita dar, para garantir a sua saúde física, mental e espiritual. As pessoas enlutadas buscam entender as emoções e os sintomas que muitas vezes as assustam. O luto é entendido como uma importante transição psicossocial, com impacto em todas as áreas da existência humana e, por esse motivo, acolher as pessoas que estão enfrentando o luto requer uma visão abrangente que o considere uma experiência humana com raízes em diversas áreas do conhecimento.

Como Agente de Pastoral, o trabalho dentro do ambiente universitário, em muitas ocasiões, envolve as questões relacionadas às perdas, principalmente por morte. Assim, os acompanhamentos às famílias dos alunos e funcionários enlutados levaram a pesquisadora a uma aproximação com o tema central deste estudo. Por isso, o interesse de compreender, encontrar explicações, buscar motivos para certas situações de acolhimento, aconselhamento nos momentos do enfrentamento da morte. Nossa prática diária nos indica que quando deixamos que as pessoas enlutadas participem do processo do luto falando dele, discutindo seus temores, surge a possibilidade de que elas não se sintam sozinhas na dor, que percebam a possibilidade do conforto de uma responsabilidade e luto compartilhados. É uma preparação gradual, um incentivo para que encarem a morte como parte da vida, uma experiência que pode ajudá-las a crescer e amadurecer.

Elias (2001) aponta que o homem é o único ser vivo que tem consciência da finitude e, por este motivo, geralmente sente angústia. Também se teme a perda das pessoas amadas, fato que gera sentimentos de abandono e de solidão. O medo da morte é comum em nossa cultura, mas a morte é composta de múltiplos aspectos e cada um deles pode ser interpretado com maior ou menor intensidade. O medo da morte pode ser detectado em pessoas de várias idades, de ambos os sexos, nas mais variadas crenças religiosas e em todas as culturas. A morte pode ser interpretada como a maior e mais peculiar angústia do ser humano, pois traz à tona a sua limitação, sua impotência diante do inevitável. Se fizéssemos um esforço sobre-humano para encarar nossa própria morte, para analisar as ansiedades que permeiam nosso

conceito de morte e para ajudar as outras pessoas a se familiarizarem com tais sentimentos, seria possível a diminuição do temor frente à morte.

Não só os meios de comunicação ou padrões de coerção podem diferir de sociedade para sociedade, mas também a experiência da morte. Ela é variável e específica segundo os grupos, não importa quão natural e imutável possa parecer aos membros de cada sociedade particular: foi aprendida. Na verdade não é a morte, mas o conhecimento da morte que cria problemas para os seres humanos (ELIAS, 2001, p.11).

Esse conhecimento é que precisa ser resgatado em nossa sociedade atual, pois o processo de luto dá-se sempre que há uma perda, mas principalmente depois da morte de alguém que amamos. Não se trata de um único sentimento, mas de um conjunto de sentimentos que necessitam de algum tempo para serem resolvidos e este processo não deve ser ignorado ou acelerado.

A cultura, a biologia e até as religiões conspiram para que as pessoas jamais estejam prontas para morrer. Embora a morte seja uma das poucas certezas da vida, ninguém faz planos para seus últimos momentos na Terra. Mesmo as pessoas religiosas, que dizem ter certeza de que a morte é apenas a passagem de vida material a outra imaterial, temem o processo de transição. A atitude mais comum é acreditar em um milagre da medicina tradicional. Ao refletir sobre a morte, Rogers cita que “ninguém pode saber se teme a morte, antes que ela chegue. Certamente, a morte, é o último mergulho no escuro”. (ROGERS, 1983, p. 28).

Kovács (1992) aponta que as epidemias dizimaram muitas vidas nos séculos passados. A morte de crianças era bastante freqüente e pouca eram as famílias que não tinham sofrido a perda por morte de um parente em tenra idade. Engana-se quem acredita que a morte só é um problema no final da vida, e que só então se deverá pensar nela. A morte coloca a todos diante do mistério da vida, do sentido do existir e mesmo com o avanço da medicina nos últimos tempos, a descoberta de vacinas, os antibióticos, que contribuíram para que diminuísse o número de casos fatais causados por moléstias infecciosas, mesmo com o domínio dos vários males que causavam uma baixa impressionante entre as crianças e jovens, poderíamos pensar que o nosso conhecimento da ciência e do homem deveria nos proporcionar melhores meios de nos prepararmos e às nossas famílias para este acontecimento inevitável, que é a morte.

Enganamo-nos, pois quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte.

A medicina dos grandes centros urbanos de fato é capaz de prolongar a vida de um doente terminal por semanas ou meses. Nas melhores unidades de tratamento intensivo (UTIs), a falência de um órgão quase sempre pode ser contornada com o uso de um aparelho que reproduz artificialmente suas funções. As possibilidades são tantas que os familiares e os pacientes lúcidos podem se confortar com a fantasia de que a morte, nesse ambiente, é opcional. Mesmo em casa, é possível manter um doente em estado vegetativo por anos a fio, com a ajuda de aparelhos invasivos, que causam incômodos. Kubler-Ross pondera a este respeito:

Uma antevisão do futuro nos revela uma sociedade em que as pessoas são cada vez mais “mantidas vivas”, tanto com máquinas que substituem órgãos vitais, como com computadores que as controlam periodicamente para ver se alguma função fisiológica merece ser substituída por equipamentos eletrônicos. Podem ser implantados centros de processamento em número cada vez maior, onde sejam coletados todos os dados técnicos e onde uma luz se acenda avisando que o paciente morreu e para que o equipamento se desligue automaticamente (KUBLER-ROSS, 1981, p.27).

Para Elias (2001), em épocas mais antigas, morrer era uma questão muito mais pública do que hoje. As moradias deixavam pouca escolha. Nascimento e morte – como outros aspectos naturais da vida humana – eram eventos mais públicos, e portanto, mais socializados, menos privatizados. Nada é mais característico da atitude atual em relação à morte que a relutância dos adultos diante da familiarização das crianças com os fatos da morte. Isso é particularmente digno de nota como sintoma de seu recalçamento nos planos individual e social. Uma vaga sensação de que as crianças podem ser prejudicadas leva a se ocultar delas os fatos simples da vida que terão que vir a conhecer e compreender. A dificuldade está em como se fala às crianças sobre a morte, e não no que lhes é dito.

Do século XX em diante, com o avanço da tecnologia, houve a tendência de se isolar, se separar, afastar os mortos do contato com os outros. Nos hospitais, o paciente agonizante é separado dos demais e a morte parece que é empurrada para um canto da consciência e de preferência ali deve permanecer e ser esquecida. Muitas pessoas, mesmo as mais próximas, se afastam do morto, descartando-se logo do corpo e das memórias, sem despedidas e ocultando

as lágrimas, como se essa morte viesse confirmar sua própria finitude e impotência frente a este aspecto.

Na obra de Hennezel (1995), muitos leitores confiaram ao longo das páginas seus sofrimentos por terem sido vítimas do silêncio sobre a morte, por terem evitado acompanhar os momentos finais da vida de uma pessoa amiga, por não terem conseguido ou sabido enfrentar sua própria angústia e, assim, terem perdido a oportunidade de ficar com seus queridos nos últimos instantes de suas vidas. Observa-se também, no contexto universitário, nos acompanhamentos pastorais realizados aos alunos e funcionários, sentimentos semelhantes aos citados por Hennezel. Quanto sentimento de culpa, quanto remorso, quanta raiva também contra os que roubam a morte e a escondem como se ela fosse vergonhosa.

Para Elias (2001), o que as pessoas podem fazer para assegurar umas às outras maneiras fáceis e pacíficas de morrer está por ser descoberto e o constrangimento social, o véu de desconforto que frequentemente cerca a morte em nossos dias é de pouca ajuda. Talvez devêssemos falar mais aberta e claramente sobre a morte, deixando de apresentá-la como um mistério. A morte não tem segredos, não fecha portas, não é o fim de uma pessoa. O que sobrevive é o que ela deu às outras pessoas, o que permanece nas memórias alheias. Deste modo, percebemos que muitas vezes, com o prolongamento do processo de morrer, surgem os lutos antecipatórios, muito presentes nos dias atuais, onde os sentimentos de tristeza, dor, impotência e da própria perda são ainda realizados em vida, ficando ainda mais difícil encontrar a melhor forma para lidar com a situação. Podemos constatar esse luto antecipatório através dos relatos dos médicos, enfermeiras, psicólogos, capelães e de alguns estudiosos do assunto, tais como Parkes (1998), Kovács (2003), Elias (2001), que apontam que muitas vezes as famílias tratam o doente como morto, apesar de ainda estar vivo, esquecendo-se que ali ainda existe uma pessoa que necessita da sua presença e do seu amor. Não falar da morte com esse paciente e simplesmente ignorar que ela vai acontecer, em nada vai ajudá-lo no enfrentamento da morte. Neste caso, a morte não é mais um momento e sim todo um processo que a família necessita viver com este ser que está morrendo. Talvez porque não sabemos, em certos casos, se estamos diante de uma pessoa viva, ou de um morto que ainda têm alguns indícios considerados vitais e neste caso o seu prolongamento nem sempre configura o que a família e mesmo a sociedade de um modo geral convencionam chamar como vida, é que tenhamos tanta dificuldade de encarar esse processo final do ser humano. A grande tarefa é

tratar com o ser humano que consegue distinguir-se dos outros seres justamente por ter consciência de sua existência, causando, assim, uma maior dor no processo dialético entre vida e morte.

Entendemos que é possível afirmar que a vida é um processo de conhecimento contínuo; assim, se o nosso objetivo é compreender as práticas de capelães e psicólogos hospitalares junto a pessoas em situação de perda por morte, será necessário buscar a literatura e também as práticas de aconselhamento, cuidado e acolhimento psicológicos e pastorais, para compreender como os seres humanos constroem os seus processos internos de perdas e lidam com eles.

# 1 - REFERENCIAL TEÓRICO

## 1.1 - DIFERENTES MODOS UTILIZADOS PARA LIDAR COM AS PESSOAS ENLUTADAS.

Lidar com a morte, enfrentar a morte é, talvez, uma das tarefas mais difíceis do homem pós-moderno. Neste trabalho não serão aprofundadas as formas como historicamente evoluíram, ou quem sabe regrediram, as atitudes e costumes frente à morte. O que se pretende, ao se tratar das questões relativas as práticas de capelães e psicólogos hospitalares junto a pessoas em situação de perda por morte é verificar as formas como a morte é encarada e trabalhada junto aos familiares enlutados e suas influências diretas sobre as atitudes de enfrentamento dessa perda.

Kubler-Ross (1997) afirma que as pessoas a procuram porque a consideram a Dama da morte e do morrer. Acreditam que por ter passado três décadas pesquisando sobre a vida e a morte, ela estaria qualificada como especialista no assunto. O terror da morte angustia pela sua característica de finitude, de desconhecido e de sofrimento que pode levar as pessoas a terem a sensação de abandono e de solidão. Talvez, quanto mais as pessoas temam a morte, mais restará o vazio e a paralisação. É como se a morte observasse escondida em cada canto e as pessoas acuadas se escondessem dela. Todos nós buscamos encontrar formas de afastar a angústia para longe. Todos necessitamos nos sentir vivos e precisamos pensar que a morte só acontecerá ao outro. Então, é melhor nem pensar, nem falar sobre o assunto. Só desperta angústias e medos que foram escondidos com tanto empenho.

Hennezel (1999) indica, de maneira evidente, o tabu que ainda cerca a questão da morte:

Necessitamos de toda colaboração lúcida para transcender uma cultura ainda vigente, muito estreita e alienada, que fez desta realidade inexorável um tabu, colorindo-a de morbidez, negação e afetação. Altos muros foram erguidos, materiais e psíquicos, separando a cidade dos passantes daquela dos que passaram, está última sendo apenas visitada, da forma mais breve possível, por ocasião de alguma ocorrência trágica ou na solenidade oficial do Dia dos Mortos. Há uma resistência básica diante do fato óbvio de que estamos passando... E como tudo o que é negado torna-se traiçoeiro inconsciente, o fenômeno natural do morrer acaba tornando-se um sintomático pesadelo a horrorizar existências subtraídas da consciência de transitoriedade e da inspiração da finitude (HENNEZEL, 1999, p.10).

A autora nos aponta que negar a morte poderá ser uma das formas de não conscientizar experiências dolorosas, afirmando-se que elas não existem. Muitas pessoas acham que o medo da morte está ausente, pois não pensam nele. A repressão é uma das formas de excluir da consciência idéias e emoções dolorosas associadas a elas e este aspecto pode ser verificado nas práticas de acolhimento às pessoas enlutadas, realizadas nos hospitais e também em todos os lugares que se destinam a trabalhar com esse acolhimento. Os seres humanos têm medo de se conhecer mais profundamente e até o seu próprio corpo, pois suas funções corporais denunciam sua mortalidade, sua finitude. Essa mesma autora cita que podemos verificar, em muitos hospitais, profissionais da saúde e “também os psicólogos e capelães”- *grifo meu*, que se encontram na linha de frente na hora do enfrentamento dos familiares com a notícia da perda por morte, muitas vezes sem preparo necessário para essa tarefa:

É ao hospital que confiamos nossos moribundos e, atualmente, sete em cada dez pessoas morrem nessa instituição que, no entanto, não está preparada para acolher e acompanhar aqueles que ela já não consegue curar. Mas é aí, em seu próprio seio, que se forjam, hoje, os questionamentos. É aí que se expressa a aflição dos profissionais da saúde diante do sofrimento dos pacientes e das respectivas famílias. É aí que se manifesta sua justa exigência de receberem uma formação específica e serem apoiados nessa tarefa bastante árdua de que agora estão encarregados (HENNEZEL, 1999, p. 14).

A evolução dos tratamentos reduziu a fatalidade de muitas doenças mas, ao mesmo tempo, talvez tenha contribuído para imbuir a sociedade de um certo sentimento de onipotência com relação à morte. Criou-se a fantasia inconsciente de que é possível evitá-la indefinidamente se forem tomados os cuidados necessários. A ilusão da imortalidade pode levar as famílias angustiadas por uma perda a tentarem mais uma transfusão ou uma outra temporada na UTI. É difícil saber quando parar, interromper o ciclo de tentativas de salvar uma vida e enfrentar a morte.

Segundo Franco (2006), cada ser humano é único e isso se reflete nos vínculos que estabelecemos, bem como nas condições da dor pela perda daqueles que amamos. Há alguns fatores que contribuem para a compreensão dessa experiência incomparável que é o luto, tais como: a natureza da relação com a pessoa que morreu; circunstâncias da morte; o contexto cultural do enlutado; o contexto religioso e espiritual do enlutado; questões de gênero; a experiência com os rituais de luto. A maioria dos lugares públicos a serviço dos seres humanos, tais como as escolas, as universidades, os hospitais, as igrejas, são espaços onde

quase nunca são abordadas questões essenciais, questões relativas à morte e ao sentido da vida. O empobrecimento do sentido e da reflexão sobre o sagrado reflete-se nas famílias que antigamente estavam muito ligadas às tradições e aos ritos de passagem. As questões espirituais têm sido pouco debatidas no seio familiar e educacional e verifica-se, hoje em dia, a dificuldade de falar aberta e livremente sobre tais questões. A confusão entre religião e espiritualidade, provavelmente tem levado as pessoas a se fecharem para o diálogo... “a espiritualidade, ela é independente da experiência religiosa. Faz parte de todos os homens. Constitui a própria essência do ser humano” (HENEZZEL, 1999, p. 23

Parkes (1998) define o luto como uma reação a qualquer perda significativa, seja concreta ou simbólica, só podendo haver luto quando há um vínculo significativo. A perda desse vínculo causa imenso pesar, “sendo esta reação tão poderosa que, por algum tempo, obscurece todas as outras fontes de dificuldade” (PARKES, op cit, p. 28). Essa perda pode trazer imenso sentimento de pesar e pode ser caracterizada por episódios de dor e de privação de afeto, de espiritualidade, de conforto e de dinheiro. Mas verificamos também, nas questões relacionadas ao aconselhamento, ao acolhimento, que muitas pessoas trazem sentimentos de culpa, remorsos e raiva. Muitas pessoas questionam os motivos de se esconder a morte, como se ela fosse vergonhosa e também de muitas mentiras, subterfúgios e a falta de humanidade para se tratar as questões relacionadas com as perdas por morte. Pode-se verificar quanto negar a morte gera angústias, quão urgente se torna falar a seu respeito e encontrar palavras capazes de descrever essa realidade incontornável, criar espaços e solidariedade para ajudar cada um de nós a enfrentar sua própria morte ou a de uma pessoa amiga.

Diferentes autores, Hennezel (1999), Kubler-Ross (2003), Elias (2001), dentre outros indicam várias maneiras de estabelecer o contato com as pessoas que estão enfrentando a crise por perda por morte e cada profissional deve encontrar a mais adequada a cada situação, cada um deve encontrar o melhor caminho para o aconselhamento, acolhimento, orientação. Talvez como resultado dos valores prevalentes na sociedade ocidental moderna, as pessoas enlutadas são encorajadas pela comunidade a prematuramente deixar para trás a experiência do luto. Observamos que com uma certa frequência as pessoas perguntam: quanto tempo dura o luto? Talvez essa pergunta seja feita devido à impaciência que nossa cultura tem com o pesar e o desejo de sair logo da experiência do luto e o quanto o sofrimento do outro afeta cada pessoa à sua volta.

Tanto a Psicologia quanto a Teologia discutem as questões ligadas ao luto e à necessidade de atenção aos enlutados. A seguir apresentaremos aspectos que estão sendo discutidos nas teorias vigentes. Em nossa sociedade verificamos uma apologia da diversidade, da multiculturalidade, do diálogo democrático, da tolerância, do respeito pela multidisciplinaridade. Não faz sentido os discursos redutores da exclusividade e dos saberes fragmentados, para análise do humano. A análise e a compreensão da complexidade do humano devem ser respeitadas nas suas especificidades psicológica e espiritual.

## 1.2 – ACONSELHAMENTO OU ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO?

Através de Institutos de Psicologia como o 4 Estações-PUC/SP, do Laboratório de Estudos sobre a morte (LEM)-USP, da ABRATAN -Associação Brasileira de Tanatologia na década de 1980, dentre outros, podemos verificar que as discussões sobre a morte e o morrer se intensificaram. Há uma tentativa de sair do modelo de morte alienada, onde ninguém sabe o que está ocorrendo. Alguns estudiosos do processo de luto, morte e morrer, tais como Kubler-Ross (1997, 1981, 2003), Kóvacs (1992, 2003), Elias (2001), propõem, inversamente à tendência da sociedade de separar os seus moribundos do convívio, a possibilidade de viver a doença e a morte com dignidade, possibilidade de expressão, comunicação e vivência dos processos emocionais que envolvem esse período.

Com base nas teorias atuais, tentaremos compreender as semelhanças e diferenças entre o que elas propõem e as práticas dos Capelães e Psicólogos hospitalares. O que eles fazem: orientação, aconselhamento, psicoterapia, acolhimento psicológico ou espiritual? Sabemos que essas estratégias, utilizadas em atuações práticas de ajuda, são interdependentes, seja nos hábitos e costumes do dia-a-dia, seja nos processos psicológicos formais e intencionais.

Santos (1982) aponta que existem três conceitos expressos em atuações práticas de ajuda, que estão constantemente se intercruzando e são eles: **orientar** que do ponto de vista psicológico, significa facilitar o conhecimento e análise de caminhos ou direções para a conduta, com base em referências pessoais e sociais; **aconselhar**, paralelamente, refere-se ao processo de indicar ou prescrever caminhos, direções e procedimentos ou de criar condições

para que a pessoa faça, ela própria, o julgamento das alternativas e formule suas opções e a **psicoterapia**, que é o tratamento de perturbações da personalidade ou da conduta através de métodos e técnicas psicológicas.

Pode-se também acrescentar, aos rótulos de orientador, aconselhador e psicoterapeuta, o de **cuidador**. A palavra cuidador, do verbo cuidar, tem sua origem na palavra latina *cogitare*, que significa: imaginar, pensar, meditar, cogitar, julgar, supor, aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação, atentar, pensar, refletir, ter cuidado, tratar, fazer os preparativos. (BUARQUE DE HOLANDA, 1960). Para Boff (1999), cuidar é mais que um ato; é uma atitude e abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa um envolvimento afetivo com o outro. O cuidado se encontra na raiz do ser humano. O autor expressa o sentido do cuidado, quando afirma: “não se trata de pensar e falar *sobre* o cuidado como objeto independente de nós. Mas em pensar e falar *a partir* do cuidado como é vivido e se estruturado em nós mesmos. Não *temos* cuidado. *Somos* cuidados” (BOFF, 1999, p. 89).

Quem está hoje cuidando, orientando, aconselhando aqueles que estão enfrentando o luto dentro dos hospitais? Os médicos, os psicólogos, os padres, os pastores, os guias espirituais, os familiares? Estes rótulos, o de cuidador, orientador, aconselhador ou psicoterapeuta, ainda hoje são confusos. A efetividade de uma atuação de ajuda, em caso de perda por morte, depende de vários fatores entre os quais poderíamos citar a personalidade da pessoa que está recebendo a ajuda ou orientação, a personalidade de quem está oferecendo o suporte, o seu conhecimento sobre o assunto, as emergências existentes, os recursos disponíveis e, principalmente os objetivos que se quer atingir e os critérios filosóficos que determinam essas relações.

Como bem define Scheffer (1986), não se dispõe, ainda, na área do aconselhamento, de teorias formais ou axiomáticas e sim de teorias em fase de desenvolvimento, que apresentam os problemas básicos das teorias da área das ciências do comportamento. Destacam-se, porém, como elemento comum em quase todos os posicionamentos teóricos propostos, as tentativas sistemáticas para o aperfeiçoamento de suas técnicas de controle, de metodologias e de instrumentos de pesquisa, no sentido de atingir maior rigor científico. Essa autora, ao analisar as teorias sobre aconselhamento, observa que elas não apresentam as características básicas das teorias científicas de caráter formal. Suas elaborações teóricas

associam-se, freqüentemente, a postulados e hipóteses, muitas vezes confundindo-os. Em outros casos, constituem explicações *post-factum* e não foram desenvolvidas formalmente visando a pesquisa. Por outro lado, observa-se, no âmbito do aconselhamento, uma gradação no nível de elaboração das teorias propostas. Algumas são ainda elementares, os seus postulados vagos e pouco estruturadas, carecendo de elementos comprobatórios. Outras possuem características de maior refinamento científico, demonstrado pelas tentativas de validação de seus constructos, do desenvolvimento de definições operacionais, do estabelecimento de relação entre as variáveis.

Continua a nos apontar Scheeffler (1986, pg 10) que alguns autores questionam a importância e a necessidade de teorias em aconselhamento e cita que existe pequenas evidências de que o conhecimento intelectual e a compreensão de teorias de aconselhamento sejam necessários para maior eficácia do processo e muitos autores se posicionam considerando fundamental que os aconselhadores conheçam de uma forma ampla as teorias vigentes de aconselhamento, tendo em vista o desenvolvimento de sua própria teoria e também defendem a idéia da teoria em aconselhamento, não ser extrínseca, mas intrínseca, pois resulta da experiência pessoal do aconselhador na relação de aconselhamento.

Uma vez que o indivíduo possui liberdade criativa, ele pode, a todo momento procurar novas possibilidades e essas possibilidades poderão trazer novos desafios e novas teorias. A concepção de Rogers sobre os seres humanos é geralmente chamada de uma “auto-teoria”, uma teoria fenomenológica, ou uma teoria da atualização. Para os teóricos humanistas, a existência só pode ser autenticamente assumida quando, face à morte, damos sentido à vida, numa visão de aceitação. O aconselhamento existencial centraliza-se, pois, nas experiências subjetivas do indivíduo que representam a fonte de todos os seus significados. O aconselhamento, o acolhimento em situações de morte realmente terá um significado para a pessoa que está vivendo esse luto quando ela sentir que o profissional efetivamente a ouve, que os significados que lhe são importantes naquele momento estão sendo respeitados. Ela se sente aliviada, quer falar mais sobre seu mundo, sente-se impelida em direção a um novo sentido de liberdade e torna-se mais aberta ao processo de mudança.

Existem, ainda hoje, muitas dúvidas em relação à função dos profissionais que trabalham com aconselhamento, às questões do aconselhamento e da psicoterapia, às questões

do sentido da existência, à idéia da positividade, entendida como a capacidade de enfrentar a realidade diretamente e de responder a ela de maneira positiva, dentre outras. A posição teórica do aconselhador é que vai fornecer as bases para a escolha de seu desempenho na hora do aconselhamento, do apoio, do cuidado e da psicoterapia. Sheeffter (1986) cita que, ao dar a sua resposta ao seu aconselhando, o aconselhador implementa uma teoria que engloba vários elementos, como a sua concepção da natureza humana, dos objetivos desse aconselhamento, do papel do aconselhador, da atitude mais adequada para que possa produzir um aconselhamento eficaz, dentre outros elementos que constituem uma teoria de aconselhamento.

- **A Função do Aconselhador:** Sheeffter (1986) nos indica que o aconselhamento centrado no cliente caracteriza-se, fundamentalmente, pela implementação de uma concepção específica da natureza humana. Talvez mais do que em qualquer outra teoria, as atitudes do aconselhador emergem de suas convicções filosóficas concernentes ao ser humano, e o próprio processo de aconselhamento representa uma elaboração dessa concepção.

É comum verificar que a função do aconselhamento é tida como um simples método ou uma técnica que o conselheiro deve empregar. Isso pode ser assim entendido em parte, devido ao fato das primeiras exposições do aconselhador tenderem a acentuar demasiadamente a técnica. Para Sheeffter (1986), desde que o aconselhamento surgiu como um novo campo de especialização em psicologia, procurou-se estabelecer, de maneira clara e objetiva, as diferenças entre Aconselhamento e Psicoterapia. Rogers (1974) aponta que houve uma tendência de se usar a expressão aconselhamento para se referir às entrevistas mais superficiais e casuais e reservar o termo psicoterapia para contatos mais intensivos e duradouros, visando à organização mais profunda da personalidade.

- **A idéia da Positividade:** Rogers (1983) encara o homem de maneira essencialmente positiva e otimista e afirma que nas camadas profundas da personalidade ou a chamada natureza animal do homem, esta é basicamente positiva, social, progressista e realista. Essa convicção tornar-se-á cada dia mais importante para o campo psicológico. A idéia da positividade permeia toda a obra de Rogers, supondo-se que, sem a incorporação autêntica desse ponto de vista, se torna difícil ou impossível a prática do aconselhamento centrado no cliente. “Por ter menos medo de dar e receber sentimentos positivos, tornei-me capaz de

gostar das pessoas. Cheguei à conclusão de que esta capacidade é rara” (ROGERS, 1983, p.14). A partir deste postulado básico, ele desenvolve sua conceituação sobre a natureza humana.

Estimar ou amar e ser estimado e amado são experiências que promovem crescimento. Uma pessoa que é amada compreensivamente, e não de forma possessiva, tem condição de desenvolver seu eu próprio e único.

- **Aconselhamento e Psicoterapia:** Se o luto pode ter efeitos variados sobre a saúde física e mental das pessoas, o que pode ser oferecido como ajuda para evitar esses efeitos e para quem essa ajuda psicológica deveria ser oferecida? Podemos verificar, através das práticas de acolhimento e aconselhamento, que a primeira fonte de apoio para a maioria das pessoas enlutadas é, ou deveria, ser a família. Depois dela, os amigos são a próxima fonte de apoio e os sacerdotes, se elas praticam alguma forma de espiritualidade, também poderiam fornecer esse apoio e ajuda.

Para Scheefffer (1976), o aconselhamento psicológico é usado com referência à psicoterapia, porque com ela se confunde em suas finalidades. A psicoterapia visa a ajudar o indivíduo a melhor compreender a si mesmo para orientar-se na solução de seus problemas vitais. A abordagem existencial em aconselhamento provavelmente é a que menos se adapta ao conceito geral de teoria “segundo seus principais proponentes, Rollo May e Van Kaam, expressa principalmente um posicionamento filosófico do qual emergem pressupostos e atitudes, implementadas no processo de aconselhamento” (SCHEEFFFER, 1976, p.6). A sua origem encontra-se vinculada às contribuições de representantes de várias áreas do pensamento humano. O existencialismo expressa uma corrente filosófica que se caracteriza pela preocupação de compreender e explicar a existência humana, afirmando a sua primazia sobre a essência. A autora destaca que:

O pensamento filosófico existencial, representado por Kierkegaard, Heidegger, e Buber, centralizava-se na convicção de que a realidade última é encontrada na existência individual, única e concreta, expressa através do compromisso de ser e no agir, no assumir a responsabilidade dessa existência. O existencialismo compreende o homem como um processo do qual emergem a sua autenticidade e a sua verdade interior, que integram o seu senso de identidade único e original (SCHEEFFFER, 1986, p.68).

O aconselhamento existencial não se fundamenta em técnicas. Consiste, no desenvolvimento de uma atitude de compreensão afetuosa e de preocupação com o aconselhando. May (1979) afirma que as técnicas são indesejáveis e, até certo ponto, prejudiciais. A sua supervalorização é considerada uma das causas da tendência de se focar o ser humano como objeto que pode ser mensurado e manipulado, bloqueando, assim, a compreensão almejada no aconselhamento existencial. Ainda segundo o autor, o aspecto primordial do aconselhamento é que ele representa sempre um encontro autêntico, no qual o compartilhar de vivência seja o mais completo possível.

Conforme Sheeffer (1986), o relacionamento é o principal meio que o aconselhador existencial utiliza para proporcionar os verdadeiros encontros humanos, que é o centro do aconselhamento, mesmo que esse relacionamento seja fonte de problemas.

Embora a situação de aconselhamento não possa ser confundida com uma situação social, o aconselhador deve ser sentido pelo cliente como um amigo, profundamente interessado e compreensivo, cujo desejo principal é ajudá-lo. Às vezes, é difícil para o aconselhador estabelecer tal relação e, ao mesmo tempo, manter-se liberto de envoltimentos emocionais com o aconselhando. Para isso, é necessária muita cautela e sensibilidade, a fim de que esse relacionamento não se confunda com uma maneira de preenchimento das necessidades pessoais do aconselhador (SHEEFFER, 1986, p.75).

Podemos observar através dos autores comentados que, tradicionalmente, o termo aconselhamento foi usado em conexão a várias situações, tais como: fornecer informações, dar conselhos, criticar, elogiar, encorajar, apresentar sugestões e interpretar ao cliente o significado do seu comportamento. Na realidade, a palavra aconselhamento foi empregada ao longo do tempo para designar atividades que variam de punição e coerção à relação permissiva que proporciona a libertação emocional do indivíduo e facilita o seu desenvolvimento. À medida que as suas técnicas se tornaram mais elaboradas e a sua aplicação ampliada, constituindo, um novo ramo da psicologia científica, as definições de aconselhamento sofreram idêntica evolução. A idéia de Aconselhamento, sem dúvida está na associação que se faz com a proposta Rogeriana.

May (1979) identificou que a prática do aconselhamento é antiqüíssima e que a ajuda pode ocorrer pelo conselho, aconselhamento, orientação, simpatia e encorajamento, tanto informalmente (de amigo para amigo), quanto profissionalmente (sacerdote para fiel, médico para paciente, professor para aluno), são desdobramentos dessa prática em vários campos do

aconselhamento. O aconselhamento é mais uma técnica ou arte do que uma profissão e deve ser empregado como parte de uma responsabilidade mais coerente com profissões, cujo objeto principal são as pessoas. Isto é, no trabalho de médicos, professores, padres, pastores, religiosos e assistentes sociais. Naturalmente, as possibilidades de fazer aconselhamento ou qualquer das profissões que dependem do tempo disponível, da inclinação, da personalidade, bem como do acervo de informações do indivíduo.

Parkes (1998) nos mostra que recentemente, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais começaram a se interessar pelo tema e, em especial, o aconselhamento para o luto. A razão desse interesse surge da insuficiência de apoio dos familiares ou de outro no âmbito social, para que a ajuda necessária possa ser dada com eficiência.

Cada pessoa vai reagir de maneira particular diante da perda por morte, em função de diferentes fatores, tais como: vínculo, tipo de morte, capacidade para tolerar emoções fortes, idade da pessoa que faleceu, religiosidade, entre outras. O desejo de enfrentar o luto, em lugar de voltar as costas para essa questão tão presente em nossa sociedade, pode auxiliar os profissionais da área da saúde em um trabalho bem-sucedido com o luto. Alguns fatores podem predispor, mais que outros, a uma elaboração do luto mais problemática e os profissionais que se dispõem a trabalhar na área do acolhimento, apoio, aconselhamento e psicoterapias precisam pensar em várias formas de ajudar as pessoas no momento do enfrentamento de situações de perdas, separações e rompimento de vínculos, para que ao fazer as intervenções necessárias, as suas práticas possam vir ao encontro das necessidades do enlutado.

Nos últimos anos, verifica-se que os *hospices* têm-se estabelecido em muitos lugares do mundo e apresentam como característica o dar importância às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, tanto do paciente, como de sua família. Vários profissionais contribuíram e contribuem para dar esse apoio, mas nem sempre foi assim:

Os psiquiatras sempre tiveram papel importante nos cuidados da pequena minoria de pessoas enlutadas que apresentam distúrbios psiquiátricos em razão desse luto, mas em sua formação profissional só recentemente passou a ser dada suficiente atenção a tópicos relacionados à perda e ao luto. Os psicólogos foram os últimos a entrar nessa área, mas agora estão podendo mostrar a importância de seu trabalho (PARKES, 1998, p. 192).

O aconselhamento, acolhimento, apoio, pode oferecer ao indivíduo uma ajuda para se reestruturar e se reencontrar ou para desenvolver novos valores e, em última análise, para encontrar o sentido da sua existência, problemas esses que se tornam mais agudos nos períodos de crise. Segundo Scheeffter (1986), a crise precede as opções vitais através das quais o homem se revela e define a sua identidade. O aconselhamento representa uma interação total, um encontro humano autêntico, no qual o aconselhador se esforça para penetrar e compreender o mundo vivencial do aconselhando.

Para Esslinger (2004), podemos definir o luto como um período de crise. O termo crise identifica situações estressantes da vida, que podem ter duração limitada, podem colocar em risco a saúde mental daqueles que a vivenciam. “A crise, principalmente pela perda de alguém amado, implica uma série de reorganizações e mudanças que podem ser positivas, à medida que impliquem o abandono de algumas velhas concepções ou de defesas cristalizadas” (ESSLINGER, 2004, p.62).

SIMON (1989), aponta que o essencial na geração da crise, é o fato da pessoa se ver “frente a uma situação nova e vitalmente transformadora” É típico do novo que ele não pode ser ensinado (novo no sentido de experiência humana)” (SIMON, op cit, p.58). Esse novo exige um ato criativo, é único, como cada experiência humana, pois a experiência é individual, intransferível e original. Essas diferenças não são apenas filosóficas, elas implicam diferentes atitudes pragmáticas diante do problema da crise. O autor nos fala dos conceitos de crise de desenvolvimento e acidentais e que esses conceitos são válidos do ponto de vista descritivo, fenomenológico, que correspondem à fatos como eles são apresentados. Também fala que podemos dispensar a diferença entre crises de desenvolvimentos e acidentais e classificar as crises por perda e por aquisição. Nas crises por aquisição os sentimentos que predominam são de insegurança, inferioridade, inadequação e nas crises por perda significativa, mediante fortes sentimentos de depressão e culpa, existe o risco de tentar obter o alívio por auto-agressão ou a projeção da culpa em alguém ainda menos resistente.

Nesta classificação etiológica, ambas as formas de crise têm em comum a angústia diante do novo e desconhecido. A partir daí, divergem pelos sentimentos predominantes nas situações de perda ou de aquisição. Nas situações geradoras de crise por perdas, os sentimentos predominantes são de depressão e culpa. Por exemplo, na perda de um ente querido (ou da própria saúde), além de sentimentos de depressão há sempre auto-recriminações por não Ter feito algo para evitar a perda, ou não Ter aproveitado melhor os momentos enquanto o outro vivia (ou a saúde existia). (SIMON, 1989, p. 60).

O autor conclui que diante dos dois fatores geradores de crises, por perda ou por aquisição, os objetivos principais da prevenção nas crises serão:

Por perda - ajudar o sujeito a aceitá-las, resignar-se à frustração, lidar com depressão e culpa, e, decorrido tempo apropriado, estimulá-lo a retomar o interesse pelo universo pessoal diminuído significativamente pela perda crítica” e Por aquisição – “ajudar o indivíduo a aceitar o ganho, escoimado de projetos pretenciosos (que podem estar estimulados pela arrogância ou inveja), e com ambição moderada (controlando a voracidade), de modo a ampliar seu universo pessoal tanto quanto possível dentro da realidade (conforme sua capacidade e condições ambientais)”. (SIMON, 1989, p. 61).

### **1.3 - ACONSELHAMENTO OU ACOLHIMENTO PASTORAL**

Ao abordamos o aconselhamento, acolhimento pastoral, nas práticas dos capelães hospitalares, estaremos adotando somente a visão cristã católica e protestante. Sabe-se que a pluralidade religiosa se faz presente na sociedade, principalmente no contexto hospitalar, no qual este estudo foi realizado e mesmo na visão cristã existem diferentes modos de entender e de se abordar as questões relacionadas com as perdas por morte. É interessante observar estes diferentes pontos de vista e nos interrogarmos sobre o nosso. Qual é a nossa relação com a dor, com o sofrimento, com a morte dos outros e a nossa própria morte? Comecei a refletir sobre isso ao me questionar em como realizar o aconselhamento, o cuidado ou o acolhimento pastoral aos enlutados.

Qualquer que seja o ponto de vista religioso a partir do qual se aborde o problema da morte, não será simples defini-la. As várias tradições religiosas a interpretam de uma forma particular e ela desperta reações complexas e contraditórias, tornando difícil a unificação das diferentes tradições. Todas colocam o saber morrer como problema fundamental da vida. As diferentes culturas e tradições abordam diferentemente o sofrimento e a morte. O encontro com a diversidade pode enriquecer-nos e os acompanhamentos religiosos realizados nos hospitais mostram isto, pois nem sempre se acompanha pessoas com o mesmo ponto de vista, mesma cultura e religião.

Como o cuidador, aconselhador, acolhedor acompanha alguém, depende da imagem que ele tem do ser humano, seu pressuposto antropológico. É a partir de nossa imagem do ser humano que consideramos alguém normal ou anormal, sadio ou doente. É também a partir

dessa imagem que consideramos a morte algo trágico, normal ou natural e como oportunidade de libertação.

Segundo Clinebell (1987), por “aconselhamento pastoral” entende-se o cuidado especial a uma pessoa, uma família ou um grupo de pessoas que estão passando por dificuldades e precisam de um aconselhamento especial. Ele acontece numa certa época e por um tempo determinado. O aconselhamento pastoral é uma dimensão da poimênica<sup>1</sup>. A poimênica e o aconselhamento pastoral compreendem a utilização, por pessoas que exercem o ministério, de relacionamentos de indivíduo para indivíduo ou em pequeno grupo para possibilitar a ocorrência de potencialização curativa e crescimento dos indivíduos e de seus relacionamentos. O aconselhamento pastoral, que constituiu uma dimensão da poimênica, é a utilização de uma variedade de métodos de cura (terapêuticos) para ajudar as pessoas a lidar com seus problemas e crises de uma forma mais conducente ao crescimento e, assim, a experimentar a cura de suas dores.

Para Schneider-Harpprecht (1998), aconselhamento pastoral é uma tradução para o português da palavra inglesa *pastoral counseling*, que é usada no contexto norte-americano do séc. XX. O termo aconselhamento pastoral é uma expressão problemática para o autor, pois sugere que esse aconselhamento seria em primeiro lugar uma atividade do pastor como ministro ordenado e implicaria uma relação de poder, pois não deixa espaço para os demais membros da comunidade, que queiram também exercer essa função como aconselhadore.

Schneider-Harpprecht (op cit) cita outros conceitos, tais como poimênica (ciência do agir do pastor), clínica pastoral (o acompanhamento pastoral na área da saúde), psicologia pastoral (a interpretação da pastoral sob perspectiva psicológica). Para ele, a poimênica é o ministério de ajuda da comunidade cristã para os seus membros e para outras pessoas que a procuram na área da saúde através da convivência no contexto da Igreja e o aconselhamento pastoral é uma dimensão da poimênica que procura ajudar através de conversas e outras formas de comunicação.

---

<sup>1</sup> A palavra “poimênica”, que provém do grego *poimen*, significa a “arte de pastorear” ou de cuidar do outro. Entende-se que a poimênica é o cuidado pastoral que acompanha a pessoa por toda a sua vida, estando ela em situação de crise ou não. CLINEBELL, 1987, p. 25.

Para Schneider-Harpprecht (1998) o objetivo do aconselhamento pastoral é ajudar as pessoas a viverem a relação com Deus, consigo mesma e com o próximo de maneira consciente e adulta e isso inclui a capacidade de assumirem a sua responsabilidade como cidadãos que se engajam em favor da melhoria das condições de vida de seu povo numa sociedade livre, democrática e justa. Essa definição interpreta a poimênica e o aconselhamento pastoral como uma expressão de vida da comunidade e não como uma tarefa reservada para os pastores ou outros especialistas da Igreja.

Aconselhamento acontece sempre e em qualquer cultura quando pessoas convivem, participam do discurso público e particular e comunicam-se sobre as dificuldades no grupo familiar, no trabalho, na Igreja ou congregação religiosa, nas diferentes relações sociais nas quais estão inseridas. A convivência e a comunicação são o fundamento social do aconselhamento em geral (SCHNEIDER-HARPPRECHT, 1998, p.292).

Segundo Clinebell (1987) a poimênica e o aconselhamento pastoral contribuem para a permanente renovação da vitalidade humana, proporcionando instrumentos para a renovação das pessoas, relacionamentos e grupos. A poimênica e o aconselhamento pastoral podem ser instrumentos de cura e crescimento na medida em que nos ajudam a desenvolver um aspecto muito difícil na época em que vivemos: relacionamentos profundos. O aconselhamento pastoral ainda necessita encontrar um nível de auto-identidade e maturidade aprofundando suas raízes teológicas, ampliando sua metodologia e descobrindo sua contribuição singular na ajuda à humanidade atribulada, com referência tanto à sua própria herança quanto às outras disciplinas de ajuda. Como aconselhador, o sacerdote necessita de uma auto-compreensão singular de sua imagem, seu papel, suas funções e seus objetivos.

Está longe de ser fácil relacionar-se com as profundezas de outras pessoas. Fazê-lo é tomar consciência de sua personalidade: de sua dor e seu potencial, seu vazio ou sua plenitude, sua singular mescla de esperança e desespero. É doloroso relacionar-se com as profundezas de outras pessoas porque isso inevitavelmente nos expõe aos lugares escuros de nosso próprio mundo interior. O vazio delas faz lembrar nosso próprio vazio. Sua raiva e culpa fazem com que nossa própria raiva e culpa ressoem. No entanto, somente na medida em que nos relacionamos com outras pessoas em profundidade é que podemos nos tornar possibilitadores de crescimento em sua vida. O aconselhamento pastoral começa de fato quando uma pessoa faz o primeiro contato para buscar ajuda (CLINEBELL, 1987, p.15).

Para Baldessin (2005) as atividades pastorais estão ainda embasadas na doutrinação, religiosidade, conversões repentinas e distribuição dos sacramentos. Alguns sacerdotes vêem neste ministério a oportunidade de converter alguém para sua Igreja. Para ele, a preparação do

agente de pastoral vai muito além de aspectos espirituais, pois “a espiritualidade não se resume a fazer oração, recitar fórmulas prontas e falar de Deus, senão a fazer da própria vida expressão de espiritualidade” (BALDESSIN, 2005, p.19). Ele ainda afirma que é imprescindível contarmos com a contribuição das ciências humanas, para que a pastoral não se restrinja à dimensão espiritual, esquecendo-se das dimensões física, psíquica e social. Aponta o diálogo como um dos aspectos mais importantes e afirma que o diálogo e a escuta são os melhores recursos para a realização dos atendimentos pastorais.

O aconselhamento pastoral é uma função reparadora, necessária quando o crescimento das pessoas é seriamente comprometido ou bloqueado por crises. O seu objetivo é também ajudá-las para que possam viver a relação com Deus, consigo mesma e com o próximo de uma maneira consciente e adulta. Segundo Farris<sup>2</sup>, teologicamente uma crise pode ser definida como qualquer experiência em vida que levanta as perguntas fundamentais sobre a vida, a finitude, os limites de vida e a vulnerabilidade básica da vida. As crises podem nos motivar para uma nova avaliação de nosso ser, nossos valores, nossas crenças e nosso lugar no mundo. Quer dizer que crises desafiam pessoas profundamente porque elas revelam que pessoas somos, vulneráveis e finitas. Portanto, crises levantam perguntas sobre valor, significância, Deus e ética.

Clinebell (1987) afirma que através dos séculos, sacerdotes têm dado assistência, apoio e orientação durante crises pessoais e sociais. Eles têm uma oportunidade sem precedentes de oferecer poimênica e aconselhamento a pessoas que se debatem na correnteza impetuosa de crises caóticas. Sacerdotes são aconselhadores naturais em casos de crise devido às vantagens inerentes a sua posição e ao seu papel – sua rede de relacionamentos contínuos com os seus seguidores; seu acesso a muitos sistemas familiares; a confiança que muitas pessoas depositam neles; sua acessibilidade; e sua presença durante muitas das crises desenvolvimentais e acidentais (inesperadas) que ocorrem na vida das pessoas, incluindo doença, morte e perda pessoal.

O tema central nas crises ou lutos é a perda: “Crises sempre implicam uma perda ou o risco de uma perda. Sentimentos de pesar ou luto fazem parte de todas as importantes mudanças, transições e crises da vida” (CLINIBELL, op cit, p. 178). Afirma o autor que na

---

<sup>2</sup> Aula ministrada na disciplina “Teorias de Crise, Religião e Processos Terapêuticos”, Pós-Graduação em Ciências da Religião-UMESP, São Bernardo do Campo, SP, 2003.

maioria das crises e perdas há ansiedade de separação, sentimentos de confusão de identidade e a necessidade de desenvolver novas formas de satisfazer nossas necessidades emocionais básicas

Segundo Heimann (2005)<sup>3</sup>, Psicologia e Teologia têm perspectivas absolutamente diferentes: a primeira tem uma postura antropocêntrica (que coloca o homem em primeiro plano), e a segunda possui uma postura teocêntrica (que afirma que o homem não tem poder sobre si e que tudo está nas mãos de Deus). Porém a Teologia, mais especificamente a Teologia Prática, na área do Aconselhamento Pastoral ou Cura d`almas, remete também a uma hermenêutica antropológica, que é a compreensão do homem como um todo . Como diz Hoch (1988) “pode ser, no entanto, que o Aconselhamento Pastoral, para ser coerente com seu teocentrismo, precise se tornar antropocêntrico para melhor cumprir sua tarefa de entender a pessoa humana” (HOCH, op cit, p.259). Heimann (2005) nos diz que na Psicologia vigora hoje uma tendência holística ou visão integral de ser humano, que considera o homem como um ser de múltiplas dimensões: física, emocional, espiritual, material, social, econômica, etc. O diálogo entre Psicologia e Teologia constrói-se a partir de uma concepção específica de ser humano, uma concepção que é antropológica e holística – porém não antropocêntrica, pois pressupõe a dimensão da transcendência do ser.

Conforme Clinebell (1987), a poimênica e o aconselhamento pastoral devem ser holísticos, procurando possibilitar cura e crescimento em todas as dimensões humanas. O 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. “A poimênica de indivíduos, a de grupos (famílias, p.ex.) e a de sistemas mais amplos (instituições) são igualmente essenciais” (CLINEBELL, op cit, p25). Ele afirma ainda que o método holístico de poimênica e aconselhamento vê a nós, seres humanos, como possuidores de uma riqueza de forças, potencialidades e recursos não descobertos e não desenvolvidos.

---

<sup>3</sup> Palestra proferida em 01/04/2005 – no Curso de Aconselhamento Pastoral a Doentes Terminais, promovido pela Faculdade de Teologia da Igreja Metodista-FATEO. São Bernardo do Campo, SP.

Farris (1998), descrevendo a relação entre as duas ciências, aponta para a dificuldade que existe nesse diálogo.

Não há teoria cristã formal da personalidade. Não há uma teologia psicológica formal. Há um diálogo complexo entre os dois campos sobre o ser humano e seu lugar na criação, mas a teologia usa metáfora para descrever a realidade definitiva e a psicologia usa técnicas e abordagens científicas para montar teorias sobre o ser humano. Isso não significa que não possamos trabalhar nas duas esferas. Indica a complexidade do diálogo entre a teologia e a psicologia e a dificuldade de formalizar, em nível profissional, a relação entre as duas (FARRIS, 1998, p.115).

Pode-se dizer que a teologia tem como sua responsabilidade responder às perguntas sobre o significado da existência levantadas por uma cultura. As respostas são providenciadas na revelação cristã e assim, vêm do além da existência. “Nesta ótica, a psicologia levanta as perguntas e a teologia providencia as respostas” (FARRIS, op cit, p. 111). O mesmo autor também aponta que embora este modelo ainda tenha valor considerável, não está levando em consideração a realidade de que a cultura também levanta perguntas sobre a existência e, também oferece respostas.

A psicologia oferece teorias sobre o ser humano, a teologia não oferece verdades finais sobre Deus, ou o sagrado e nem sobre o ser humano e sua relação com Deus. A teologia oferece idéias, símbolos, imagens, metáforas sobre o Sagrado e também a relação do ser humano com seu significado definitivo. “Fundamental aqui é a idéia de que teorias e símbolos só têm poder dentro de uma definida comunidade onde eles fazem sentido” (FARRIS, op cit, p. 113).

Essa dificuldade do diálogo entre as duas ciências também é apontada por Kubler-Ross (1981), quando afirma que estamos percebendo hoje que a psicologia não está cumprindo uma de suas tarefas de desenvolvimento, que é cuidar da dimensão espiritual.

A psicologia tem dito: “olha tudo o que é espiritual não tem a ver com psicologia; são valores filosóficos, teosóficos, religiosos e a psicologia não se mete com isto”. Percebemos que é bobagem, porque é uma dimensão humana como outra qualquer. É uma necessidade do ser humano reconhecer-se dentro do universo, encontrar uma explicação para a sua própria existência (KUBLER-ROSS, 1981, p.36).

Paula (2005) nos mostra em seu artigo que o leque de investigação sobre a morte na psicologia e em outras ciências como a medicina, sociologia, antropologia, teologia tem se

ampliado. No caso da teologia cristã, o tema está vinculado a expressões de interpretação bíblica, dogmática, histórica e pastoral. Face a face com a morte, o consolo religioso tem sido oferecido às pessoas geralmente nos rituais fúnebres que objetivam nutrir esperanças, sentidos e apeços sobre a vida. Porém, lidar com a morte como fenômeno humano vai além do ritual que se esvai no decorrer dos tempos.

As ciências têm exposto seu depoimento sobre a morte, procurando aparatos de investigação acadêmica, que podem elucidar sentido ao mistério que ela carrega. A psicologia voltou-se para perguntas referentes ao luto, ao processo de morrer, aos cuidados paliativos, às questões éticas, ao profissional como orientador e fomentador de saúde e outras situações desse gênero. A teologia cristã tratou o tema com a sistematização da fé das pessoas, da coletividade em vários estratos da história. Por meio da teologia da esperança, procurou aliar a morte à dor, à finitude, ao limite humano, à transição para um “estado” de vida (PAULA, 2005, P. 165)

Até aqui, referimo-nos ao referencial teórico do aconselhamento, acolhimento pastoral, à poimênica, às situações de crise e ao diálogo entre a Psicologia e a Teologia. Entendemos que seria necessário concluir esse capítulo com a apresentação de outros dois aspectos: *cuidado e esperança (grifo meu)*, pois alguns dos sintomas presentes no mundo atual são o descuido, o abandono, a falta de cuidado, que acabam por gerar a falta de esperanças.

Descuidamos de nossas crianças, expostas aos trabalhos infantis como escravas, a quem negamos a infância. Descuidamos das pessoas que passam fome, dos aposentados que são excluídos do processo de produção, tidos como descartáveis, descuidamos das relações sociais, descuidamos do meio ambiente, descuidamos de nossas famílias, descuidamos daqueles que estão enfrentando uma doença terminal, descuidamos dos enlutados e descuidamos de nós mesmos, isso sem falar do descaso também pela dimensão espiritual do ser humano.

Para Boff (2002), precisamos diferenciar os termos cuidar, curar e assistir. Para alguns estudiosos, diz ele, o termo “cuidar origina-se do latim *cura*, sendo utilizada num contexto de relações de amor e amizade” (p.90). Para outros, cuidar deriva do latim “*cogitare-cogitatus*, que é o mesmo que *cura*, significando pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação” (p.91). Para ele, o cuidado somente surge quando a vida de alguém tem importância para mim e, então, eu passo a dedicar-me ao ser humano, disponho-me a participar de seu destino, de seus sofrimentos, de seus sucessos, enfim, de sua

vida. Mas, ao abordar a natureza do cuidado, ele apresenta dois modos de ser-no-mundo: o modo-de-ser-trabalho e o modo- de- ser- cuidado:

O cuidado não se opõe ao trabalho, mas lhe confere uma tonalidade diferente. Pelo cuidado não vemos a natureza e tudo o que nela existe como objetos. A relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito. (...) A relação não é de domínio *sobre*, mas de com-vivência. Não é pura intervenção, mas inter-ação e comunhão. (...) Cuidar das coisas simples implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhe-las, respeita-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele. (...) A centralidade não é mais ocupada pelo *logos* razão, mas pelo *pathos* sentimento (BOFF, 2002, P.95-96).

Esse cuidado precisa ser alimentado diariamente nas nossas relações, pois a essência da vida humana precisa ser continuamente alimentada por esse cuidado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia, da compaixão; sem eles, o ser humano definha e morre. Mas precisa-se também acrescentar ao cuidado, ao aconselhamento pastoral, a *esperança*, pois segundo Hennezel (1999), todo ser humano que se confronta com a iminência da morte pode confrontar-se com as seguintes questões de ordem espiritual: qual é o sentido de minha vida? Haverá uma transcendência?

Como as pessoas que trabalham com o aconselhamento, acolhimento pastoral, poderão responder aqueles que perguntam: por que? No cristianismo, a espiritualidade faz parte de todo ser que se questiona diante de sua existência, diz respeito à sua relação com os valores que o transcendem, seja qual for o nome que lhes atribua. Acolher, acompanhar a dimensão espiritual de uma pessoa que está sofrendo é uma tarefa fundamental que todas as pessoas podem e devem assumir, pela simples razão de que é uma tarefa humana. Todo ser humano precisa ter uma espiritualidade e todo ser humano necessita viver em *esperança*.

Pode-se trabalhar a esperança em vários aspectos: no campo político e econômico, nas promessas das campanhas políticas, nas propagandas, nas loterias. Pode-se trabalhar a esperança como utopia e também como alienação. A palavra esperança tem uma gama muito grande de significados. Em Romanos 4.18 “Abraão, esperando contra a esperança, creu”. Segundo Libanio (2004), a vida moderna ocupa o tempo dos seres humanos de tal maneira que não sobra tempo para a esperança e para crer. Esperar é acreditar na fidelidade daquele a quem se ama. A esperança é a prova da fé. A esperança cristã vincula-se profundamente ao amor. É esperar na possibilidade de ser amado em qualquer circunstância, até nos momentos

mais profundos da dor. O ser humano, participante do amor Divino, é capaz de dar e receber amor, fonte de esperança. Quem ama cuida!

Evidentemente, o maior desafio à esperança é a morte. Então, como aconselhar as pessoas que estão enfrentando a perda de um ente querido, na perspectiva da esperança cristã? Libanio (2004) diz o seguinte: “nada de conhecido, nada de fabricado pelo ser humano, nada de produzido nos laboratórios da medicina, conseguiu e consegue vencer a morte. (...) para além da morte, só existe esperança teológica” (LIBANIO, 2004, p. 55). As religiões apostam na religiosidade, existem para responder a essa dimensão e caberá as pessoas que se propõem a trabalhar com o acolhimento, cuidado e aconselhamento pastoral, estarem preparadas, cada qual dentro de sua forma de expressão religiosa, para responderem aos anseios dos corações daqueles que buscam essas respostas.

Os capelães hospitalares necessitam criar ritos, cerimônias, práticas, estórias, dogmas, personagens, lugares sagrados para satisfazer a religiosidade das pessoas que os procuram na hora da dor pela perda de alguém. Não podem deixar que as pessoas que professem a mesma fé que ele, sejam levadas por um mercado religioso, não da fé, mas da religião propagandística. Há maneiras dignas e éticas de oferecer momentos de religiosidade e paz interior às pessoas cujo sentido de vida se perdeu na turbulência da dor.

#### **1.4. OBJETIVOS**

**a)** Compreender os processos de acolhimento, cuidado e aconselhamento que são realizados por psicólogos e capelães.

**b)** Investigar as semelhanças e diferenças nas práticas de acolhimento, cuidado e aconselhamento entre profissionais psicólogos e capelães nas situações de luto por morte.

## **2 - MÉTODO**

O método de investigação utilizado nesta pesquisa é a *Grounded Theory* (PIRES, 2001). Este método qualitativo tem como objetivo “gerar novas teorias que dêem conta da ação numa área substantiva a partir do ponto de vista dos atores envolvidos”.(p.61). Esse conhecimento é construído a partir dos dados. A interpretação deles é realizada considerando todo o conteúdo verbal e respeitando cada palavra dada pelo sujeito. A escolha da amostra é feita considerando um problema em uma determinada área que se pretende investigar. As categorias são determinadas a partir do material coletado na entrevista. Cada categoria é confirmada pelos incidentes pertencentes a elas. “A análise começa com a codificação, linha a linha, de cada incidente existente nos dados. Esta codificação é feita linha a linha. Enquanto lê linha a linha, as suas notas ou transcrições de entrevistas, coloca constantemente a questão, que categoria este incidente indica?” (PIRES, 2001, p.61).

### **2.1 - PARTICIPANTES**

Os participantes deste estudo foram uma Capelã protestante, com formação em teologia e psicologia, com mestrado em Ciências da Religião; um Capelão, padre camiliano e duas Psicólogas, ambas com Pós-Graduação em Psicologia Hospitalar. Estes profissionais trabalhavam com o acolhimento, cuidado, aconselhamento pastoral e psicológico em hospitais. A escolha destes quatro sujeitos foi definida por conveniência, segundo Rea e Parker (2000). Destaca-se que foram entrevistados os Capelães e Psicólogas que consentiram e assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, respeitando-se as instruções sobre ética em pesquisa. Este projeto fora aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Metodista de São Paulo – UMESP (anexo 2).

### **2.2 - LOCAL/ AMBIENTE**

Os locais para realização deste estudo foram os próprios ambientes de trabalho destes profissionais – Hospitais. Mesmo realizando-se este estudo com diferentes hospitais, buscou-se neles um ambiente neutro para a realização das entrevistas. A primeira entrevista, com a

capelã, foi realizada na sala de atendimento psicológico, da universidade na qual ela trabalha. O ambiente era agradável, silencioso e a entrevista ocorreu sem nenhuma interferência. O segundo entrevistado, o capelão, nos recebeu na sala da pastoral da capelania do hospital. Na anti-sala, tinha dois sofás e algumas cadeiras, que estavam sendo usadas pelos voluntários que ajudam o capelão e algumas vezes a conversa e as risadas atrapalharam a gravação. Fomos também interrompidos pelo telefone e pelo assistente da capelania. A terceira entrevista, com uma psicóloga se deu numa sala do hospital que é utilizada pela equipe de psicólogos e alguns enfermeiros e enfermeiras. A sala era muito barulhenta, com uma divisória separando os dois ambientes e a conversa das pessoas e o telefone eram ouvidos no local onde estávamos, atrapalhando também em alguns momentos a entrevista. A última entrevista, com a psicóloga, foi realizada numa sala de atendimento psicológico do hospital. Sala bem organizada e silenciosa. Não fomos interrompidas em nenhum momento.

### **2.3 MATERIAL / INSTRUMENTOS**

Os dados foram coletados por meio de entrevista gravada, mediante autorização do entrevistado. Para maior fidedignidade, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra (Anexo 3). O entrevistador convidou o Capelão e a Capelã e as Psicólogas a falarem de suas experiências na área de acolhimento, cuidado, aconselhamento por perda por morte, realizadas no hospital.

O Roteiro previa a obtenção das seguintes informações: escolha profissional, as técnicas de atendimento, o entendimento sobre a morte e seus processos, a religiosidade. Algumas das questões que poderiam ser utilizadas durante a entrevista eram: O que mais influenciou na sua escolha profissional? Você já teve contato direto com a morte de alguém de sua família? Como aconselhar as famílias a lidar em situações de perda por morte? A morte faz parte do cotidiano hospitalar e pode se tornar uma companheira de trabalho diário. Como aconselhar os funcionários que lidam diariamente com essa questão? Normalmente quando se pensa em preocupação frente a morte considera-se a questão com mais pertinência as pessoas idosas ou doentes terminais, que objetivamente estão bem próximas da morte. E no caso de criança e do jovem, como aconselhar quem sofreu a perda? O que a morte representa para você? Você poderia afirmar que através do aconselhamento, pode-se ter um contato

humano e um envolvimento direto e íntimo, possibilitando uma relação de ajuda diferente dos demais?

Segundo Bleger (1998), a entrevista pode ter em seus múltiplos usos uma variedade de objetivos e ela poderá ser aberta ou fechada. No caso da entrevista realizada com os capelães e psicólogas, foi utilizada a entrevista aberta, em que “o entrevistador teve ampla liberdade para as perguntas ou para suas intervenções, permitindo-se toda a flexibilidade necessária em cada caso particular” (BLEGER, op cit, p.3). Utilizamos a técnica da gravação, onde os entrevistados falaram livremente de suas práticas de trabalho no hospital, sem perguntas pré-formuladas e ocorrendo em alguns momentos perguntas pontuais feitas pelo entrevistador. Esse tipo de entrevista permite que o próprio sujeito forneça os dados de sua experiência.

Segundo Bleger (1998), a postura do entrevistador deve ser flexível, para permitir que o campo seja essencialmente configurado pelo entrevistado, a partir das características de personalidade deste mas, embora devam predominar as características do entrevistado, o autor também salienta a importância do entrevistador, com seus valores, características de personalidade, desejos e fantasias.

Deste modo, é importante que o entrevistador possa ter consciência dos aspectos acima mencionados, para que não atribua ao outro o que é seu, contaminando a escuta. Bleger (op cit) nos mostra que ao escolhermos esse tipo de entrevista como forma de aproximação dos fenômenos a serem investigados, torna-se de extrema importância a dissociação instrumental, por parte do entrevistador, definida como uma distância ideal entre os elementos que configuram o campo.

## **2.4 - PROCEDIMENTO**

Inicialmente, foi definido que o público que estaríamos entrevistando seria dos profissionais de Psicologia Hospitalar e dos Capelães hospitalares. Selecionado o número de sujeitos que seriam entrevistados e definido que suas práticas hospitalares teriam que ser junto a pessoas em situação de perda por morte, demos início a pesquisa dos hospitais que contemplassem a presença desses profissionais e nos concedessem a autorização para a

entrevista. A partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista, deu-se início à coleta de dados. Foi realizado o primeiro contato com o entrevistado por telefone para esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e solicitação da autorização de uma entrevista gravada. Tendo sido concedida a entrevista, foi agendada hora e local determinado pelo entrevistado para que pudéssemos realizá-la.

## 2.5 - TRATAMENTO DOS DADOS

Inicialmente, foi feita a transcrição integral dos dados que estavam disponíveis em fitas K7. Posteriormente, foi realizada uma codificação de cada entrevista individualmente, para estabelecimento das categorias.

Durante a leitura das entrevistas realizadas e transcritas, foram montados quadros, onde os temas abordados com maior frequência e mais discutidos pelos entrevistados foram separados nas categorias distintas, ou seja: *Escolha pela área e experiência profissional; A morte como tabu; Práticas adotadas; Conceito de morte para aconselhador; Recursos pessoais para o enfrentamento da perda; Estratégias para aprimorar o atendimento e Outros*. Estes dados coletados foram então discutidos com as referências bibliográficas sobre o tema. Muitas outras questões poderiam ser categorizadas através dos resultados obtidos, mas preferiu-se trabalhar somente com as citadas em itálico.

### 3- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados dessa pesquisa foram colhidos de pessoas que estão atuando ou que já atuaram na rede hospitalar pública ou particular, dos hospitais da cidade de São Paulo e São Bernardo do Campo.

É importante destacar que os profissionais entrevistados, de fato oferecem ou ofereceram as práticas de acolhimento, aconselhamento, para com pessoas que enfrentaram perdas por morte. O fato de participarem apenas quatro profissionais justifica-se por se tratar do método qualitativo que é diferente do método quantitativo, no qual o ideal que prevalece é o da previsão e de mensuração. Bogdan e Biklen (1982) apud Esslinger (2004) observam, uma das facetas do método qualitativo é não se preocupar com generalizações, mas sim com o singular de cada processo, o que pode levar a um aprofundamento de determinadas questões.

Portanto, optou-se pela abordagem qualitativa por ser considerado o mais adequado, dada a complexidade do fenômeno a ser investigado: as práticas de capelães e psicólogos hospitalares, no acolhimento, aconselhamento por perda por morte, no contexto hospitalar. A morte é um fenômeno complexo, que envolve muitos aspectos: sociais, religiosos, econômicos, etc, mas sobretudo, envolvendo, para cada ser humano, uma singularidade.

Os quadros de 1 a 6 apresentam as informações identificadas nos relatos dos entrevistados.

**Quadro 1 - Escolha pela Área e Tempo de Experiência Profissional**

CAPELÃ 1	CAPELÃO 2	PSICÓLOGA 1	PSICÓLOGA 2
Estágio hospitalar durante o curso de graduação.	Estágio hospitalar durante o curso de graduação.	Estágio hospitalar durante o curso de graduação.	Estágio hospitalar durante o curso de graduação.
Formação em Teologia, Psicologia, Mestre em Ciências da Religião e professora na área de aconselhamento.	Formação em Teologia	Formação em Psicologia e Especialização em Psicologia Hospitalar.	Formação em Psicologia, e Especialização em Psicologia Hospitalar
Tempo de prática: 10 anos	Tempo de prática: 14 anos	Tempo de prática: 3 anos	Tempo de prática: 5 anos

Os quatro profissionais fizeram suas escolhas profissionais a partir de estágios realizados em hospitais, durante a graduação. Somente um dos sujeitos entrevistados não fez nenhum curso de especialização para o aprimoramento de sua prática de aconselhamento, acolhimento e apoio profissional.

O quadro a seguir- quadro 2 apresenta o conteúdo relativo à “morte” vista como tabu que é abordada pelos sujeitos entrevistados. Este conteúdo surge no discurso dos entrevistados a partir da pergunta feita: “Para os profissionais que trabalham dia a dia no hospital, como que você vê o lidar com a morte? Ainda é um Tabu se falar na morte aqui dentro?”.

**Quadro 2 – A Morte como Tabú**

CAPELÃ 1	CAPELÃO 2	PSICÓLOGA 1	PSICÓLOGA 2
Não se falava sobre a morte na graduação de psicologia ou mesmo da teologia, nesse nível de aconselhar (sic).	Diminuiu, mas não acabou, porque essa terminologia, ainda pela força do hábito não se fala dentro dos hospitais (sic).	Confusão para falar sobre o tema – não tem como fugir desse fato aí. Só que a morte em si, tem uma certa diferença, da morte..., não diferença, tem focos que a gente precisa ficar atento, dessa morte e dessa perda (sic).	Não se fala a palavra morte dentro dos hospitais. Existe uma dificuldade de dizer de fato que ele morreu (sic).
		Não se falava da morte na graduação de psicologia (sic).	

Observa-se no quadro 2 que ainda hoje existe uma dificuldade para lidar com o tema da “morte”. As falas dos entrevistados revelam este tabu, como por exemplo: “não se fala

sobre a morte na graduação” (sic), “essa terminologia, ainda pela força do hábito não se usa. Fala-se muito faleceu, veio a óbito, parou” (sic), “muito pouco se fala de morte em qualquer lugar” (sic). Sobre o tema, ou melhor, sobre o conhecimento do significado da morte. Elias (2001) aponta que: “na verdade não é a morte, mas o conhecimento da morte que cria problemas para os seres humanos” (p.11). Entendemos portanto, que esse conhecimento precisa ser resgatado no meio psicológico e pastoral, para um melhor acompanhamento as famílias enlutadas, já que a morte como observado nas falas dos profissionais, é culturalmente tratada como Tabu e muitas vezes não é resgatada na formação acadêmica, acabando por permear a prática profissional.

Para Hennezel (1999, p. 45) “o tabu da morte é o tabu da intimidade. Essa morte é dissimulada, escondida, despojada com demasiada frequência de sua dimensão humana”. Este aspecto aparece na fala de um dos entrevistados quando diz que “não se fala a palavra morte e existe uma dificuldade de dizer de fato que ele morreu” (sic). Observa-se que está presente o medo de dizer que alguém morreu. Aparecem as dificuldades de manter intimidade com a família, amigos e colegas na hora da morte. Isto persiste na prática, mesmo entre os profissionais que atuam diretamente com o tema da morte. É possível verificar que tanto no âmbito religioso, como no psicológico, existe uma cultura muito forte, que cerca todas as relações humanas e que dificulta a nossa compreensão e que nos impede de mencionar a palavra morte. “Necessitamos de toda colaboração lúcida para transcender uma cultura ainda vigente, muito estreita e alienada, que fez desta realidade inexorável um tabu, colorindo-a de morbidez, negação e afetação” (HENNEZEL, op cit, p. 10).

No campo Psicológico, Kóvacs (1992) comenta que o nosso conhecimento da ciência e do homem pode nos proporcionar melhores meios de nos prepararmos e às nossas famílias para este acontecimento inevitável porém aponta que nos enganamos, pois quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte. Todos os entrevistados se referiram a este aspecto, dizendo que ele ainda hoje ocorre nas práticas diárias, tanto na Psicologia quanto na Capelania, pois há “tabu ao se falar de morte” (sic), e também que no contexto hospitalar e Universitário esse tabu se faz presente, assim como em nossa sociedade de um modo geral.

No próximo quadro, o de número 3, serão apresentadas as práticas adotadas pelos profissionais entrevistados, os métodos e técnicas utilizados no seu dia a dia. Este conteúdo surge no discurso dos entrevistados a partir de algumas perguntas: “Qual é a sua rotina de trabalho no hospital?”, “Como é o acompanhamento para as famílias que perdem alguém aqui no hospital?”.

**Quadro 3 – Práticas Adotadas**

CAPELÃ 1	CAPELÃO 2	PSICÓLOGA 1	PSICÓLOGA 2
Valoriza o ficar junto, falar da vida, sem fugir do tema morte.	Valoriza o levar a ajuda, mesmo sem a pessoa o procurar. Valoriza a importância de estar com as pessoas.	Apresenta certa confusão para falar sobre o tema. Método Psicanálise e a técnica utilizada é a Psicoterapia breve.	Método clínico.
Tenta construir uma forma de atendimento, tenta qualificar a morte, como quantificar e tenta se instrumentalizar através de cursos.	Ele foge do tema para responder como é realizado o atendimento, fala que nenhum profissional se acostuma com a morte.	Ela tenta de forma racional explicar o que é a morte.	A experiência no hospital é que não tem um grupo para falar de morte. Existe um grupo para acolher as famílias. Ela tenta construir uma forma de atendimento – considera que pode haver uma preparação dos familiares.
Apropria-se do conhecimento da psicologia para dar conta de manejar a situação.	Não parte do princípio da cura e entende que o mais importante é ficar com a pessoa. Ele conta com os recursos da pessoa.	Pensa que é mais difícil atender sem conhecer a pessoa do que quando a pessoa já é paciente (no caso deste hospital, seria a gestante) – apresenta certa confusão ao explicar as práticas realizadas no seu atendimento diário.	
Apresenta dificuldade para associar itens antagônicos e dificuldade para suportar a angústia.	Ele tem a convicção de “quem está na fila dos transplantes cardíacos, está na expectativa da morte de alguém”. Este Pensamento pode influenciar na prática que ele adota quando utiliza o princípio da compensação e dissociação.		

O quadro 3 apresenta as práticas adotadas pelos profissionais. Foi possível identificar que tanto os Capelães como as Psicólogas realizam suas intervenções utilizando o acolhimento e aconselhamento. Esta maneira de intervir coincide com as propostas de Scheffer (1986), quando a autora afirma que ainda não se dispõe, na área do aconselhamento,

de teorias formais ou axiomáticas e sim de teorias em fase de desenvolvimento e também observamos através das entrevistas que suas práticas estão de acordo com o que May (1979) identificou referente à prática do aconselhamento, dizendo que ela é antiqüíssima e que ajudar pelo conselho, aconselhamento, orientação, simpatia e encorajamento, tanto informalmente, quanto profissionalmente, são desdobramento dessa prática em vários campos do aconselhamento e as possibilidades de fazer esse acompanhamento dependem do tempo disponível, da inclinação, da personalidade, bem como do acervo de informações do indivíduo.

O aconselhamento existencial não se fundamenta em técnicas. Consiste, realmente, no desenvolvimento de atitude e compreensão afetuosa e de real preocupação com o aconselhando. Scheefffer (1986) aponta que o aspecto primordial do aconselhamento é que este representa sempre um encontro autêntico, no qual o compartilhar de vivência seja o mais completo possível. Podemos exemplificar esse encontro, essa vivência, através das seguintes falas dos entrevistados: “Ficar junto, falar da vida, sem fugir do assunto” (sic), “Levar ajuda e não procurar que a pessoa procure” (sic), “Não parte do princípio da cura, entende que o mais importante é ficar com a pessoa, contar com o recurso da pessoa” (sic), “Capacidade de escuta” (sic), “Neutralidade” (sic). O cuidado, a acolhida são os principais meios que o aconselhador existencial utiliza para proporcionar o verdadeiro encontro humano que é o núcleo do aconselhamento e será necessário que todas as pessoas que se dispõem a trabalhar nesta área, possam ter uma vivência interior entendida como a busca de compreensão existencial da própria identidade e da sua verdade, resultando uma maior capacidade de ser autêntico e livre. Para compreensão do outro no enfoque existencial, o aconselhador necessita “centralizar-se especificamente na compreensão do homem como ser único, livre e vivente, em busca de um sentido existencial. A adoção de posições teóricas rígidas oferece o perigo de distorcer essa compreensão” (SCHEEFFFER,1986, p.70).

Na prática diária tanto das Psicólogas quanto dos Capelães, há divergências. Métodos e Técnicas se confundem na hora do acolhimento, do aconselhamento, do apoio dado às pessoas que estão passando pela perda por morte. Podemos verificar uma confusão de Métodos e Técnicas nas práticas desses profissionais, apresentados nas falas dos entrevistados, o que reforça a posição de Sheefffer (1986), quando diz que essas teorias estão em fase de desenvolvimento e que elas apresentam contradições, o que poderíamos dizer

também, que perduram até hoje nas práticas dos entrevistados desta pesquisa, conforme demonstrado no quadro de número 3. Referências como “Psicoterapia breve”, “Psicanálise”, “Método Clínico”, “Construção de uma forma própria de atendimento”, “Princípios da Compensação”, “Dissociação” são exemplos claros da confusão existente ainda nas práticas atuais de alguns profissionais. Qualquer linha teórica pode ser utilizada, desde que o Capelão ou Psicólogo disponibilizem a sua sensibilidade como pessoa ao outro. A questão está justamente em como vai se dar esse cuidado com as pessoas que enfrentam o momento do luto.

No quadro 4, a seguir, serão apresentadas as concepções de morte dos sujeitos entrevistados. São nas atitudes e crenças diante da morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental, são através dos ritos que acompanham esse processo de morte, que a espécie humana sobrevive com a presença da morte. Desde o período pré-histórico até os dias atuais, a morte faz parte do cotidiano, é concreta e fundamental para que possamos rever algumas de nossas concepções em relação à morte, inclusive com a possibilidade de aceitá-la como parte do desenvolvimento humano e como preparação para esse momento de luto. Porém, mesmo entre os profissionais, atitudes e crenças frente ao tema são pessoais e não existe consenso. Porém, seria possível esse consenso? E, se possível, seria desejável, uma vez que ele não existe entre os que buscam apoio?

**Quadro 4 – Concepção de Morte para o Aconselhador**

CAPELÃ 1	CAPELÃO 2	PSICÓLOGA 1	PSICÓLOGA 2
Na teologia não têm estudos. Procura na psicologia, tenta olhar o fenômeno por um olhar teológico (sic).	O grande medo não é a morte em si, e sim, o sofrimento (sic).	Eu acho que não chega a ser nenhum tabu. Eu acho que é uma dificuldade mesmo. Apesar de fazer parte da vida, esse morrer às vezes trás coisas que é muito difícil de lidar (sic).	Se você me pergunta se isso trás sofrimento para nós, eu diria que ali o sofrimento que está sendo tratado não é o nosso (sic).
Depende do processo de morrer. É um fenômeno que é mudado dependendo da morte: por acidente, por doença, por velhice, etc (sic).	A morte na infância é a pior morte (sic).		

Foi possível verificar que a morte é um conceito ainda difícil de ser definido, tanto para os Capelães, como para as Psicólogas, que participaram dessa pesquisa. Essa dificuldade pode ser identificada em falas como: “depende do processo de morrer” (sic), “o grande medo

não é a morte em si, e sim, o sofrimento” (sic), “apesar de fazer parte da vida, esse morrer às vezes trás coisas que é muito difícil de lidar” (sic), “aí você tem que pontuar, falar olha, ele morreu. E essa palavra tem um simbolismo muito diferente de óbito, de um falecimento” (sic). Identificamos também algumas dificuldades particulares de cada profissional. Para o Capelão “a morte na infância é a pior morte” (sic). Para os demais entrevistados, esta dificuldade não aparece: “perda é perda. E pra cada um, ela é diferente. Cada um vai sentir essa perda de modo diferente” (sic), “diferente do motivo qual foi, ou da idade: idoso, bebê, criança, adolescente, ambos são muito difícil, isso é possível constatar” (sic), “não dá para te dizer que há o momento ideal para que as pessoas adoçam e morram” (sic), “não dá para dizer que uma família ama mais esse ou aquele” (sic).

No quadro 5, a seguir, serão apresentadas os recursos pessoais para o enfrentamento da perda. Verificou-se que a espiritualidade é um dos recursos utilizados para o enfrentamento dessa perda por morte. O Capelão destaca a importância e a necessidade dos sacramentos e rituais para o entendimento desse processo. A Capelã faz uma ressalva para a necessidade de compreensão sobre que tipo de espiritualidade está sendo considerada. As Psicólogas apontam a espiritualidade como um recurso para o enfrentamento desse momento de perda por morte. Hoje, em diversas áreas, já se considera a dimensão da espiritualidade ou da fé como algo essencial para a promoção da saúde daqueles que sofrem, seja de pacientes, familiares ou dos cuidadores, e essa dimensão foi encontrada também nas entrevistas realizadas.

**Quadro 5 – Recursos Pessoais para o Enfrentamento da Perda**

CAPELÃ 1	CAPELÃO 2	PSICÓLOGA 1	PSICÓLOGA 2
Os profissionais da saúde e também os teólogos são muito parecidos nesse ponto: da dificuldade de lidar com a morte e com a possibilidade de sua própria morte. Esses profissionais apresentam a questão da onipotência, até como forma de se defender.	Destaca a importância e a necessidade dos sacramentos e rituais para o entendimento desse processo.	Aponta a dificuldade para aceitar a morte, pois não se pode enfrentar a morte sozinha, porque é lidar com o sofrimento do outro e é muito difícil.	Família pede para chamar o capelão, apresentando dificuldade para aceitar a morte.

**Continuação do Quadro 5**

CAPELÃ 1	CAPELÃO 2	PSICÓLOGA 1	PSICÓLOGA 2
Acredita que a espiritualidade é um ponto indispensável, inclusive para dar um sentido de vida, facilita o bem viver. Precisa-se rever somente que tipos de espiritualidade estão valorizando.	Valoriza a capacidade de recuperação e adaptação das pessoas.	Aponta a espiritualidade como um recurso do paciente, para enfrentar a morte.	Aponta a espiritualidade, a fé como um recurso.

Hennezel (1999), dialogando com Leloup, dá sua concepção de espiritualidade, ao afirmar que acolher a dimensão espiritual do outro seria ter confiança no seu devir. Seria ter a certeza de que se está fazendo um trabalho interior, “uma espécie de parto que conduz ao nascimento para outra coisa, obra do espírito no próprio âmago dessa pessoa” (HENNEZEL, op cit, p. 25)

Na realidade, há dois momentos cruciais na vida do ser humano: nascimento e morte. Kovács (2003) cita que Roosevelt Cassorla traça um paralelo entre o nascimento e a morte, dizendo que para ele são duas coisas muito parecidas. No nascimento saímos do útero materno, quente, aconchegante, para o mundo desconhecido. Na morte, saímos do útero da vida *nem sempre aconchegante- grifo meu*, para um novo espaço desconhecido, *mesmo sob a ótica da fé - grifo meu*.

Também foi possível detectar na fala dos entrevistados, que tanto os teólogos como os psicólogos utilizam-se da onipotência para se relacionarem com a morte: “Os profissionais da saúde e também os teólogos são muito parecidos nesse ponto: da dificuldade de lidar com a morte e com a possibilidade de sua própria morte. Esses profissionais apresentam a questão da onipotência, até como forma de se defender” (sic). Encontramos também a dificuldade em aceitar a morte: “porque a gente não dá conta sozinha de lidar com a morte, porque é lidar com o sofrimento do outro e, é muito difícil” (sic) e também uma supervalorização da capacidade de superação das pessoas, conforme demonstrado a seguir “Valoriza a capacidade de recuperação e adaptação das pessoas” (sic) e que o “Processo de morte (recurso para o enfrentamento da perda) depende da capacidade de recuperação e de readaptação que cada pessoa têm” (sic). Porém, não indicam como trabalham para fortalecer essa capacidade.

**Quadro 6 - Estratégias para Aprimorar o Atendimento**

CAPELÃ 1	CAPELÃO 2	PSICÓLOGA 1	PSICÓLOGA 2
Aponta a necessidade de ampliar pesquisa multidisciplinar / multiprofissional.	Aponta a necessidade do atendimento aos familiares e funcionários.	Aponta a necessidade do trabalho psicológico ser realizado com os funcionários do hospital e não somente com os pacientes.	Aponta que os profissionais da saúde devem ser capazes de se dissociarem da situação.
	Aponta a necessidade de se desmistificar o trabalho do capelão.		
	O trabalho com profissionais de outras áreas é realizado de maneiras distintas, separadas, de forma não integrada.		

Este quadro apresenta as sugestões de Capelães e Psicólogas, que indicam que os profissionais necessitam de um espaço de expressão para o desenvolvimento de um trabalho integrado, para um suporte aos cuidadores, pois a dor e o abalo da perda, a pressão e o desgaste emocional, a tensão, o desânimo, a impotência diante da morte, a não aceitação da morte, é um processo difícil de carregar sozinho.

#### 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível verificar no trabalho realizado com os Capelães e Psicólogas hospitalares que a reação ao luto se dá de diversas formas. A perda por morte pode ter numerosos significados e não há motivos para acreditar que todos os graus e tipos de perdas por morte dêem origem a reações idênticas.

Espera-se que este trabalho estimule aos demais profissionais que atuam nos hospitais a romperem as barreiras que os impedem de estabelecer vínculos interpessoais próximos, de serem acolhedores, afetuosos, e assim resgatarem o que entendemos ser o mais precioso nos relacionamentos – o cuidado com o outro. Necessitamos evitar ambigüidades, quer relativamente à teologia, quer relativamente ao discurso da Psicologia. Cada ciência apresenta níveis de análise diferenciados, relativos à complexa experiência humana, implicando ontologias e epistemologias próprias, bem como teóricos e profissionais de ajuda com as suas características próprias, com intervenções específicas, sendo importante diferenciar as tênues fronteiras de cada profissão.

A Psicologia e a Teologia podem atuar de forma autônoma, como serviço à compreensão e transformação do humano, podendo haver um diálogo interdisciplinar, respeitador, questionador, de cooperação, mas diferenciado. Entendemos que os capelães precisam encaminhar aos psicólogos as famílias ou pessoas que estão acompanhando, sempre que a compreensão do problema exceder o seu âmbito de ação, pois não pode existir uma experiência com o transcendente se as várias dimensões do desenvolvimento psicológico não estiverem integradas, assim como os psicólogos deverão estar sensíveis à dimensão transcendental quando esta interfere nas outras dimensões psicológicas, independente de terem ou não fé, para que a realidade humana não seja reduzida às dimensões meramente psicológicas, desrespeitando os valores e convicções do ser humano.

Cada pessoa fica enlutada à sua maneira. Precisamos respeitar as suas crenças, os seus valores, a sua cultura. Não existem, portanto, maneiras melhores ou piores, nem a imposição de uma seqüência rígida, que normatiza o processo. O luto é uma experiência pessoal e única. Acreditamos que o desejo de enfrentar os problemas do luto e do enlutado, em lugar de voltar

as costas para eles, será a chave para um trabalho bem-sucedido de todos aqueles que se propõem a ser cuidadores e aconselheiros.

Verificamos nas entrevistas realizadas que a educação para a morte não foi realizada na graduação, tanto para as psicólogas e capelães, assim como os entrevistados nos apontam que não foram realizadas para os profissionais da saúde que trabalham com eles nos hospitais. Desde a formação universitária são poucas as disciplinas oferecidas sobre o tema, pois a Psicologia do Desenvolvimento nem sempre inclui morte e luto e mesmo assim, sem receber a orientação necessária para o enfrentamento da perda por morte do outro, são esses profissionais, com a formação acadêmica recebida, que lidam com a morte. Precisamos aprender a falar da morte enquanto há vida. Uma das características do homem em relação às outras espécies é saber que a morte será inevitável. Por que será que ainda temos tanto falar dela?

Finalizamos esse trabalho com a convicção de que as experiências vividas durante os dois anos de estudos contribuíram para novas idéias, novos planos e novas propostas. Mas foram também dois anos de dúvidas, medos e angústias. Não foi fácil estudar este tema, mas espero que esta experiência possa ajudar outras pessoas, mesmo que de uma forma muito pequena, a refletir sobre a morte escondida, negada, não nomeada e ainda tabu, pois ela está sempre presente através das guerras, da miséria, na mídia e na saudade daqueles que partiram. Que a experiência desses quatro profissionais que contribuíram para esse trabalho, possam nos ajudar a Con-VIVER e sermos realmente CUIDADORES para os que enfrentam esses momentos de perda por morte.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, R. *Sobre o Tempo e a Eternidade*. São Paulo: Papirus, 1995.
- BALDESSIN, A. *Pastoral da Saúde: orientações práticas*. São Paulo: LOYOLA, 2005.
- BLEGER, J. *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. Tradução de Rita Maria M. de Moraes; revisão Luiz Riviera – 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BUARQUE DE HOLANDA, A. *Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa – 10ª ed.* Editora Civilização Brasileira S.A. Rio de Janeiro, 1960.
- CLINEBEL, Howard J. *Aconselhamento pastoral: modelo centrado em libertação*. São Paulo: Paulinas / Sinodal, 1987.
- ELIAS, N. *A Solidão dos Moribundos, seguido de, Envelhecer e morrer*; tradução, Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- ESSLINGER, I. *De quem é a vida, afinal?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- FARRIS, J. R. *Neurose e Pecado: choque ou encontros de mundos*. In: Fundamentos Teológicos do Aconselhamento. Associação Brasileira de Aconselhamento. IEPG-Sinodal, 1998.
- FEIFEL, H. *Morte - Variável Relevante em Psicologia*. In: May, R. (org). *Psicologia existencial*; Tradução e Ensaio introdutório de Ernani Pereira Xavier, 3.ed. Porto Alegre: Globo, 1980. p. 67 –82.
- FRANCO, M.H.P. *A dor da perda*. 4 Estações Instituto de Psicologia da PUC/SP. Disponível em: <<http://WWW.4estacoes.com>. Acesso em 02 de jul. 2006.

HENNEZEL, Marie de. *A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade*; tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira – Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. *La Mort Intime*. Editions Robert Laffont: Paris, 1995.

HOCH, L.C. *Acompanhamento pastoral a moribundos e enlutados*. In: *ofícios: estudos temáticos e auxílios homiléticos*. Proclamar Libertação. Suplemento 2, p.58-82. São Leopoldo: Sinodal, 1988.

KOVÁCS, M. J. *Educação para a Morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo: 2003.

\_\_\_\_\_ M. J. *Morte e Desenvolvimento Humano*/ Maria Júlia Kovács coordenadora: São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KUBLER-ROSS, E. *O Túnel e a Luz: reflexões essenciais sobre a vida e a morte*. Tradução Magada França Lopes. Campinas: Verus Editora, 2003.

\_\_\_\_\_. *A roda da vida: memória do viver e do morrer*. Editora Sextante NIA, 1997.

\_\_\_\_\_. *Sobre a morte e o morrer*; Tradução Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

LIBANIO, J.B. *Qual o Caminho entre o crer e o amar?* São Paulo: Paulus, 2004 (coleção Questões Fundamentais da Fé 4).

MAY, R. *Psicologia Existencial* / edição organizada por Rollo May; tradução e ensaio introdutório de Ernani Xavier – 3. ed. Porto Alegre: Globo, 1980 a.

\_\_\_\_\_ *Fundamentos Existenciais da Psicoterapia*. In: \_\_\_\_\_ *Psicologia Existencial* / edição organizada por Rollo May; tradução e ensaio introdutório de Ernani Xavier – 3. ed. Porto Alegre: Globo, 1980 b p. 83 – 96.

\_\_\_\_\_ *A arte do aconselhamento psicológico*; introdução de Harry Boné. 3 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1979

PAULA, B. de. *A contribuição do consolo religioso na elaboração do luto*. In: Caminhando Revista da Faculdade de Teologia da Igreja Metodista. v9, nº 16, 2º semestre de 2005. São Bernardo do Campo, SP: EDITEO/UMESP, 1982 – p. 163 a 173.

PARKES, C.M. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. Tradução Maria Helena Franco Bromberg. São Paulo: SUMMUS, 1998 (coleção novas buscas em psicoterapia; v. 56).

PIRES, A. *Crianças (e pais) em Risco*. Lisboa: Ispa, 2001.

REA, L.M; PARKER, R.A. *Metodologia de Pesquisa: do planejamento à execução*. Tradução Nivaldo Montingelli Jr; Revisão técnica Otto Nogami. São Paulo: Pioneira, 2000.

ROGERS, C.R. *Um jeito de ser*. Tradução Maria Cristina Machado Kupfer, Heloísa Lebrão, Yone Souza Patto; revisão da tradução Maria Helena Souza Patto. São Paulo: EPU, 1983.

\_\_\_\_\_ *Psicoterapia e Consulta Psicológica*; Tradução de Manuel José do Carmo Ferreira. Lisboa: Moraes Editores, 1974.

ROGERS, C.R. / G.Marian Kinget. *Psicoterapia e Relações Humanas: Teoria e Prática da Terapia Não-Diretiva*; Tradução Maria Luisa Bizzotto; Supervisão Técnica Rachel Kopit. Belo Horizonte: Interlivros, 1975. (vol. I e II).

SANTOS, O. B. *Aconselhamento Psicológico e Psicoterapia: Auto-afirmação – um determinante básico*. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1982.

SIMON, R. *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Palo: EPU, 1989.

SCHEEFFER, R. *Teorias de aconselhamento*. São Paulo, Atlas, 1986.

\_\_\_\_\_. *Aconselhamento psicológico: teoria e prática*. São Paulo, Atlas, 1976.

SCHNEIDER-HARPPRECHT, C. Teologia prática no contexto da América Latina. São Leopoldo: SINODAL: ASTE, 1998.

## **ANEXOS**

Anexo 1 – Categorias, Sub-Categorias e Indicadores das Categorias.

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Metodista de São Paulo - UMESP

Anexo 4 - Entrevistas

## Anexo 1 – Categorias, Sub-Categorias e Indicadores das Categorias

### *Sujeito 1 CAPELÃ*

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categorias</b>	<b>Indicadores das Categorias</b>
Escolha profissional	<b>Estágio no Hospital; na Graduação de Teologia. Fez cursos de especialização (mestrado e cursando o doutorado)</b>	
Tema	<b>Dificuldade para falar sobre o tema.</b>	<i>Tabu não se falava sobre a morte na faculdade, nesse nível de aconselhar.</i>
Método e Técnicas de Atendimento	<p><b>Ficar junto; Falar da vida, sem fugir do tema morte.</b></p> <p><b>Tenta construir uma forma de atendimento.</b></p> <p><b>Tenta qualificar a morte, como quantificar.</b></p> <p><b>Tenta se instrumentalizar através de cursos.</b></p>	<p><i>Não sabíamos o que falar para aquelas pessoas e eu me lembro que a orientação dada pra gente é, que o mais importante naquele momento era você estar junto e tentar falar um pouco sobre a vida, não excluindo o que estava acontecendo com aquela pessoa, não fugindo do assunto, mas tentar falar sobre o assunto, mais isso é muito difícil. Eu me lembro disso claramente.</i></p> <p><i>saber o que fazer na hora, saber o que falar.</i></p> <p><i>Então pra mim a morte, depende do processo de morrer. É um fenômeno que é mudado dependendo da morte: por acidente, por doença, por velhice, por vários fatores, por assassinato, violência e o mais desafiador para mim é o sofrimento que antecede a morte.</i></p> <p><i>vimos um grande número de pessoas com depressão crescendo nas igrejas e o que eu ia falar para as pessoas, para as famílias.</i></p>

<p>Continuação de Método e Técnicas de Atendimento</p>	<p><b>Apropria-se do conhecimento da psicologia para dar conta de manejar a situação.</b></p> <p><b>Dificuldade para associar itens antagônicos</b></p> <p><b>Dificuldade para suportar a angústia</b></p>	<p><i>Eu tenho tentado trabalhar aqui na faculdade com os alunos, com algumas dinâmicas que são muito famosas entre os psicólogos que é pensar sobre a morte, sua própria morte.</i></p> <p><i>Você vai fazer uma visita pastoral, para alguém que perdeu um familiar, um ente querido, é muito difícil. Você pode é claro, <u>direcionar a sua visita</u>. Você pode ler apenas um versículo bíblico e direcionar a sua fala, que a pessoa não vai ficar chateada, só que você não entrou na questão central da visita, que na verdade uma visita pastoral deveria contemplar. <u>Não é necessário estimular a pessoa a falar, você deve ser o mais natural e falar sobre a morte é importantíssimo</u>, porque é uma forma de ajudar a pessoa à não ter medo de expressar a sua dor, porque muitas pessoas estão com raiva de quem morreu ou deixaram de falar algo para a pessoa ou não tiveram tempo de pedir perdão.</i></p> <p><i>Eu acredito, que na área de aconselhamento, muitas vezes as pessoas ficam ansiosas em falar alguma coisa, em levar uma palavra de consolo, mas, muitas vezes, você tem na verdade que permitir que as pessoas falem e aos poucos você ir pontuando algumas falas de consolo, eu acho que ajuda muito mais.</i></p>
<p>Conceito de morte para aconselhador.</p>		<p><i>Na teologia não tem estudos procura na psicologia, tenta olhar o fenômeno por um olhar teológico.. Depende do processo de morrer.</i></p>

<p>Processo de morrer (recursos para o enfrentamento da perda)</p>	<p><b>Dificuldade para aceitar a morte.</b></p> <p><b>Espiritualidade</b></p>	<p><i>Os profissionais da saúde e também os teólogos são muito parecidos nesse ponto: da dificuldade de lidar com a morte e com a possibilidade de sua própria morte. Então, entra a questão muito forte mesmo, a questão da onipotência, até como uma forma de se defender.</i></p> <p><i>Eu acredito que espiritualidade é um ponto indispensável, inclusive para dar um sentido de vida, facilita o bem viver. Que tipo de espiritualidade, isso sim. Pois existe um tipo de espiritualidade que não permite que você expresse a sua dor, expresse que você está questionando Deus e o mundo, que você está com raiva, inclusive de Deus. Então, para mim, a espiritualidade que não consegue trabalhar com esses tipos de perguntas, questionamentos, com seu próprio sentimento de emoções humanas, eu acredito que ela vai não só ser maléfica para a pessoa, como vai prejudicar consideravelmente o processo dela de luto.</i></p>
<p>Outros</p>	<p><b>Equipe e pesquisa</b></p>	<p><i>Necessidade de ampliar pesquisa- multidisciplinar/ multiprofissional.</i></p>

## Anexo 2 – Categorias, Sub-Categorias e Indicadores das Categorias

### *Sujeto 2 CAPELÃO*

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categorias</b>	<b>Indicadores das Categorias</b>
Escolha profissional	<b>Estágio no Hospital; Na Graduação de Teologia.</b>	
Tema	<b>Tabu</b>	<i>Diminuiu, mas não acabou, porque essa terminologia, ainda pela força do hábito não se fala.</i>
Método e Técnicas de Atendimento	<p><b>Levar ajuda e não aguardar que a pessoa procure</b></p> <p><b>Como é realizado o atendimento</b></p> <p><b>Não parte do princípio da cura</b> e sim entende que o mais importante é <b>Ficar com a pessoa</b></p> <p><b>Conta com os recursos da pessoa.</b></p>	<p><i>... a rotina é ir ao encontro das pessoas, eu acredito que isso seja o grande segredo da Capelania, que eu vejo. O segredo é ir ao encontro das pessoas”</i></p> <p><i>foge do tema “nenhum profissional se acostuma com a morte, porque é aquilo que ele lida e a morte é... acho que se aprende a conviver um pouco, se aprende a conviver com a morte, com essa realidade.</i></p> <p><i>Eu vou, estou com as pessoas, fico com as pessoas e talvez isso, não vai diminuir em nada a dor que a pessoa está sentindo, a angústia que a pessoa está sentindo, então, eu parto desse princípio.</i></p> <p><i>Também, tem um outro aspecto, eu não tenho como objetivo resolver o problema das pessoas, isso já me tira um peso enorme. Porque, não é fazer desaparecer a dor, mas de certa maneira você ver que as pessoas tinham condições de enfrentar a própria dor, que não é minha.</i></p>

<p>Continuação de Método e Técnica de Atendimento.</p>	<p><b>Princípio da compensação.</b></p> <p><b>Dissociação</b></p> <p><b>Importância de estar com a pessoa.</b></p>	<p><i>Então, nesse sentido, você começa a pensar: bem, nossa, que coitada, a criança morreu, o jovem, a mulher, que coisa difícil. Porém, você começa a pensar que alguém vai se beneficiar disso. Se você pegar a questão do transplante você vai perceber claramente isso. Quem está na fila dos transplantes cardíacos, está na expectativa da morte de alguém.</i></p> <p><i>Quem está na fila dos transplantes cardíacos, está na expectativa da morte de alguém. Acho que isso tirou muita coisa da minha cabeça, de eu ficar pensando nas coisas da dor do outro. Eu também me sinto privilegiado de me desligar facilmente das coisas. Eu não levo problemas do hospital para casa, mas isso é uma coisa normal, não é que eu queira, é uma coisa que encaro como natural, de eu não levar os problemas pra casa. Outra coisa, eu saio bastante, eu gosto de estar com as pessoas, de conversar, isso me traz uma coisa muito boa, de você poder ir num jogo com os amigos, no shopping, num show.</i></p> <p><i>...Portanto, ao nos defrontarmos com situações semelhantes, o primeiro passo é reconhecer que não conseguimos num primeiro momento preencher o vazio que a perda provoca. O que podemos fazer é colocar-nos à disposição das pessoas. Tentar visualizar as necessidades mais urgentes do momento. Ter habilidade para ouvir também aquilo que muitas vezes não é dito.... talvez não tenhamos dito nenhuma palavra mágica que sanasse a tristeza, mas oferecemos um ombro enxuto no qual as pessoas puderam compartilhar as suas lágrimas. Sigamos o conselho de São Paulo: “Sorri com os que sorriem e chorai com os que choram” (Rm 12,15). Faremos melhor pastoral do luto quando descobrirmos que é muito difícil chorar sozinho.</i></p>
--	--	--

<p>Conceito de morte para aconselhador.</p>	<p><b>O medo não é de morrer, mas do sofrimento.</b></p> <p><b>Morte na infância é a pior morte.</b></p>	<p><i>O grande medo não é a morte em si, e sim, o sofrimento. Porque depois da morte, a morte física, aparente, clínica, você não vai ter muita noção de tempo. Eu acredito que o grande medo hoje das pessoas, a grande interrogação é o sofrer ou não sofrer.</i></p> <p><i>A perda da criança é mais sentida, é mais difícil de aceitar. O adulto já viveu, mesmo aquele que é o cabeça da casa, etc. Na minha opinião e por tudo que eu já vivenciei, digo que a perda da criança é muito mais difícil de se aceitar.</i></p>
<p>Processo de morrer (recursos para o enfrentamento da perda)</p>	<p><b>Sacramentos, os rituais presentes desde o nascimento até a morte.</b></p> <p><b>Valoriza a capacidade de recuperação e adaptação das pessoas.</b></p>	<p><i>Nós temos muitos rituais, e eu acho isso muito importante e necessário. Eu vejo os sacramentos, como algo que nos ajuda muito a entender todos esses processos.</i></p> <p><i>A gente aprende a lidar com as perdas, porque o que eu percebo e fico admirado é ver a capacidade de recuperação e de readaptação que as pessoas têm.</i></p>
<p>Outros</p>	<p><b>Atendimento aos familiares e funcionários.</b></p> <p><b>Desmistificar o trabalho do capelão.</b></p> <p><b>Não trabalha em equipe.</b></p>	<p><i>Os pacientes passam os funcionários e familiares ficam</i></p> <p><i>Você quer a visita do padre? Há, eu não estou morrendo</i></p> <p><i>Aqui tem uma equipe de psicólogos, nós trabalhamos de maneira distinta, separada até, porém, você não tem a grande preocupação desse trabalho completamente integrado.</i></p>

### Anexo 3 – Categorias, Sub-Categorias e Indicadores das Categorias

#### Sujeito 3 – PSICÓLOGA 1

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categorias</b>	<b>Indicadores das Categorias</b>
Escolha profissional	<b>Estágio no hospital, na Graduação de Psicologia.</b> Fez curso de especialização – Psicologia Hospitalar no HC-USP.	
Tema	<b>Confusão para falar sobre o tema.</b>  <b>Não se falava sobre a morte na graduação.</b>	<i>“enquanto ao assunto que você vêm investigando, que é a morte, não tem como fugir desse fato aí. Só que a morte em si, tem uma certa diferença, da morte..., não diferença, tem focos que a gente precisa ficar atento, dessa morte e dessa perda” .</i>  <i>“Muito pouco se fala da morte em qualquer lugar, até na graduação. E às vezes, até na graduação de medicina, que a gente percebe aqui”.</i>
Método e Técnicas de Atendimento	<b>Psicanálise - Psicoterapia breve. Confusão para falar sobre o tema.</b>  <b>Tenta de forma racional explicar o que é a morte</b>  <b>Pensa que é mais difícil atender sem conhecer a pessoa do que quando a gestante já é paciente, apresenta certa confusão</b>	<i>“não tem como fugir desse fato aí. Só que a morte em si, tem uma certa diferença, da morte..., não diferença, tem focos que a gente precisa ficar atento, dessa morte e dessa perda. O que é essa morte e essa perda”.</i>  <i>“Então qual era a experiência com a morte, com a perda. A gente tinha a perda de um aborto, eu acho que a gente precisa levar muito em consideração, porque no aborto a gente fala muito de uma perda de um feto ainda não viável, mas que é existente para essa mãe, para essa família”.</i>  <i>“Então, isso eu tive, como dar aconselhamento melhor a gestante que eu já vinha acompanhando. Eu já conhecia um pouquinho dela, das fantasias dela, da história dela, então o trabalho fica um pouco mais favorável. As outras vêm dão entrada numa emergência, num abortamento ou num óbito fetal, esse trabalho fica um pouco mais comprometido”.</i>

<p>Continuação de Método e Técnicas de Atendimento</p>	<p><b>Tenta construir uma forma de atendimento.</b></p> <p><b>Capacidade de Escuta</b></p> <p><b>Tenta se instrumentalizar através de cursos.</b></p> <p><b>Dificuldade para suportar a angústia – Recorre a explicação na tentativa de aliviar a angústia</b></p>	<p><i>“Mas a gente tenta vivenciar isso de uma forma mais tranqüila, para poder estar ajudando ao paciente. Mas o que eu entendo mais por um aconselhamento após essa perda aí. Eu entendo mais a presença desse psicólogo como uma possível escuta. Não que a gente vá lá para perguntar, pra dar um conforto, porque a gente não sabe às vezes qual a melhor forma desse conforto. Nós vamos vivenciar cada fato sendo único, a gente vai perceber o que é necessário naquele momento que estiver presente”.</i></p> <p><i>“Às vezes é uma necessidade de estar junto apenas, às vezes é uma necessidade de acolhimento, às vezes o paciente vêm e abraça ou ele pede que o conforto seja em palavras, ou seja, em gesto. E essa capacidade de escuta, estar presente ali, se sabe que o paciente quer ser apenas escutado e se a gente percebe pode pontuar na hora. A mente desse profissional fica um pouco confusa. Há, mais chama o psicólogo, porque o bebê foi a óbito. Então, qual é o papel desse psicólogo? Fica sempre uma incógnita e às vezes, até para a gente, pois, é um momento muito difícil, porque <b>você está num momento que não é de palavras</b>”.</i></p> <p><i>“É lógico que a gente sempre tenta, até com uma frase muito característica, que é por o pezinho no chão. É sempre dar informação, a gente vê que a informação às vezes é uma base que suporta muito, é uma base que dá muita força para estas famílias entender o que aconteceu, para a gente aceitar”.</i></p>
--	--	---

	<p><b>Significado da perda para cada pessoa .</b></p> <p><b>Acompanhamento às famílias.</b></p>	<p><i>“Eu acho que não tem como a gente falar de uma perda por isso ou por aquilo. Quem sabe mais qual é o sofrimento maior ou da outra família. Do bebê que já nasceu doente, do bebê que nasceu sadio, mais que veio a adoecer e faleceu. Acho que foi o que você falou, perda é uma perda. E pra cada um, ela é diferente. Cada um vai sentir essa perda de modo diferente. É exatamente pelo que nós estávamos falando, qual é a condição que essa família tem para vivenciar essa perda, de aceitar essa perda”.</i></p> <p><i>“é de presença, é de estar ali junto, é de você perceber que você tem possibilidade de acolhimento e, que às vezes, da família fica um pouco diferente, porque a família tem o questionamento, a família trás as perdas também, esse desequilíbrio. E a gente podendo estar ali acompanhando, a gente pode passar essa segurança, ela pode até mesmo projetar na gente aquilo que ela necessita na hora. Então, eu acho que é muito mais essa escuta mesmo, essa continência ai, estar continente ao paciente”.</i></p>
<p>Conceito de morte para aconselhador.</p>		<p><i>“Eu acho que não chega a ser nenhum tabu. Eu acho que é uma dificuldade mesmo. Apesar de fazer parte da vida, a morte no caso, esse morrer às vezes trás coisas que é muito difícil de lidar. Trás recordações, trás... a gente se projeta muitas vezes nesse paciente que vai a óbito, que às vezes tem uma característica próxima ou como muitas vezes se fala, poderia ser meu filho, a idade do meu filho, então, acho que isso é do ser humano, isso o profissional tem vivência e é muito difícil ele vivenciar” .</i></p> <p><i>“ aí você tem que pontuar, falar olha, ele morreu. E essa palavra tem um simbolismo muito diferente de óbito, de um falecimento”.</i></p>

<p>Processo de morrer (recursos para o enfrentamento da perda)</p>	<p><b>Dificuldade para aceitar a morte”.</b></p> <p><b>Espiritualidade.</b></p>	<p>“Então a morte, ela não é uma dificuldade só de quem está de fora, ela é uma dificuldade de quem está dentro, que tem sua família, que tem sua vida lá fora. Então, assim é muito difícil, é muito difícil do profissional lidar com a morte também. Eu digo isso com experiência própria, eu digo isso pela equipe inteira, porque quando tem um óbito, como eu falei para você, eles falam: ai! Tinha que ter um psicólogo aqui. Por que? Porque a gente não dá conta sozinho de lidar com a morte. Porque é lidar com o sofrimento do outro e, é muito difícil. A gente sempre quer que o outro não sofra, porque a gente sofre junto, a gente se identifica com o outro que está sofrendo. Então pro médico, como a gente falou é importante estar pensando nisso, pro médico é muito difícil ainda e vai ser eu acredito, que isso não vai ter como</p> <p>“Têm, e eu já observei sim, pois elas trazem essa questão das crenças, da religiosidade, de um Deus, de uma oração. O paciente vai buscar os seus recursos e essas crenças são um recurso nessa hora. Há, mais Deus quis assim, é melhor. Ou mesmo uma pessoa que tem uma espiritualidade espírita, não dando nomes, mas de um credo, de acreditar em algo e isso é sempre reforçado”.</p>
<p>Outros</p>	<p><b>Necessidade do trabalho psicológico com os funcionários.</b></p>	<p>“ e a gente não tem essa psicologia para os profissionais e às vezes ele passa e fala: você é psicóloga, estou precisando tanto de um psicólogo, seria tão bom se a gente pudesse ter um também” .</p>

#### Anexo 4 – Categorias, Sub-Categorias e Indicadores das Categorias

##### *Sujeito 4 PSICÓLOGA 2*

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categorias</b>	<b>Indicadores das Categorias</b>
Escolha profissional	<b>Estágio Hospitalar</b> Fez cursos de especialização – Psicologia Hospitalar	
Tema	<b>Tabu não se fala a palavra morte.</b>	<i>“Você me fez lembrar de um caso em que o médico disse aos familiares: o paciente não sobreviveu, vocês estão ouvindo? Os familiares disseram: então ele morreu doutor. E o médico respondeu, não sobreviveu. Morreu, não sobreviveu, morreu, não sobreviveu... Então, o que é “não sobreviver”. Ele veio a óbito? Mas o que é óbito? Existe uma dificuldade de dizer de fato que ele morreu”.</i>
Método e Técnicas de Atendimento	<p><b>Acolhimento das famílias.</b></p> <p><b>Método clínico.</b></p> <p><b>Tenta construir uma forma de atendimento considera que pode haver uma preparação dos familiares.</b></p>	<p><i>“O que eu posso te colocar da minha experiência aqui no hospital é que não temos um grupo para falar de morte. Temos um grupo para acolher as famílias”.</i></p> <p><i>“eu optei em trabalhar em clínica dentro do hospital, dentro de uma organização”.</i></p> <p><i>“o próprio grupo da sala de espera já é uma possibilidade para que as famílias possam falar da possibilidade de que isso aconteça. Quando há o óbito e a gente percebe que a família participou do grupo, o que a gente observa é que há uma elaboração melhor, há uma aceitação melhor da notícia, para ela se organizar daquela possibilidade e também emocionalmente”.</i></p>

<p>Continuação de Método e Técnicas de Atendimento</p>	<p><b>A morte é uma coisa pessoal</b></p> <p><b>Neutralidade</b></p> <p><b>Capacidade de Escuta</b></p> <p><b>Tenta se instrumentalizar através de cursos.</b></p>	<p><i>“ De uma maneira geral a morte é uma questão pessoal de cada um e a forma como cada pessoa expressa o entendimento sobre a morte é o que precisamos entender”.</i></p> <p><i>“a gente não influencia, o que a gente faz é ajudar a pessoa a se organizar a partir disso, então, normalmente o atendimento psicológico se configura a partir da notícia”.</i></p> <p><i>“Vou falar um pouco sobre o momento do atendimento/acolhimento, quando se dá o óbito. A equipe médica vem, dá a notícia e sai. Nós ficamos com a família e juntos nós tentamos nos organizar. A gente observa quem dá família está mais estruturado e conduz junto ao assistente social para que possam ser feitos todos os trâmites burocráticos e a gente acompanha essa família até a sala de velório, sala de transferência. Fica com eles pelo tempo que for necessário, para ajudá-los a estar ali, entenderem o que houve. Dê maneira alguma nós falamos: não chore, ele está bem, porque não dá para não chorar quando a gente está triste e não dá para dizer que ele está bem, porque na realidade a gente não sabe, não têm essa garantia. Então, fica a critério da família fazer o que ela bem entende. Se eles te abraçam, você abraça, afinal, você está ali efetivamente”.</i></p>
--	--	---

<p>Conceito de morte para aconselhador.</p>		<p><i>“Se você me pergunta se isso trás sofrimento para nós, eu diria que ali o sofrimento que está sendo tratado não é o nosso. Precisamos de acompanhamento psicoterápico para que possamos levar as nossas questões e estar ali inteiramente a disposição do outro nessas situações, para que possamos conduzir algumas situações, para que as pessoas sintam que aquilo ali é real”.</i></p>
<p>Processo de morrer (recursos para o enfrentamento da perda)</p>	<p><b>Dificuldade da família para aceitar a morte.</b></p> <p><b>Espiritualidade</b></p>	<p><i>“em algumas situações a família pede para chamar o Capelão para ajudá-las”.</i></p> <p><i>“Então a fé é um recurso e à medida que a pessoa se apropria da fé, para se consolar, para dar um conforto, uma explicação que seja para o que está acontecendo, temos que compreender”.</i></p>
<p>Outros</p>	<p><b>Os profissionais da saúde devem ser capazes de se dissociarem da situação</b></p>	

**Anexo 2**

**UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, consinto em participar do estudo **PROJETO PARA QUALIFICAÇÃO DE MESTRADO em um ESTUDO SOBRE VICISSITUDES E SEMELHANÇAS NAS PRÁTICAS DE ACONSELHAMENTO DE SITUAÇÕES DE PERDA POR MORTE**, que tem como objetivo **investigar quais as vicissitudes e semelhanças nas práticas de aconselhamento que estão sendo realizadas nos diferentes locais que delas se utilizam.**

Fui informado que será utilizado para a coleta de dados uma entrevista que estará sendo gravada, coordenada pela **Dra. Maria Geralda Viana Heleno**, Professora da Universidade Metodista de São Paulo. Declaro, ainda, ter compreendido que não sofrerei nenhum tipo de prejuízo de ordem psicológica ou física e que minha privacidade será preservada. Concordo que os dados sejam publicados para fins acadêmicos ou científicos, desde que seja mantido o sigilo sobre minha participação. Estou também ciente de que poderei, a qualquer momento, comunicar minha desistência em participar do estudo.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

\_\_\_\_\_  
**Nome:**  
RG:

\_\_\_\_\_  
**Pesquisadora:** Rosane Silva de Oliveira  
RG: 16198783

\_\_\_\_\_  
Orientadora: **Prof. Dra. Maria Geralda Viana Heleno**

**Anexo 3****PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE METODISTA DE  
SÃO PAULO – UMESP**

## **Anexo 4 - Entrevistas**

### **Participante 1 – Capelã - Maio/05**

Nome: A.B.C

Idade no dia da entrevista: 40 anos

Sexo: feminino

Formação acadêmica: Teóloga, Psicóloga, e Profª na área de Aconselhamento Pastoral. Atualmente faz doutorado em Ciências da Religião.

**Pergunta:** Gostaria de pedir que você me contasse de sua experiência como Capela e como professora na área de aconselhamento.

Minha experiência desde a graduação de teologia, mesmo antes, em me lembro que muitas perdas aconteceram, mas desde a graduação de Teologia eu me interessei um pouco à distância pelo tema, tanto que eu fiz o estágio no Hospital , na capelania católica. Lá eu me deparei, enfim, pela primeira vez na minha formação com o tema da morte e eu me lembro muito bem que naquela época a Aids, por exemplo, era muito mais tabu que hoje e eu me lembro que visitava os doentes da ala infecto contagiosa do H.C. e eles falavam: não chegue perto, porque você pode pegar, havia ainda uma certa..., era muita novidade à AIDS.

Não sabíamos o que falar para aquelas pessoas e eu me lembro que a orientação dada pra gente é, que o mais importante naquele momento era você estar junto e tentar falar um pouco sobre a vida, não excluindo o que estava acontecendo com aquela pessoa, não fugindo do assunto, mas tentar falar sobre o assunto, mais isso é muito difícil. Eu me lembro disso claramente.

Depois, eu fiz o mestrado, mas não dei continuidade ao tema. Eu lembro que na própria graduação, em sala de aula nenhum professor ou professora falava sobre o assunto morte, nesse nível de aconselhar, assim de uma forma tão mais profunda. Como eu sou professora de aconselhamento, eu fiz um curso em 2001, se não me falha a memória sobre **aconselhamento, tristeza e depressão**. Porque na verdade o que chamou mais a minha atenção era a depressão, pois na teologia, é um fenômeno muito novo e vimos um grande número de pessoas com depressão crescendo nas igrejas e o que eu ia falar para as pessoas, para as famílias.

E nessa ocasião, nós convidamos a Maria Júlia Kovacs, que é professora na USP e a fala dela na abertura enfocou bastante esse tema de perdas, dor, do luto e eu me lembro que conversei com ela e eu queria fazer um curso para ouvir um pouco mais sobre o que ela estava falando e ela então, me convidou para fazer um curso com ela na USP, mesmo como aluna ouvinte, numa das disciplinas que ela iria oferecer no outro semestre. E aí eu fui e desde lá eu comecei a estudar, fazer um curso aqui e outro lá, depois eu conheci o 4 estações, que é o Instituto de Psicologia mais ligado ao pessoal da PUC e eu fui assim, na verdade, não gostando mais da morte, mas na verdade apreciando o assunto, principalmente porque na teologia a gente não tem muita coisa sobre isso, pelo menos aqui no Brasil. Na psicologia sim, mas como eu não havia tentado, eu comecei a tentar na verdade, olhar o fenômeno num olhar teológico, o que é muito difícil, não sei se é mais ou menos, mas é muito desafiador.

Então, quando eu fiz o meu projeto no doutorado, o ano passado, eu optei por estudar como que os “leigos e clérigos” nas igrejas locais, lidam com as famílias que perdeu alguém, o que eles oferecem para essa pessoa e até que ponto isso ajuda ou não, na elaboração do luto dessa família. Eu tenho tentado trabalhar na faculdade com os alunos, com algumas dinâmicas que é muito famosa entre os psicólogos que é pensar sobre a morte, sua própria morte, sobre seu funeral, como você gostaria de ser lembrado e eu tenho percebido uma reação até positiva dos alunos, antes eles ficavam meio assim, mas na teologia hoje quando se fala de morte, o povo se reporta a mim ou brinca que eu sou professora da morte.

Então pra mim a morte, depende do processo de morrer. É um fenômeno que é mudado dependendo da morte: por acidente, por doença, por velhice, por vários fatores, por assassinato, violência e o mais desafiador para mim é o sofrimento que antecede a morte. Alguém poderia perguntar: perder alguém mais velho ou perder uma criança tem maior sofrimento ou não? Para mim, depende do vínculo que se estabeleceu com essa pessoa. Porque, a maior perda é a nossa. Eu não posso dizer que a sua perda é menor que a minha. Por isso, é desafiador você tentar valorizar e não tentar classificar o luto, a dor, esse está sofrendo mais, aquele está sofrendo menos. Na verdade, quem está hoje na área teológica, o mais desafiador para mim é o cuidar. Saber o que fazer nessa hora, saber o que falar.

**Pergunta:** Com os seus alunos, você percebe que os que já passaram por algum momento de luto, de perda e os que nunca vivenciaram essa experiência, têm alguma diferença de lidar?

Sim, eu acredito que sim. Eu, quando entro nesse assunto, eu sempre passo um vídeo antes, tentando estimular um pouco a reflexão. Digo sempre: se vocês se sentirem sensibilizados vocês têm a liberdade de sair um pouco e voltar. E as falas deles são: eu sei, eu já passei por isso – no caso da morte. Porque aqueles que não perderam ainda alguém mais próximo, não tem muita tensão e experiências. Talvez, porque perderam outras coisas, por exemplo: alguém que perdeu uma oportunidade, o namorado, o marido, esposa- não por morte, mas enfim, a questão da morte, creio quem já passou por esse tipo de perda tem uma sensibilidade um pouco maior.

Mas também percebo que alguns não gostam de falar sobre o assunto. Talvez tenham os dois comportamentos, aqueles que ficam mais sensibilizados e ficam até estimulados a estudar e outros que não querem falar sobre o assunto, então, o assunto fica meio enfadonho.

**Pergunta:** Na sua experiência de aconselhamento, você trabalha mais com adultos. Você tem alguma experiência de tratar esse tema da morte com crianças?

Não

**Pergunta:** Algum aluno seu que trabalha com esse tema, trouxe alguma experiência de trabalhar a questão da morte com as crianças. Se elas ficam com medo, etc Algum aluno já relatou algo sobre o assunto para você ou em sala de aula?

Um ou outro me relatou uma experiência pessoal na família ou mesmo na igreja, como aquela velha pergunta: levo a criança no funeral, como eu vou falar com a criança. O que eu digo é que devemos tentar ser o mais natural possível, de acordo com a linguagem dela, porque, a criança vai ter medo, vai ter culpa, ela vai demonstrar muitas coisas que ainda na concepção dela não tem condições de entender, pois elas não têm uma abstração como a gente tem. Conversar com uma criança sobre isso, eu pessoalmente nunca passei por essa experiência, mas os alunos trazem suas experiências e eu tento ajudar como posso.

Eu já conversei sobre o assunto com jovens, adolescentes e adultos, mas eu acredito que independente da idade, principalmente quando é uma criança ainda, o maior desafio é pra gente, pois nós é que ficamos lá e surge a pergunta: será que ela está me entendendo, o maior desafio é o nosso. Porque, mesmo com os adultos, nós temos dificuldades. Você vai fazer uma visita pastoral, para alguém que perdeu um familiar, um ente querido, é muito difícil. Você

pode é claro, direcionar a sua visita. Você pode ler apenas um versículo bíblico e direcionar a sua fala, que a pessoa não vai ficar chateada, só que você não entrou na questão central da visita, que na verdade uma visita pastoral deveria contemplar. Não é necessário estimular a pessoa a falar, você deve ser o mais natural e falar sobre a morte é importantíssimo, porque é uma forma de ajudar a pessoa à não ter medo de expressar a sua dor, porque muitas pessoas estão com raiva de quem morreu ou deixaram de falar algo para a pessoa ou não tiveram tempo de pedir perdão. Existem muitas coisas que podem ser trabalhadas, por exemplo, numa visita desse tipo.

**Pergunta:** Você já enfrentou em uma visita de aconselhamento por morte, a pessoa transferir para você toda a raiva que ela estava sentindo?

Não

**Pergunta:** Mas pode acontecer?

Pode. Eu atendo muitos alunos pastoralmente e até hoje, não percebi isso. Mas, eles trazem bastante essa questão de perda por morte, com a dificuldade deles de lidar com a situação, porque, geralmente as pessoas querem ficar sozinhas, com vergonha, não querendo papo, ou também, com medo do que as pessoas podem perguntar. Uns ficam assim com medo de cá, medo de lá e as questões não são trabalhadas pastoralmente falando.

Eu me lembro do relato de um aluno em sala de aula sobre a questão da raiva, ele disse que perdeu dois filhos, por motivo de aborto natural. Ele e a sua esposa não receberam nenhuma visita pastoral, ele não ficou com raiva da figura pastoral, mas ele ficou muito frustrado. Lembrando do relato dele, ele disse que foi muito difícil trabalhar essa perda, mas ele se ancorou na oração e na espiritualidade que o casal tinha. E na segunda perda, ele falou que também foi muito dolorido, mas eles já tinham passado pela primeira experiência e o aparato foi maior, tanto pastoralmente, como de sua família. O que foi positivo para mim, disse o aluno, foi que minha família me apoio bastante e principalmente a presença pastoral. O que ele pontuou, foi que o casal na segunda perda recebeu o apoio que necessitavam pastoralmente.

Eu tenho alguns alunos da área médica, por exemplo, um aluno meu que é médico relatou que lida com isso o tempo todo e da sensibilidade que ele está vivendo agora, porque

na época de sua formação de médico ele não tinha isso e agora estudando teologia, ele está muito mexido, porque ele foi formado, ele estudou para a vida e não para a morte. E é uma coisa interessante observar esses dois fatores, porque ele estuda para garantir a vida para as pessoas e não a morte.

Os profissionais da saúde e também os teólogos são muito parecidos nesse ponto: da dificuldade de lidar com a morte e com a possibilidade de sua própria morte. Então, entra a questão muito forte mesmo, a questão da onipotência, até como uma forma de se defender.

Eu tenho tentado trabalhar um pouco isso e estimular os alunos e alunas a pensar um pouco na sua história de vida, na sua própria biografia, porque eu acredito que é um dos primeiros passos para as pessoas que vão passar por essa situação. Mas os relatos deles pessoais enfocam muito isso e o fato de que nós trabalhamos com estudos de caso na sala de aula e aconselhamento sobre perda, como lidar com essa situação.

**Pergunta:** Você acha que pela sua experiência ao longo de sua vida de aconselhamento, hoje, é mais fácil aconselhar uma pessoa que está passando por uma situação de luto? Você já lida com mais facilidade ou é sempre difícil chegar na pessoa e fazer o aconselhamento?

Eu acredito que é, quero dizer, não é mais fácil, mas é mais natural. Eu acompanhei uma aluna que perdeu o marido e eu fui ao funeral. Após, eu deixei o meu telefone para ela ligar para mim e eu pude conversar com ela umas três vezes. Eu me lembro que no início, eu a estimei a falar mais do que eu, pois naquele momento ela precisava fazer isso, ela precisava botar para fora. Nesse caso específico, ela não tinha uma pergunta, como por exemplo: por que Deus levou o marido agora. Ela tinha uma situação de pesar, de separação.

O que ela pontuou, foi que a presença dos amigos, dos familiares, da própria faculdade lá com ela e que isso consolou bastante e ajudou no processo de luto. Mas, ela pontuou também, que ela consegue perceber que ainda continua no processo de luto, que ela chama de recaída.

Eu acredito, que na área de aconselhamento, muitas vezes as pessoas ficam ansiosas em falar alguma coisa, em levar uma palavra de consolo, mas, muitas vezes, você tem na verdade que permitir que as pessoas falem e aos poucos você ir pontuando algumas falas de consolo, eu acho que ajuda muito mais.

**Pergunta:** Na sua experiência, a pessoa que tem qualquer tipo de espiritualidade, ela tem mais facilidade em lidar ou isso independe. Ter ou não ter espiritualidade para enfrentar essa perda por morte?

Não. Eu acredito que espiritualidade é um ponto indispensável, inclusive para dar um sentido de vida, facilita o bem viver. Que tipo de espiritualidade, isso sim. Pois existe um tipo de espiritualidade que não permite que você expresse a sua dor, expresse que você está questionando Deus e o mundo, que você está com raiva, inclusive de Deus. Então, para mim, a espiritualidade que não consegue trabalhar com esses tipos de perguntas, questionamentos, com seu próprio sentimento de emoções humanas, eu acredito que ela vai não só ser maléfica para a pessoa, como vai prejudicar consideravelmente o processo dela de luto.

Eu acredito que a espiritualidade, ela consegue ajudar no processo de luto quando consigo encarar até a presença de Deus, como por exemplo: o fato de eu ter confiança em Deus, não me garante ou me exime de passar por certas coisas, passar por duras coisas na vida, mesmo que eu passar eu tenho alguém, como se fosse uma âncora.

Hoje as igrejas trabalham também com a questão do luto com as pessoas. Então, eu acredito assim, nesse tipo de espiritualidade, onde você oferece o espaço, onde você quer conversar sobre isso, quer estimular as pessoas a expressarem sua dor, é extremamente saudável. Agora, uma espiritualidade que se fecha e não permite isso, acho que não é saudável.

**Considerações finais:** Tem alguma outra coisa que você gostaria de estar colocando, da sua experiência, não quero mais tomar o seu tempo.

Eu acredito, dentro das pesquisas na área teológica e também posso ampliar um pouco mais, não só teológica, nós estamos engatinhando, precisa ampliar muito mais. Pois eu me lembro, que me sentia muito sozinha quando comecei a refletir sobre isso aqui na faculdade, hoje nem tanto, porque tenho os alunos e alunas e também, eu converso muito com os colegas de outras áreas e a gente precisa bastante disso em pesquisa, e é um espaço que se explorado, acredito, pode contribuir de forma significativa para a sociedade.

Nós não temos previsto isso em aconselhamento em estágios, nós não temos isso, existem países que têm, na Inglaterra, por exemplo, é reconhecido pelo governo. E isso seria algo na área da saúde, numa dimensão multiprofissional, multidisciplinar, onde Teólogo,

pastor, psicólogo, médico, enfermeiro, assistente social, sentar todo mundo junto e tentar ajudar as pessoas.

Acredito que isso é um sonho que se tem e poderíamos conseguir com certeza na própria função da escola que é formar alunos e alunas e ajudá-los a lidar com suas perdas e isso é muito novo. Então, acho que é isso que eu queria pontuar. Obrigada.

**Participante 2 – Capelão – Março/06**

Nome: D.E.F

Idade no dia da entrevista: 53 anos

Sexo: masculino

Formação acadêmica: Teologia

Sou Padre da ordem de São Camilo, estou ordenado a 14 anos e meu ministério como sacerdote sempre foi aqui no hospital. Estou atuando desde 1992 neste hospital e iniciei aqui o meu estágio no 2º semestre de 1977, como seminarista.

Vai perguntando, interferindo, senão eu não me lembro do que conversamos no início de sua apresentação.

**Pergunta:** o que eu gostaria que o senhor me contasse é sobre a sua rotina de trabalho aqui no hospital?

A rotina aqui, é que não tem rotina. O hospital não tem rotina, mesmo que você programe uma rotina, ela não acontece. No hospital trabalhamos com os casos emergentes, então é claro, vamos colocar aquilo que seria a rotina, mas que na verdade nem sempre é seguida. Primeiro que aqui no hospital tem aproximadamente 2.000 leitos, é complicado, e a partir do momento que você vai conhecendo mais gente e hoje, por exemplo eu gasto o meu tempo, esse “gasto” (entre aspas) com os familiares e com os funcionários, do que propriamente com o paciente, porque o paciente passa e os funcionários é que ficam.

Eu chego de manhã e até +- 9hs eu dedico aos estudos, leituras, textos e a burocracia da própria ornamentação da Capela. Ai, a gente... a rotina é ir ao encontro das pessoas, eu acredito que isso seja o grande segredo da Capelania, que eu vejo. O segredo é ir ao encontro das pessoas. É também se fazer visível, se mostrar, as pessoas saberem que você existe.

**Pergunta:** você não espera as pessoas descobrirem que existe um serviço de capelania aqui no hospital?

Não. Até porque Rosane, nós temos ainda aquela mentalidade de que quem precisa de assistência religiosa é aquele que está morrendo. Então, por mais que se tente desmistificar

essa prática, é difícil. Mesmo porque quando se pergunta: você quer a visita do padre? Há, eu não estou morrendo.

Então o fato é você ir ao encontro. Claro, um ou outro chamado tem, mas muito mais do que você ser chamado é você ir ao encontro das pessoas. Esse é o grande desafio, ir ao encontro das pessoas e encontrá-las na situação que elas estão, que são as mais diversas possíveis. Você encontra pessoas que estão muito felizes, muito revoltadas, pessoas que estão chegando, alguém que está desanimado, alguém que está muito animado. Além disso você encontra alguém que está morrendo, alguém que vai morrer, enfim, essa é a realidade do dia a dia.

Muito mais ir ao encontro, esse é o grande desafio.

**Pergunta:** como é o acompanhamento para os familiares que perdem alguém aqui no hospital?

Aqui morre muita gente e não se consegue acompanhar todas as pessoas. Aqui morre aproximadamente 10 pessoas por dia em média, então não tem muito esse acompanhamento às famílias, porque muita gente você não tem muito contato. Então, os contatos são daqueles que você acompanhou no dia a dia, esse você tem contato, pelo menos até saírem do hospital, você acaba acompanhando, cada um volta para sua comunidade, uns voltam para a capital, outros para o interior. O que eu acho que é importante é acompanhar esse processo de morrer. Então, claro que a gente acompanha os casos em que o doente fica muito tempo, em que os casos são graves, os que não soluciona e isso cria uma certa angústia. Você sabe que essas tecnologias avançadas elas causam esse tipo de... o prolongamento longo da vida, mas o prolongamento do sofrimento. Embora não aconteça para todo mundo, mas para muitas pessoas que acabam acompanhando o processo do sofrimento do doente e da família também.

Isso não tem uma regra específica, mas acaba acontecendo.

**Pergunta:** Para os profissionais que trabalham dia a dia no hospital, como que o senhor vê o lidar com a morte? Ainda é um Tabu se falar na morte aqui dentro?

Hoje em dia essa tendência esta diminuindo um pouco, mas eu não diria para você que acabou, porque essa terminologia, ainda pela força do hábito não se usa. Fala-se muito faleceu, veio a óbito, parou. São expressões que são ainda usadas. Não sei se é pela força do

hábito ou porque se você me perguntar como eles encaram, com certeza eu te responderia que no fundo, no fundo, ainda como um fracasso profissional. Ainda de uma forma mais acentuada nos médicos recém-formados, nos profissionais recém formados, onde eles têm essa questão um pouco do fracasso profissional. Isso é uma questão muito evidente. Porém, ao mesmo tempo, você percebe também que as pessoas, não digo que aprendem, se acostumam com a morte. Nenhum profissional se acostuma com a morte, porque é aquilo que ele lida e a morte é... acho que se aprende a conviver um pouco, se aprende a conviver com a morte, com essa realidade. Mas hoje, eu penso que estamos nos preocupando muito mais com essa questão em vários setores, é só verificar nos Congressos, como eles têm se preocupado em trazer a tona à discussão, essa do morrer. Morrer físico, também o morrer do ponto de vista espiritual, até do ponto de vista legal. Eu penso que hoje está se diminuindo um pouco essas questões, esses termos um pouco camuflados e se partindo mesmo para a realidade de morte.

**Pergunta:** Deve existir uma variedade de expressões religiosas aqui no hospital. Como o senhor convive com cada uma delas no seu trabalho aqui dentro?

Eu não tenho dificuldade de me relacionar com as pessoas que não são da minha confissão religiosa. Agora, se você me perguntar assim, qual eu tenho mais facilidade de lidar, com uma ou com outra, eu diria, que com o catolicismo. Nós temos muitos rituais, e eu acho isso muito importante e necessário. Eu vejo os sacramentos, como algo que nos ajuda muito a entender todos esses processos. Eu acredito que o que nos salva é a graça de Deus, a fé e não o sacramento que aquela pessoa não recebeu e que ela não vai deixar de ser salva porque não recebeu. É claro, eu encaro os rituais como um meio que possibilita a presença da Igreja, pois quando as pessoas pedem os rituais: do matrimônio, do batismo, da ceia, da extrema unção dos enfermos, ela está pedindo na realidade o apoio, nesse sentido é uma coisa interessante à gente vê. Que isso tem uma importância pra eles, os sacramentos têm um significado, porque em outras religiões talvez não tenha, na maioria das igrejas não tem. Porque se você prestar atenção no catolicismo, os sacramentos na verdade, eles são um ritual desde o nascimento até o momento da morte, cumpre um círculo, o círculo se cumpre e acho isso uma coisa interessante.

Agora, dizer se a pessoa morre mais tranqüila, eu penso que varia muito isso. Minha experiência pessoal, mostra que isso varia muito. Sabe Rosane, o grande medo das pessoas hoje é o sofrimento, tanto do próprio paciente, quanto da família, porque a vida eterna para

nós, mesmo que tenhamos fé, é uma interrogação a olhos racionais, no âmbito da razão. Isso é uma interrogação, porque não podemos dizer: tem outra vida, não tem outra vida. Agora, já encontrei pessoas de muita fé, eu já encontrei pessoas que não tem religião, que são atéias, agnósticas e não sinto tanta diferença assim.

O grande medo não é a morte em si, e sim, o sofrimento. Porque depois da morte, a morte física, aparente, clínica, você não vai ter muita noção de tempo. Eu acredito que o grande medo hoje das pessoas, a grande interrogação é o sofrer ou não sofrer. Eu já vi pessoas religiosas dizerem que a fé ajudou muito, que é importante, como pessoas que não tem fé encararem a vida da mesma forma, como sempre encararam, os agnósticos, os ateus também. Eu vejo, através da minha prática, da minha vivência de todos esses anos, que na verdade não tem uma regra comum. Quem tem fé, quem não tem uma religião, quem tem uma crença, seja ela qual for, está mais tranqüilo ou não. Na verdade, se a gente for analisar friamente, a morte é sempre um problema para nós que ficamos, isso é muito evidente. A pessoa morre, nós é que ficamos fazendo os questionamentos: será que a nossa oração vai servir pra eles, etc Quando você acredita na graça de Deus, isso basta.

**Pergunta:** Aqui no hospital existe algum trabalho integrado com os psicólogos, corpo médico e capelão?

Hoje se discuti muito a questão morte, tanto no âmbito religioso, quanto psicológico, quanto clínico. Hoje você discute muito no campo ético, bioético, isso se discute demais dentro do hospital, porque na verdade é sempre um problema, na maior parte das vezes para quem fica. No grupo se discute a questão de uma pessoa interna que vai ficar na UTI, isso gera custo, gera tempo, gera espaço, gera uma série de coisas. Aqui tem uma equipe de psicólogos, nós trabalhamos de maneira distinta, separada até, porém, você não tem a grande preocupação desse trabalho completamente integrado. Eu não sei se essa preocupação de lidar com os pacientes é puramente nossa para dar uma melhor condição de vida para eles ou se essa preocupação é nossa, para também, resolver o nosso problema. Cada paciente que você tem na internação, que ocupa um leito, você tem um problema também aí, é o problema da pessoa, da família.

**Pergunta:** Você tem quartos individuais ou somente enfermarias?

Temos enfermarias e também quartos onde a família permanece com o paciente. Normalmente, os paciente que estão nas enfermarias, quando é diagnosticado como terminal, ele é isolado e a visita fica liberada. Tem um grupo de psicólogos trabalhando, mas nós trabalhamos de forma distinta.

**Pergunta:** Talvez eles acompanhem a família mais de perto nesse processo?

Um pouco mais. Mas a partir do momento que você sai daqui, você perde essa referência, né Rosane. Você perde a referência do acompanhamento dessa família. É diferente de uma cidade pequena ou de um hospital menor, que você tem esse contato. Aqui como passa muita gente, você acaba perdendo esse contato. Mais tem sim esses trabalhos, discussões em todos os aspectos: psicológicos, social, familiar, éticos e isso têm aumentado cada vez mais, até porque o processo da morte está se prolongando cada vez mais. As pessoas estão envelhecendo cada vez mais tarde e da mesma forma que afeta as pessoas, também afeta a instituição, porque isso gera custo.

**Pergunta:** O senhor foi chamado para esse ministério pastoral jovem. Antes de ingressar no Seminário, o senhor exerceu outra profissão?

Eu entrei para o Seminário, um pouco antes de completar 18 anos. Mas, nunca tive a intenção de trabalhar em hospital. O hospital foi um pouco à circunstância da vida que me trouxe pra cá. Eu tinha idéia, não me agradava muito a idéia de ir trabalhar em uma paróquia, através de uma paróquia, agora, vir trabalhar no hospital foi à última coisa que eu pensei. Mas isso é uma coisa interessante porque, depois disso e vivendo uma situação como essa e aí se a gente for analisar friamente, a gente aprende a lidar com as perdas né, porque o que eu percebo e fico admirado é ver a capacidade de recuperação e de readaptação que as pessoas têm.

Às vezes as famílias perdem o cabeça da casa, o pai ou a mãe, num momento muito crítico e ver as perdas físicas, emocionais, não só a morte em si, mas todas as perdas que podem vir com ela e verificar a capacidade enorme de readaptação dessas famílias é uma coisa que eu admiro muito. Então, o fato de eu vir parar aqui, eu ia completar 24 anos, eu era jovem, tinha muitas dúvidas, a morte ainda era uma coisa que me causava medo, mas,

respondendo a sua pergunta, eu não desenvolvi nenhuma outra atividade antes de vir trabalhar aqui no hospital.

**Pergunta:** O hospital é um lugar de muita dor, conforme as pessoas dizem. O senhor lida com essa dor diariamente, lida com muitas perdas diárias. O que sustenta a sua vida, o que mantém o senhor bem, lidando diariamente com a dor e o sofrimento humano?

Eu particularmente não lido com cura, religiosamente falando. A minha vida não é pautada, as minhas atividades ministeriais, pastorais não são pautadas em cima de cura. A pessoa ficou boa, curou, Deus existe, é maravilhoso. Não curou, então você começa a desacreditar. Isso é uma linha de pensamento que eu tenho, depois, eu cheguei à conclusão que a minha condição aqui não é de resolver o problema de ninguém, não é, aliás, não é fazer desaparecer a dor. Eu vou, estou com as pessoas, fico com as pessoas e talvez isso, não vai diminuir em nada a dor que a pessoa está sentindo, a angústia que a pessoa está sentindo, então, eu parto desse princípio.

Também, tem um outro aspecto, eu não tenho como objetivo resolver o problema das pessoas, isso já me tira um peso enorme. Porque, não é fazer desaparecer a dor, mas de certa maneira você ver que as pessoas tinham condições de enfrentar a própria dor, que não é minha. Agora, uma outra coisa que quem trabalha no hospital encontra, você encontra, aquilo que eu já falei que é a rotina de não ter rotina. O hospital é sempre uma mistura, um paradoxo. Ao mesmo tempo em que você encontra uma pessoa que está muito mal e que te deixa um pouco pra baixo, você encontra outra que está muito bem, que está muito alegre porque tudo deu certo.

Eu estive pensando sobre isso e escrevi um artigo, uma reflexão outro dia: “o que é ruim pra mim e bom pro outro”. Você acaba de encontrar no corredor uma família que perdeu uma pessoa na UTI e estão revoltados. Aí você fica pensando, que para aquela outra família que você acabou de fazer uma visita no Pronto Socorro, e que estão aguardando uma vaga na UTI, vai ser ótimo. Pra tudo na vida, sempre vai ser assim.

Pra tudo! Vou te dar um exemplo, que também escrevi no meu texto. Aquele marido que você dizia que não prestava, que era um pilantra, cafajeste, que era isso ou aquilo e você o larga. A outra vai pegar e vai dizer que ele é ótimo! Eu parto desse princípio, o que é ruim pra mim, é bom pro outro. Então, nesse sentido, você começa a pensar: bem, nossa, que coitada, a criança morreu, o jovem, a mulher, que coisa difícil. Porém, você começa a pensar que alguém vai se beneficiar disso. Se você pegar a questão do transplante você vai perceber

claramente isso. Quem está na fila dos transplantes cardíacos, está na expectativa da morte de alguém. Acho que isso tirou muita coisa da minha cabeça, de eu ficar pensando nas coisas da dor do outro. Eu também me sinto privilegiado de me desligar facilmente das coisas. Eu não levo problemas do hospital para casa, mas isso é uma coisa normal, não é que eu queira, é uma coisa que encaro como natural, de eu não levar os problemas pra casa. Outra coisa, eu saio bastante, eu gosto de estar com as pessoas, de conversar, isso me traz uma coisa muito boa, de você poder ir num jogo com os amigos, no shopping, num show. Isso eu faço muito, de não ficar remoendo as coisas em casa, enfim, uma coisa que me ajuda muito é o círculo de amizade que eu possuo, de você conhecer muita gente e isso tira, desfoca um pouco a questão. Sou chamado para fazer batizado, casamentos e isso desfoca a questão. Como eu faço também, bastantes palestras fora daqui, apesar de ser muito cansativo, isso te ajuda a sair um pouco dessa rotina de doença, doença, doença. Você começa a perceber que o mundo na realidade não é esse aqui, esse é apenas um micro, dentro do macro cosmo que é a sociedade. O hospital é uma coisa pequena. Que você cuida daquilo que não deu certo, o hospital trabalha com aquilo que não deu certo. A gente sempre está trabalhando no geral, com aquilo que não deu certo, mas que dentro do hospital você pode fazer com que a coisa dê certo novamente.

Por ter uma vida social muito intensa, isso me ajuda bastante e principalmente com a Graça que Deus me deu de não me envolver. Você poderia dizer, ele se acostumou. Se acostumar não se acostuma, o que dá é para conviver, porque todo dia morre gente aqui, todo dia, todo dia.

**Pergunta:** O senhor tem um horário fixo de trabalho?

Eu posso ser chamado a qualquer horário. Mas, em geral eu cumpro um horário, não bato cartão, mas geralmente chego entre 7:00hs e 8:00hs e fico até 17:00hs.

**Pergunta:** O senhor trabalha sozinho ou tem uma equipe de trabalho?

Tenho comigo mais de 100 voluntários. Fiquei um bom tempo sozinho, agora tem outro padre ordenado, que ficará comigo e vai dividir as tarefas do hospital, mas não é um número suficiente. Além de um número grande de leitos, tem a UTI, que você deveria estar acompanhando diariamente, afinal, essa seria a função do pastor, de estar com as pessoas, de

estar nos momentos difíceis. Você acaba encontrando, meio que por acaso as pessoas, mas o certo seria todos os dias passar na UTI, mas não dá. Se você sair de manhã e só der bom dia para todas as pessoas que estão internadas e seus familiares, no final do dia você não conseguiu alcançar a todos. Para isso precisaríamos abrir uma série de coisas, mudar estruturas, etc Mesmo nas nossas igrejas hoje é assim. Você é metodista?

Sou

Então Rosane, mesmo na sua igreja, se 50% dos metodistas, assim como os católicos, se todos eles resolvessem vir a Igreja, não teria onde colocá-los. Na universidade onde você trabalha, se todas as pessoas cristãs forem à capela, provavelmente não terá lugar para todas. Aqui no hospital, se 50% dos pacientes e seus familiares resolverem vir à missa na capela, me causariam um grande transtorno, pois não teria lugar para acomodar todos os eles.

**Pergunta:** O Senhor tem um horário definido para as celebrações aqui no hospital?

Todas as terças e quintas, às 16:00hs e aos domingos às 10:00hs. Se todos viessem, seria um problema. Só de funcionários temos mais de 12.000.00

Muitas pessoas dizem que Religião “ ou nos deixa fanáticos ou nos deixa hipócritas”. Porém, aqui não deixamos de ser uma referência de igreja. Para muita gente aqui, essa é a única referência de igreja que tem, mesmo sendo pouquinho. Muitos não têm contato com igreja nenhuma, não sabem o que é viver em uma comunidade. Não sei Rosane, na Igreja Metodista, mas para muitos católicos, ainda temos aquela idéia que a celebração dominical não é uma celebração, é um cumprimento de ritual. Eu vejo na Igreja lá perto de casa que eu celebro a missa, as pessoas chegam em cima da hora e mal eu tirei os paramentos, elas já foram embora, não dá nem para cumprimentá-las. Eu vim à missa, cumpri a obrigação, não tenho nenhum compromisso com você, pois eu já cumpri o ritual. Talvez elas pensem que Deus está contente com elas, pois já cumpriram o ritual. Acho que saímos um pouco do seu tema, mas acho importante falar um pouco sobre essas questões também.

**Pergunta:** Aqui vocês atendem também crianças?

Tem o instituto da criança também. Esse é o espaço, onde posso afirmar que é o mais importante para se discutir a questão da morte, principalmente, que é focar os pais. Lá a gente acompanha um pouco mais os pais, suas dores, seus medos. Porque com a criança é difícil e tem criança muito grave. Aqui é um hospital de alta complexidade e principalmente o Instituto da Criança. Ele é separado desse aqui e eu faço o acompanhamento também lá.

**Pergunta:** Dá para o senhor sentir alguma diferença da perda do adulto, para a perda da criança?

Dá sim. A perda da criança é mais sentida, é mais difícil de aceitar. O adulto já viveu, mesmo aquele que é o cabeça da casa, etc Na minha opinião e por tudo que eu já vivenciei, digo que a perda da criança é muito mais difícil de se aceitar.

**Considerações finais:** Gostaria de agradecer por esse tempo que o Senhor me concedeu e deixá-lo à vontade para falar mais alguma coisa que julgar necessário.

O que eu gostaria de deixar como parte final dessa entrevista, é uma experiência vivida, que se encontra na parte final do livro “Pastoral da Saúde – orientações Práticas”. Vou ler para você e também gostaria de te dar esse livro como presente.

*Sempre que alguém muito próximo de quem perdeu uma pessoa querida se aproxima, o choro é quase inevitável.*

*Lembro-me que certa vez fui solicitado para visitar um paciente que morava longe de São Paulo e por isso apenas um filho tinha podido visitá-lo. Quando o filho entrou na UTI, ficou muito angustiado. Saiu sentou-se lá fora. Não havia derramado uma única lágrima até o momento em que me aproximei. Ao sentar-me ao seu lado, sem dizer palavra alguma, ele chorou por algum tempo. Diante disso descobri como é difícil chorar sozinho e quanto é importante ter alguém com quem possamos partilhar nossas lágrimas.*

*Portanto, ao nos defrontarmos com situações semelhantes, o primeiro passo é reconhecer que não conseguimos num primeiro momento preencher o vazio que a perda provoca.*

*O que podemos fazer é colocar-nos à disposição das pessoas. Tentar visualizar as necessidades mais urgentes do momento. Ter habilidade para ouvir também aquilo que muitas vezes não é dito.*

*... talvez não tenhamos dito nenhuma palavra mágica que sanasse a tristeza, mas oferecemos um ombro enxuto no qual as pessoas puderam compartilhar as suas lágrimas. Sigamos o conselho de São Paulo: “Sorri com os que sorriem e chorai com os que choram” (Rm 12,15). Faremos melhor pastoral do luto quando descobirmos que é muito difícil chorar sozinho.*

**Participante 3 – Psicóloga 1 - Janeiro /06**

Nome: G.H.I

Idade no dia da entrevista: 30 anos

Sexo: feminino

Formação acadêmica: Psicóloga. Atualmente faz a Pós-Graduação no Curso de Psicologia Hospitalar.

Estou aqui no Hospital há dois anos e meio. De início, a minha atividade era na maternidade. Temos aqui um hospital de clínicas, Gineco-Cirúrgico e de maternidade. Você conhece um pouquinho aqui?

**Entrevistador:** Não conheço

A gente tem um andar de maternidade, além da maternidade temos a casa da gestante. O meu trabalho era o atendimento com as gestantes, na medicina fetal, tanto com as gestantes, como na maternidade com as puérperas que tinham acabado de ganhar bebê. Bem esse era o meu trabalho até o ano passado.

Esse ano eu dei início, eu saí da maternidade, continuo com as gestantes de auto-risco, mas agora eu estou com a clínica médica e com a gineco-cirúrgica. A gente tem outras psicólogas que irão assumir a maternidade.

Bom, qual é o meu trabalho aqui. Falando do método, eu tenho o embasamento da psicanálise, optei pela psicanálise, mas trabalho com a Psicoterapia Breve. Eu acho, que é a mais, digamos assim, é a que me dá mais condições de trabalho dentro do hospital.

Então, eu vou mais por essa linha aí, até mesmo a Pós têm essa abordagem, então, isso já ajuda bastante a compreender. Enquanto ao assunto que você vêm investigando, que é a morte, é como eu falei ontem para você<sup>4</sup>, não têm como fugir desse fato aí. Só que a morte em si, têm uma certa diferença, da morte..., não diferença, tem focos que a gente precisa ficar atento, dessa morte e dessa perda. O que é essa morte e essa perda. Isso eu vou falar mais um pouquinho da experiência que eu tive na maternidade, que agora eu já tive um ano de

---

<sup>4</sup> Tive um contato com a psicóloga, no dia anterior ao da entrevista, para levar uma solicitação para o Hospital, autorizar a entrevista.

experiência em clínica médica, até mesmo vivenciei muito esta parte de morte, mas acho que na maternidade fica mais fácil da gente compreender.

Então qual era a experiência com a morte, com a perda. A gente tinha a perda tanto de um aborto, eu acho que a gente precisa levar muito em consideração, porque no aborto a gente fala muito de uma perda de um feto ainda não viável, mas que é existente para essa mãe, para essa família. A gente tem uma perda de um natimorto, um óvulo fetal, então de um bebezinho que já teria, pela biografia, teria condições de vida fora do útero, que por algum motivo veio ao óbito. Então, eu tive esta experiência, tanto do aborto, com o natimorto e dos bebezinhos que a gente tem na UTI Neo e a Semi. Alguns bebês eu acompanhei, que depois de algum tempo vieram a falecer. Então, foram mais essas vivências que eu tive.

Bom, o que mais eu poderia estar falando.

**Pergunta:** Nessas vivências, você chegou a ter contato de aconselhamento com as famílias?

Você fala antes ou depois da morte?

**Entrevistador:** Depois, depois da morte.

Eu tive um contato, apesar de que o hospital por ser um período de crise, você tem um contato muito pouco às vezes. Com a família, por exemplo, um aborto, a paciente fica 24h dentro do hospital. Esse contato é pequeno. Mas eu tive sim, um contato com muitas mães, até mesmo mães que eu acompanhei durante a gestação, e que depois vieram a ganhar o bebê, mas o bebê não sobreviveu.

Então, isso eu tive, como dar aconselhamento melhor a gestante que eu já vinha acompanhando. Eu já conhecia um pouquinho dela, das fantasias dela, da história dela, então o trabalho fica um pouco mais favorável. As outras que vêm dão entrada numa emergência, num abortamento ou num óbito fetal, esse trabalho fica um pouco mais comprometido, mas a gente tem que valorizar até mesmo aquele atendimento que é um só e ver qual que é a necessidade e às vezes, até os profissionais dizem: precisa ter um psicólogo na hora que vier a ter o óbito. E isso fica assim, o que esse psicólogo faz na hora que o bebê vai a óbito? Não esquecer que esse profissional também é humano, a gente também sente essa morte, a gente também fica muito chateada, às vezes também paralisa junto.

Mas a gente tenta vivenciar isso de uma forma mais tranqüila, para poder estar ajudando ao paciente. Mas o que eu entendo mais por um aconselhamento após essa perda aí. Eu entendo mais a presença desse psicólogo como uma possível escuta. Não que a gente vá lá para perguntar, pra dar um conforto, porque a gente não sabe às vezes qual a melhor forma desse conforto. Nós vamos vivenciar cada fato sendo único, a gente vai perceber o que é necessário naquele momento que estiver presente.

Às vezes é uma necessidade de estar junto apenas, às vezes é uma necessidade de acolhimento, às vezes o paciente vêm e abraça ou ele pede que o conforto seja em palavras, ou seja, em gesto. E essa capacidade de escuta, estar presente ali, se sabe que o paciente quer ser apenas escutado e se a gente percebe pode pontuar na hora. A mente desse profissional fica um pouco confusa. Há, mais chama o psicólogo, porque o bebê foi a óbito. Então, qual é o papel desse psicólogo? Fica sempre uma incógnita e às vezes, até para a gente, pois, é um momento muito difícil, porque você está num momento que não é de palavras.

**Entrevistador:** É de presença?

É de presença, é de estar ali junto, é de você perceber que você tem possibilidade de acolhimento e, que às vezes, da família fica um pouco diferente, porque a família tem o questionamento, a família trás as perdas também, esse desequilíbrio. E a gente podendo estar ali acompanhando, a gente pode passar essa segurança, ela pode até mesmo projetar na gente aquilo que ela necessita na hora. Então, eu acho que é muito mais essa escuta mesmo, essa continência ai, estar continente ao paciente.

**Entrevistador:** Dessa sua experiência, não sei se você chegou a checar, uma paciente que perde o seu bebê, se ela tem ou não qualquer tipo de espiritualidade, você sente que tem alguma diferença na hora que ela recebe a notícia da perda ou não?

Têm, e eu já observei sim, pois elas trazem muito essa questão das crenças, da religiosidade, de um Deus, de uma oração. O paciente vai buscar os seus recursos e essas crenças é um recurso nessa hora. Há, mais Deus quis assim, é melhor. Ou mesmo uma pessoa que tem uma espiritualidade espírita, não dando nomes, mas de um credo, de acreditar em algo e isso é sempre reforçado.

É lógico que a gente sempre tenta, até com uma frase muito característica, que é por o pezinho no chão. É sempre dar informação, a gente vê que a informação às vezes é uma base que suporta muito, é uma base que dá muita força para estas famílias entender o que aconteceu, para a gente poder aceitar. E não simplesmente abafar o fato, há o bebê foi a óbito. Não. Porque que aconteceu isso, que ela possa entender, para o sentimento de culpa não vir a tona, para ela poder aceitar isso, mas para frente, mas naquela hora é o que eu falei para você, é a continência mesmo, não têm muito o que fazer. Mais os recursos que ela vai buscar ir são variados. Às vezes ela tem a negação, as vezes ela tem essa questão da religiosidade. Deus achou melhor, ele ia ficar um bebê doente, às vezes, ela busca a compreensão pela parte racional. Não foi assim porque deu sangramento, por causa disso, disso e deixa os sentimentos de lado e a psicologia vai entrar nisso aí, de trazer ela para a realidade desse fato e a religião ela entra, acho, sempre como uma forma de ajuda, nunca vai estar atrapalhando, mas sempre ajudando a gente nessa compreensão e é um meio de proteger também, dela buscar conforto. Nessa perda, tudo que a gente puder ter de base para dar um conforto maior para essa família, para essa mãe, é aí que a gente vai tentar buscar.

**Entrevistador:** Na sociedade em geral, as pessoas entendem assim: “que quando as pessoas estão idosas, é um processo mais natural para se perder alguém” (*psicóloga diz que é uma aceitação*). Uma aceitação maior, já viveu. A expressão popular é assim: ela já viveu bastante. Aqui no hospital vocês trabalham somente com as crianças?

Têm adulto também na clínica médica e na gineco-cirúrgica.

**Entrevistador:** Na sua experiência, você vê alguma diferença, que você já atendeu, numa família que perdeu um bebezinho ou uma criança recém nascida de uma que está perdendo alguém mais idoso, com uma doença. Você sente alguma diferença na perda? Você sente alguma diferença na hora de você conversar com a família ou não, a perda é a perda, independente da idade?

Eu acho que não tem como a gente falar de uma perda por isso ou por aquilo. Quem sabe mais qual é o sofrimento maior ou da outra família. Do bebê que já nasceu doente, do bebê que nasceu sadio, mais que veio a adoecer e faleceu. Acho que foi o que você falou, perda é uma perda. E pra cada um, ela é diferente. Cada um vai sentir essa perda de modo

diferente. É exatamente pelo que nós estávamos falando, qual é a condição que essa família tem para vivenciar essa perda, de aceitar essa perda.

Diferente do motivo qual foi, ou da idade: idoso, bebê, criança, adolescente, ambos são muito difícil, isso é possível constatar. Mas qual vai sofrer mais, não sei como dizer isso, pois cada um vai viver essa perda, respeitando o seu limite e na sua dor. Então, não podemos falar que o idoso estava sofrendo ou mesmo os bebês. Como eu lhe disse, a mãe se apega nessa questão, ah! O bebê estava sofrendo, ele estava doente. Mas ela perdeu esse bebê, então, ela pode estar muito sofrida em perder esse bebê. Ela tinha uma fantasia, uma perspectiva futura para essa criança, ela já se imaginava mãe, até num aborto. Ah! Mas pode ter outros filhos. Mas, não vai ser a mesmo, ela já imaginou aquela criança.

Uma pessoa idosa que esta doente, teve um caso de um paciente que eu atendia, ela completou 90 anos no hospital. Mas pro filho, ela tinha apenas 90 anos. Então é assim: o que é mais fácil? Não é fácil você perder um idoso de 90 anos.

**Entrevistador:** Sim, formou um vínculo de tempo. De qualquer forma você está falando que existe o vínculo, tanto daquele que abortou, já tinha o vínculo, como aquele que tinha 90 anos, já tinha o vínculo?

E às vezes é tranquilo, vai de como era esse vínculo, como era essa aceitação, como era esse planejamento, essa fantasia. O que eu esperava, qual era a minha expectativa. Mas diante de tudo isso, a gente busca fortalecer os recursos que a pessoa tem naquele momento, ou seja, através das crenças, seja através da razão, da informação que é necessária e é um direito do paciente saber, o paciente daquela família, saber o motivo daquela perda, como se deu, quais são os recursos que foram investidos. Então, é aí que a gente vai entrar, que a psicologia entra para fortalecer todos os recursos e se adaptar. Adaptação que vai resguardar o equilíbrio da pessoa, mas assim, os recursos também que não são patológicos.

Às vezes uma fuga demasiada ou uma racionalização muito grande. Onde está esse sentimento que às vezes ela vai guardar e isso também não vai ser adequado. Então, é aí que a gente vai fazendo, vai lidando e fortalecendo.

**Entrevistador:** Ainda hoje, o tema morte, falar de morte é um tabu. Dentro do contexto hospitalar, vocês vivenciam isso quase que a dia a dia. Como que você sente? Você trabalha aqui também direto com os funcionários, você sente que no seu cotidiano ainda

enfrenta isso, apesar de ser uma coisa... a gente não pode dizer rotineira, mas faz parte, acho que o termo seria esse.

**Entrevistada:** Faz parte da vida.

**Entrevistador:** Faz parte da vida o nascer e o morrer e dentro de um hospital, que você está lidando com a doença, também faz parte a pessoa entrar e sair, sobreviver, como pode morrer. Quem não está dentro do hospital, ainda acredita que é um tabu falar de morte. Você sente que ainda existe mesmo, ou a gente tem isso, trás isso, que o médico não fala de morte com a família, os funcionários falarem de morte entre si, as enfermeiras. Você sente que isso ainda é real ou a gente que está do lado de fora do hospital acredita que isso ainda é um tabu?

Eu acho que não chega a ser nenhum tabu. Eu acho que é uma dificuldade mesmo. Apesar de fazer parte da vida, a morte no caso, esse morrer às vezes trás coisas que é muito difícil de lidar. Trás recordações, trás... a gente se projeta muitas vezes nesse paciente que vai a óbito, que às vezes tem uma característica próxima ou como muitas vezes se fala, poderia ser meu filho, a idade do meu filho, então, acho que isso é do ser humano, isso o profissional tem vivência e é muito difícil ele vivenciar.

Então a morte, ela não é uma dificuldade só de quem está fora, ela é uma dificuldade de quem está dentro, que tem sua família, que tem sua vida lá fora. Então, assim é muito difícil, é muito difícil do profissional lidar com a morte também. Eu digo isso com experiência própria, eu digo isso pela equipe inteira, porque quando tem um óbito, como eu falei para você, eles falam: ai! Tinha que ter um psicólogo aqui. Por que? Porque a gente não dá conta sozinho de lidar com a morte. Porque é lidar com o sofrimento do outro e, é muito difícil. A gente sempre quer que o outro não sofra, porque a gente sofre junto, a gente se identifica com o outro que está sofrendo. Então pro médico, como a gente falou é importante estar pensando nisso, pro médico é muito difícil ainda e vai ser eu acredito, que isso não vai ter como.

Não tem uma fórmula pronta para falar para a família que o paciente morreu. Isso é até uma coisa que muitos gostariam que tivessem, eles pedem: ah! Você tem mais jeito. Que jeito é esse de falar sobre a morte, já que é difícil também pra mim e difícil pro outro. O médico não tem uma receita pronta. Olha, eu vou falar da patologia e vou falar que não morreu.

Muitas vezes o médico nem fala morte, a palavra morte é difícil pra ele falar. Então às vezes, ele fala que o paciente não agüentou, foi a óbito. Mas a família pergunta: mas ele já está bem? Ai você tem que pontuar, falar olha, ele morreu. E essa palavra tem um simbolismo muito diferente de óbito, de um falecimento.

Às vezes para a família, que está vivenciando esse período de crise, ela não entende, ela nega aquilo que esta... Aí vem a morte e aquela morte acorda. Então pro médico, é difícil. Pra enfermagem, é difícil. Pra Assistente Social, Pra voluntária, pra família. Porque todos eles ali vão se identificar. Todos eles vão sair do hospital sem essa família, sem a possibilidade dessa morte. Então, por essa identificação é muito difícil. Então, não é só para as pessoas que estão fora dessa vivência.

**Entrevistador:** Na tua formação, durante a graduação em psicologia, você teve a oportunidade de trabalhar na faculdade esse tema? Não a perda, mas, falar da morte, trabalhar isso, te preparar para você sair e enfrentar isso profissionalmente. Teve ou não?

Muito pouco. Muito pouco se fala da morte em qualquer lugar, até na graduação. E às vezes, até na graduação de medicina, que a gente percebe aqui. Não há essa escuta. A morte faz parte, mais ela é deixada de lado. O fato que ocorre, mas é melhor a gente não falar dela. Então, o que eu tive na graduação foi o que o autor vê, quais são as fases da morte. Eu acho, que eles abordam de uma forma muito real às vezes, mas não tem essa fórmula, né. Ah acontece isso, depois aquilo, não... se fosse assim, talvez tranquilo, às vezes não. Mas não existe essa forma. A morte tem essa fase, passa por essa, depois aquela.

Mas, foi visto um pouco, talvez por uma ansiedade minha, me deixou bastante animada para pesquisar mais e por ser uma necessidade e por eu ver necessidade de estar presente nisso enquanto psicóloga. Então, qual é a área, ou qual é a fase que a gente tem essa necessidade de ter um acolhimento, de ter um trabalho psicoterápico. Eu me via muito mais nessa área da saúde, também pela necessidade dessa vivência dessa morte, dessa perda, que eu falei pra você, não só é uma morte, é uma perda. Depois eu quero falar mais tarde sobre isso com você, não posso esquecer. Eu adoro falar, me empolgo.

**Entrevistador:** Pode falar a vontade.

Então é assim, tive. Mais tive pouco, mais gostaria que tivesse tido muito mais. Fui buscar em palestras, congressos, isso é muito falado quando se fala em alguns temas como psico-oncologia, psicologia do falar.

Fala-se da morte, isso de forma velada. Isso também vai muito da experiência, da vivência dessa morte, não têm como a gente estar pondo na teoria, como é essa morte e detalhando aí essas fases como eu te falei.

Os livros que eu li também foram muito interessantes, da Kubler Ross que é um clássico sobre morte e dá para perceber alguma daquelas fases, que não é tão perfeitinha assim como uma teoria foi pouco falada. É importante também a gente ver as diferenças das culturas e não só da religião, que é um tema que você vai abordar.

Mas na cultura, nas diferentes formas de você vivenciar, enfrentar a morte, as perdas, eu acho que foi muito interessante. Você que está estudando na Metodista, a psicóloga Camila, professora, tinha um vídeo, muito interessante. Falava sobre as outras culturas e eu me lembro dos detalhes, muito interessante, que mostrava um pouquinho das outras culturas, como eles vivenciam e isso nós vemos em reportagens, que essa morte é mostrada de uma forma diferente da que a gente vê na nossa cultura.

Acho isso interessante, não só na religião, mas nas diferentes culturas. Como é que a pessoa enfrenta perda/morte. Tem uns que fazem festa e a gente entende de uma forma totalmente diferente.

**Entrevistador:** trabalhar um pouco mais essa questão, para que as pessoas tenham outros parâmetros, não só o nosso.

E a gente poderia enxergar isso de uma forma diferente, porque a gente enfrenta dessa forma e uma outra cultura enfrenta de outra. Então, qual é o objetivo na festa que eles fazem, ou na cultura oriental, ocidental, acho que seria um estudo muito interessante pra você que está estudando sobre morte. Foi sempre uma motivação que eu tive, não fui ainda procurar, pesquisar sobre o assunto ainda, como é feito aí, qual a visão deles.

**Entrevistador:** A sua opção de estar trabalhando no hospital. Como você chegou aqui, deu início a esse trabalho hospitalar, a psicologia hospitalar?

Na graduação, nos estágios era muito..., a psicologia hospitalar era uma coisa assim..., eu sempre dizia que eu tinha muita vontade, eu via a necessidade de estar lá. Mas é muito sofrido, é um ambiente triste, difícil, arriscado para a própria saúde mesmo, têm infecção. Eu me via mesmo nesse ambiente pela necessidade, é um ambiente de muita crise, é um ambiente que trás muita readaptação e onde eu poderia ser mais útil na minha profissão, onde eu ia ver mais utilidade, onde eu poderia estar favorecendo mais e eu achei que a psicologia hospitalar poderia me dar isso também, porque é uma troca e eu me sinto útil trabalhando no hospital. Apesar de que os outros estágios eu gostei muito de fazer, mas o hospital era assim, algo difícil de ir pros estágios. Eu não sabia o que eu ia encontrar, às vezes iria bater muito com o que eu tinha de experiência na minha vida e bateu e eu tive que perceber esses limites e perceber até onde eu poderia ir ou não.

Remete muito as nossas experiências pessoais então, eu sempre tive isso muito claro pra mim, às vezes da uma ansiedade lidar com esses limites, até onde eu podia ir, o que eu falava, o que não falava, onde eu pontuava e porque eu não pontuava certas coisas. Mas era um ambiente que eu me sentia muito útil, eu me sentia muito em casa, era muito gostoso. Mas às vezes, era muito difícil de ir, mas quando eu estava lá..., eu falo que aqui a gente tem hora para entrar, não tem hora pra sair, então têm que gostar muito.

**Entrevistador:** tem que ser feito com muito prazer.

Porque o retorno vem às vezes, de forma muito sutil. O retorno vem muito mais do paciente, de um gesto, de uma palavra e isso de forma tão velada. Mais quilo te fortalece, te trás muita força de vida. E vir pra cá hoje é muito tranquilo para mim, gostoso, me faz muito feliz. Às vezes, lógico, gripada, cansada, porque a gente se dá muito pro outro. Trabalhar com o público na psicologia ou em qualquer outra profissão não é fácil, mais é muito gostoso, porque você está ajudando de alguma forma. Às vezes, num atendimento só, mas você está ali continente e a pessoa vai ter a possibilidade de falar com você e ela vai reavaliar só de poder falar.

Às vezes, o paciente diz que falar com você é mais fácil do que com a minha família, porque com ela é complicado, falar com uma pessoa de fora é mais fácil pra mim, é mais fácil falar desse sentimento.

**Entrevistador:** acho que é ter alguém para escutar e isso naquele momento é muito importante.

Concordo plenamente. Bem, acho que para terminar você tinha me perguntado se havia um psicólogo para os profissionais e eu acabei não respondendo. Infelizmente não temos, às vezes fazemos uma abordagem pontual, em determinadas situações, porque é necessário mesmo, às vezes não tem como adiar. Mas são poucas e a gente não tem essa psicologia para os profissionais e às vezes ele passa e fala: você é psicóloga, estou precisando tanto de um psicólogo, seria tão bom se a gente pudesse ter um também.

**Participante 4 – Psicóloga 2 – março /06**

Nome: J.K.L.

Idade no dia da entrevista: 35 anos

Sexo: feminino

Formação acadêmica: Psicóloga.

Minha atividade como psicóloga dentro desse hospital, atende não somente as funções como assistente, mas também, eu sou atualmente a Psicóloga responsável por um curso de extensão em Psicologia que se encontra na terceira turma. Estamos com a pretensão da formação da quarta turma para o próximo semestre e em 2007 um curso de especialização. Sei que é uma grande responsabilidade.

Eu trabalho aqui de segunda à sexta, período integral e coordeno um grupo de famílias da sala de espera do hospital. Famílias de pacientes que estão na UTI, Pós Operatório ou em processo de longa hospitalização e que precisam de um start, com cerca de 10 pessoas.

Bem, como é para o cuidador lidar com a morte, com a dor, com o sofrimento ou com essas desestruturações, talvez eu possa te contar um pouco de nossa experiência, pois nossa equipe é responsável pelos pacientes adultos, desde o período do pré-operatório até a alta hospitalar. Então, nós investigamos o seu estado de vida, dores, relação com a doença, expectativa de modificação de rotina e esse atendimento se estende em qualquer unidade que esse paciente possa estar, UTI, coronária, centro cirúrgico, quarto ou enfermaria. Em geral os nossos pacientes, eles são hospitalizados cerca de 10 a 15 dias. Nos visitamos os pacientes a cada dia ou até 72 horas, por rotina nós não podemos deixar de vê-los.

O que eu posso te colocar da minha experiência aqui no hospital é que não temos um grupo para falar de morte. Temos um grupo para acolher as famílias, o próprio grupo da sala de espera já é uma possibilidade para que as famílias possam falar da possibilidade de que isso aconteça. Quando há o óbito e a gente percebe que a família participou do grupo, o que a gente observa é que há uma elaboração melhor, há uma aceitação melhor da notícia, para ela se organizar daquela possibilidade e também emocionalmente.

**Pergunta:** Você percebe no seu dia a dia algum tabu ao falar de morte? As pessoas aceitam a informação recebida pelo médico, até mesmo na nomenclatura utilizada: a pessoa não morreu, ela foi a óbito? Você percebe alguma diferença dos familiares que participam com você no grupo, de encarar a questão morte, eles conseguem?

Em entendo o luto como um processo que se inicia no momento em que você recebe a notícia. Precisamos entender a magnitude, localizar exatamente qual a proporção do ocorrido. Claro que os familiares ficam em estado de choque por muitas questões que surgem. Não querer parar para pensar, muitos querem resolver as questões burocráticas, institucionais. É claro que a forma como as pessoas constroem a relação com a própria vida, com a família, com os amigos, vai ajudar muito nesse processo.

De uma maneira geral a morte é uma questão pessoal de cada um e a forma como cada pessoa expressa o entendimento sobre a morte é o que precisamos entender. Então a fé é um recurso e à medida que a pessoa se apropria da fé, para se consolar, para dar um conforto, uma explicação que seja para o que está acontecendo, temos que compreender.

Se para a pessoa a vida é um vazio, é um buraco mesmo. Se a pessoa diz que está no céu, no purgatório, se é uma alma e vai reencarnar, etc a gente não influencia, o que a gente faz é ajudar a pessoa a se organizar a partir disso, então, normalmente o atendimento psicológico se configura a partir da notícia. Mesmo os familiares que não tenham tido um acompanhamento dos serviços de psicologia, após a equipe médica dar a notícia para os familiares, nós vamos acompanhá-los até o final do processo.

A equipe médica são os responsáveis por constatar a morte, então eles são responsáveis por dar a notícia. Logo após a notícia eles saem e nós ficamos a sós com a família. Você me fez lembrar de um caso em que o médico disse aos familiares: o paciente não sobreviveu, vocês estão ouvindo? Os familiares disseram: então ele morreu doutor. E o médico respondeu, não sobreviveu. Morreu, não sobreviveu, morreu, não sobreviveu... Então, o que é “não sobreviver”. Ele veio a óbito? Mas o que é óbito? Existe uma dificuldade de dizer de fato que ele morreu, não está mais aqui, tem “N” questões. Por uma questão de onipotência mesmo, que eu não critico, porque até morrer o paciente estava ali.

O fato é que ele não protege só o paciente, protege também a si. Imagine a equipe ficar pensando que não é só um paciente que vai fazer a cirurgia do miocárdio. Como seria para eles pensarem que ali está um pai de família, um provedor ou um avô querido. Quando a gente fala brincando é claro, que ele é frio, ele tem que ser mesmo. Você não vai querer que

um membro de sua família seja operado por um médico que fique ali chorando com você, paralise. Essas questões de proteção e do próprio vocabulário técnico, têm uma proteção, que vai ajudá-lo.

**Pergunta:** Foi durante a sua formação na Graduação que você optou por trabalhar com a Psicologia hospitalar?

Não

**Pergunta:** Você lembra de algo que a impulsionou a vir trabalhar no hospital? Como isso se deu?

Eu nunca tive pretensão de trabalhar em hospital. Minha formação no segundo grau foi o magistério, eu dava aula como professora primária e pretendia continuar na área educacional, após a graduação. Só que durante a graduação eu quis me expor a explorar o que a psicologia poderia me oferecer. Fiz estágio em hospital psiquiátrico, em instituições para idosos, penitenciária e recursos humanos.

Na verdade, a área de RH foi onde me proporcionou pagar a faculdade. Trabalhei em uma grande empresa e mesmo antes de terminar a faculdade fui efetivada como Analista de Desenvolvimento Humanos. Eu trabalhava com instrumentos de potencial para gestores, gerentes e treinamento e gostava bastante desta atividade. Mas, no 5º ano da Faculdade ao invés de estudar RH, até porque eu tinha uma vivência bastante interessante nessa empresa, a gente recebia de fato um treinamento do que era trabalhar em RH, eu pude ampliar um pouquinho. Nós tínhamos 3 opções na graduação para conclusão do curso e eu optei pela oficina de criatividade.

Eram encontros semanais em que nós discutíamos a possibilidade de atuação do psicólogo em diferentes contextos e aí a gente discutia o tipo de abordagem, porque a formação em si tem uma carga muito maior da psicanálise do que de outras abordagens. Nós tínhamos contato mais não tanto, a minha afinidade era com a psicanálise, então eu direcionava também. A psicanálise por si só não permitiria inicialmente a atuação do psicólogo fora daquele SET terapêutico. O divã, o psicanalista atrás e a escuta, as regras mais ortodoxa.

Então tinha essa oficina de criatividade, trabalhava com a observação da fala, da expressão corporal, do relacionamento interpessoal, da psicologia aplicada a sociedade, de uma análise social. Caminhei por várias áreas da psicologia, apesar de gostar do que eu fazia, só que eu sentia falta no meu trabalho do raciocínio clínico, de ter a escuta clínica e aí fui trabalhar num consultório. Depois de algum tempo, saí do consultório onde trabalhava porque eu achei que não conseguiria trabalhar só naquilo. Por ter estado em organizações, ter vivenciado o que é estar dentro de uma instituição, trabalhado em equipe, com outros profissionais, a clínica não me permitiria isso de uma maneira tão sólida, então eu optei em trabalhar em clínica dentro do hospital, dentro de uma organização.

Quando terminei a graduação nas 3 áreas, eu estava muito cansada, tive que fazer o TCC para as 3 áreas e pensei: daqui a 10 anos eu vou fazer um Pós Graduação, mas 6 meses depois eu estava já ingressando na Pós Graduação Hospitalar. Logo após a primeira semana eu tinha certeza que era o meu lugar e eu adoro o que faço e sei que aqui é o meu lugar.

Como eu não estava trabalhando, pude me dedicar mais aos estudos e aos estágios. Eu ficava o dia todo no hospital, as minhas aulas eram a noite. Fazia atendimentos às pessoas na sala de espera do Pronto Socorro e enquanto aguardavam o elevador. Onde tinha pessoas lá eu estava e eu tinha um feeling muito aguçado. Então, onde eu estava eu observava, onde tinha uma demanda maior eu chegava como quem não quer nada, de fato deixando as pessoas se exporem como quisessem. Falava, eu sou a J.K.L psicóloga, deixando as pessoas livres para falar se quisessem.

De fato eu me desenvolvi bastante e por sorte não só acadêmica, como profissional também. Imagina ficar no hospital, lá as pessoas morrem, ficam sofrendo. Eu quero trabalhar com a vida, enfim. Encontrei o meu professor da graduação, que eu não quis fazer estágio com ele na Psicologia hospitalar na graduação, aqui na Pós. Esse professor era muito próximo, era uma pessoa bastante acessível e ele foi me dar aula na pós, por acaso nós acabamos nos encontrando, mas não só por conta do contato na graduação, nós tínhamos muita afinidade profissional e ele acabou me convidando para compor o corpo de psicólogos do hospital que a gente estava fazendo o estágio.

No momento em que aceitei, eu tinha vindo fazer um Simpósio aqui, participar de um Simpósio e eu me apaixonei pela equipe. Eu me lembro como se fosse agora e conhecendo o trabalho da equipe, eu falei, é aqui que eu quero vir trabalhar, nesse lugar. Pela proximidade da equipe, pela aceitação do trabalho do psicólogo como psicólogo e não como terapeuta ocupacional, como agente que acalma os nervos de alguém que esta reclamando na fila.

E aí, eu preenchi uma ficha, despretensiosamente e eu imaginava: quem sabe daqui a 1 ano. Mesmo porque faltava ainda 6 meses pra eu me formar e eu consegui, logo na seqüência do processo seletivo, eu fui escolhida. Ficava aqui o dia todo e a noite eu ia para a pós.

Durante a faculdade, com relação à morte, vi as questões que são colocadas principalmente nas teorias de Freud. O medo em forma de desafio contra a morte, isso choca, nada fica mais óbvio do que a sua própria finitude. Quando o homem sofre pela morte do outro, ele não sofre só pela morte do outro e sim pela possibilidade da própria morte, que ele vê através dos experimentos dos pacientes, nas discussões dos casos clínicos, etc. Porque ela é abordada tanto quanto a vida, em qualquer outro aspecto. O que ficou muito forte na graduação foi esse respeito das referências pessoais, subjetivas que cada pessoa trás, de vários momentos da vida, inclusive a morte.

**Pergunta:** Você já enfrentou com os familiares aqui do seu grupo, durante o trabalho realizado a perda por morte de alguma criança? Você pode sentir se existe alguma diferença dos familiares que perdem uma criança, daqueles que perdem alguém com idade adulta?

Isto é bastante sério numa mãe especificamente, quando ela tem um bebê com uma doença congênita, porque os pais elaboram o luto a partir daí. Ele tem que lidar com o SET do bebê idealizado, para aceitar aquele bebê real, que tem uma doença congênita e precisa ser curado. Esse luto não dá para investigar se a sensação é a mesma internamente de caos, de desordem, de destruição ou ausência. Não dá para te dizer que há o momento ideal para que as pessoas adoçam e morram. Não dá para dizer que uma família ama mais esse ou aquele, o que dá para dizer e o que eu proponho aqui dentro é que os pacientes ao morrerem, eles estejam vivos. Que eles saibam que a medicina tem os seus recursos que foram buscados e que o psicológico esteja continente. Achar para eles um espaço para falar sobre isso, sobre o medo de morrer para aliviar a dor física, porque eles estão vivos enquanto estão aqui. Ajudar a família a compreender isso, é um desafio. Não dá para a pessoa estar viva, até dá, mais eu não acho saudável do ponto de vista emocional e a família diz “fale baixo”, “silêncio”. Como é para esse paciente estar lá e sentir como se já não estivesse mais, é morrer em vida. Em algumas situações a família pede para chamar o Capelão para ajudá-las.

**Pergunta:** Você tem um capelão aqui no hospital que trabalha período integral? Vocês têm algum tipo de trabalho integrado?

Não. Ele só é chamado no momento do óbito, mesmo porque esse é um hospital de origem Árabe e temos pessoas de todas as religiões internadas: judeus, católicos, muçulmanos, espiritualistas, evangélicos. Enfim, temos uma capela ecumênica, que em alguns horários são realizadas algumas orações de rotina e as famílias são chamadas pelo grupo voluntário aqui do hospital para participar.

**Considerações finais:** tem alguma outra coisa que você gostaria de estar colocando, da sua experiência, não quero tomar mais o seu tempo.

Vou falar um pouco sobre o momento do atendimento/acolhimento, quando se dá o óbito. A equipe médica vem, dá a notícia e sai. Nós ficamos com a família e juntos nós tentamos nos organizar. A gente observa quem dá família está mais estruturado e conduz junto ao assistente social para que possam ser feitos todos os trâmites burocráticos e a gente acompanha essa família até a sala de velório, sala de transferência. Fica com eles pelo tempo que for necessário, para ajudá-los a estar ali, entenderem o que houve. Dê maneira alguma nós falamos: não chore, ele está bem, porque não dá para não chorar quando a gente está triste e não dá para dizer que ele está bem, porque na realidade a gente não sabe, não têm essa garantia. Então, fica a critério da família fazer o que ela bem entende. Se eles te abraçam, você abraça, afinal, você está ali efetivamente.

Se você me pergunta se isso trás sofrimento para nós, eu diria que ali o sofrimento que está sendo tratado não é o nosso. Precisamos de acompanhamento psicoterápico para que possamos levar as nossas questões e estar ali inteiramente a disposição do outro nessas situações, para que possamos conduzir algumas situações, para que as pessoas sintam que aquilo ali é real.

Resumidamente, eu me lembro de uma mãe que quando recebeu a notícia da morte de seu bebê, dava pulos dessa altura aqui na sala de espera e gritava: eu quero a minha “fê”. Nós a conduzimos até a sala de conforto, onde tinha uma outra família que tinha acabado de receber a notícia e era a mãe daquela senhora que estava ali, que tinha falecido. E essa senhora, sem entender nada, achou que a mãe da criança que estava chorando muito desesperadamente era alguma amiga de sua mãe que ela não conhecia. Veio em sua direção e esbofeteou a mãe dizendo: agora chega, para com isso e a mãe parou e a gente ficou sem entender o que estava acontecendo, ficou numa situação constrangedora e de respeito pela dor

da mãe. O médico perguntou: mas o que está acontecendo? E a senhora falou, ela fica aqui chorando desse jeito, eu que sou a filha não estou chorando. E o médico disse: mas ela está chorando a morte da filha e a senhora, porque não está chorando a morte de sua mãe?

Aí, nós dividimos a equipe. Um ficou com aquela senhora e a outra com a mãe. Eu desci com a mãe para encontrar com a criança morta. A criança já desceu com roupa e ela não aceitava que a filha estava morta. Ela pegava a chupeta e passava na boca da filha e olhava para mim e dizia: nenhum de meus filhos foi chegado a chupeta, nenhum dos meus filhos pegou a chupeta. E eu percebi que ela forçava na boca da filha e eu disse: essa também não vai pegar, não é?

Enfim, intervenções simples muitas vezes. Mas você pode deixar a chupeta com ela. Você quer deixar? Enfim, tentando mostrar para ela que ela continuava sendo filha, que ela tinha características dos outros anteriores. Intervenções desse tipo às vezes são necessárias.

Eu me lembro de outra família, que eram orientais e que uma parte da família queria cremar e a outra não. Aí não se decidia o que se iria fazer com a pessoa falecida. Tivemos uma reunião com a família, fiz um levantamento das questões que envolviam uma ação ou outra, pra que assim eles pudessem resolver.

É claro o que opera isso são os aspectos emocionais, que já andavam sendo discutidos, porque era uma família que já estava sendo acompanhada antes do problema que já havia se configurado, do contrário, a gente pode chamar isso de escuta psicológica ou alguma coisa nesse sentido.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)