



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES

CURSO DE PSICOLOGIA

REFLEXÕES SOBRE MORTE NA PERSPECTIVA DE
PSICÓLOGOS HOSPITALARES

LUCIANA TEIXEIRA DE ARAÚJO

BRASÍLIA

DEZEMBRO, 2008

LUCIANA TEIXEIRA DE ARAÚJO

REFLEXÕES SOBRE MORTE NA PERSPECTIVA DE
PSICÓLOGOS HOSPITALARES

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília como requisito
básico para a obtenção do grau de
Psicólogo da Faculdade de Ciências da
Saúde, sob orientação da professora
Morgana Queiroz.

Brasília-DF, Dezembro de 2008

Agradecimentos

Primeiramente, ao Poder Superior – Deus, Oxalá, Krishna, Jeová, Alá, Olorun, Adonay, Yaveh, ou qualquer outro nome – pelos dons da vida, do sentir, do amar; pela perfeição e beleza da natureza que me nutre e revitaliza!

Aos meus familiares, especialmente meus pais, pelo amor, dedicação, incentivo, apoio, companheirismo e suporte, sempre!

Aos amigos queridos, companheiros de jornada, que estando longe ou perto, nos momentos felizes ou tristes, fazem minha vida muito mais colorida: Claudinha (Mahak e Klaw), Erika, Cris, Cândida, Fernanda, Mari, Tê, Fê, Melissa, Dácio, Clístenes, Diego, Gui, João, Almir, Swami, Venícius... Amo vocês!

Di, meu amor, amigo, confidente... Agradecida por seu carinho, incentivo, confiança, cumplicidade, paciência, por ser meu espelho, me ajudar a crescer, a ser uma pessoa melhor a cada dia! Por sempre ter me ajudado nos momentos difíceis. Não tenho palavras para expressar minha gratidão!

Ao Rama, meu gatinho lindo, meu companheiro, que inúmeras vezes clamava por minha atenção enquanto eu me debruçava neste trabalho... Miau!

Aos companheiros de estudo que encontrei nesta faculdade e que transformaram esta fase ainda mais rica e interessante: Carol, Raphaella, Ticiane, Eliane, Nádia, Larissa, Verônica, Juliana, Jéssica, Bernardo, Caetano, Cíntia, etc. etc. etc...

Aos colegas do estágio em psicologia hospitalar, nossas discussões enriqueceram muito este estudo, sempre de maneira divertida!

Aos psicólogos hospitalares que gentilmente cederam seu tempo e viabilizaram este trabalho, sem a participação de vocês a realização desta monografia não seria possível!

Aos professores do UniCEUB e já quase colegas de profissão que me ajudaram a me formar psicóloga, auxiliando-me a ver o mundo e as pessoas de outra forma.

Ao pessoal do TJDFT, supervisores e preceptores de estágio, por tanto aprendizado!

À minha psicoterapeuta, Manuela Monte, por facilitar meu eterno processo de auto-conhecimento, por me auxiliar a resolver conflitos e a me desenvolver... Nossos encontros são preciosos!

À minha orientadora querida, Morgana Queiróz, pela relação de respeito, apoio e confiança, pelos ensinamentos, incentivos, por ampliar minha visão! Muito grata, de coração!

A prática se apóia sobre um saber, mas este
é sempre fragmentado e provisório.

Fragmentado porque não pode haver teoria
exaustiva sobre o homem, e provisório porque a
própria prática faz surgir constantemente
um novo saber (...)

O próprio sujeito da prática é transformado
constantemente a partir da experiência na
qual está engajado e que ele faz, mas pelo qual
ele é também feito.

Castoriadis

A morte vem de longe
Do fundo dos céus
Vem para os meus olhos
Virá para os teus
Desce das estrelas
Das brancas estrelas
As loucas estrelas
Trânsfugas de Deus
Chega impressentida
Nunca esperada
Ela que é na vida
a grande esperada!
A desesperada
Do amor fraticida
Dos homens, ai! dos homens
Que matam a morte
Por medo da vida!
Vinícius de Moraes

Sumário

Resumo	vii
Introdução	08
1) A Complexidade da Morte	10
1.1) Visão Histórica da Morte no Ocidente	10
1.2) Morte e Luto	14
2) A Morte e a Psicologia Hospitalar	28
3) Método	35
3.1) Pesquisa Qualitativa em Fenomenologia	35
3.2) Métodos Qualitativos em Fenomenologia	38
3.3) Proposta de pesquisa	39
3.3.1) Sujeitos Participantes da Pesquisa.	39
3.3.2) Instrumento para levantamento das informações	40
3.3.3) Análise das informações	41
4) Discussão	42
4.1) O Valor da Experiência no Enfrentamento da Morte	43
4.2) A Função da Religião no Lidar com a Morte	46
4.3) Dor x Alívio em Decorrência da Morte	48
4.4) Valorização da Vida em Contraponto ao Desgaste em Decorrência do Morrer	51
4.5) Onipotência e Limitações Frente à Morte	53
4.6) Postura Profissional x Pessoal ao Acompanhar Situações de Morte	56
5) Considerações Finais	59
Referências	62
Apêndices	66

Resumo

O ato de morrer, além de um fenômeno biológico natural, contém intrinsecamente uma dimensão simbólica, impregnada de valores e significados dependentes do contexto sociocultural e histórico em que se manifesta. Numa época em que o ser humano é fragmentado e a morte é deslocada para o hospital, o psicólogo hospitalar tem o papel de resgatar a integralidade do sujeito hospitalizado, dando-lhe voz e proporcionando-lhe uma escuta diferenciada. Visto que a morte faz parte do cotidiano deste profissional, buscou-se refletir sobre a vivência/experiência de psicólogos hospitalares acerca do processo de morte e morrer, e sua implicação na vida pessoal e profissional desses trabalhadores, a partir de uma pesquisa qualitativa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com quatro psicólogos hospitalares da cidade de Brasília-DF, escolhidos de acordo com o critério de acessibilidade. Como recurso metodológico de análise foi utilizada a fenomenologia existencial, a partir do envolvimento existencial e distanciamento reflexivo da autora. Os resultados foram agrupados em seis categorias temáticas: o valor da experiência no enfrentamento da morte; a função da religião no lidar com a morte; dor x alívio em decorrência da morte; valorização da vida em contraponto ao desgaste em decorrência do morrer; onipotência e limitações frente à morte; postura profissional x pessoal ao acompanhar situações de morte. Visto que a morte só pode ser experienciada indiretamente, a partir da morte do outro, pode-se dizer que falar de morte é falar de ambigüidades, evoca sentimentos primitivos e questionamentos. Este estudo não tem a pretensão de esgotar o tema, assunto complexo e polêmico, mas levantar reflexões e averiguar como a subjetividade de cada um se manifesta ao lidar com a consciência da finitude.

Palavras-chave: morte; psicologia hospitalar; fenomenologia.

A perda e sua elaboração são elementos contínuos no processo de desenvolvimento humano. A morte está presente no cotidiano dos profissionais de saúde, dentre os quais, o psicólogo hospitalar; contudo, vive-se atualmente em um contexto sócio-histórico de negação e distanciamento da morte, que pode ser percebido, inclusive, na formação desses profissionais, que se caracteriza pela negligência deste tema e pela ênfase nos aspectos teórico-técnicos.

A autora vivenciou poucas experiências em sua vida particular com a morte de entes queridos. O interesse em trabalhar na área hospitalar lhe suscitou questionamentos sobre como seria lidar com a morte no cotidiano profissional, visto que, apesar de evocar uma gama de sentimentos, é um evento velado na sociedade. Com a prática nos estágios, ao atender, conviver e acompanhar a morte de alguns pacientes, estas dúvidas aumentaram, e com elas o desejo de tentar compreender o que significa não querer entrar em contato com a morte, com a consciência da finitude? Como os psicólogos hospitalares são afetados pela convivência com a morte? Como lidam com isso? O que eles perdem e ganham em suas vidas pessoais e profissionais? Com o passar do tempo e a maturidade profissional, os sentimentos evocados ao acompanhar a morte de um paciente mudam?

Considerando que a compreensão sobre a morte influencia a qualidade de vida do sujeito, uma vez que ela tem o poder de fazer com que o homem reflita sobre sua existência, procurando agir com maior autenticidade, além de influenciar a maneira como o profissional interage na sua atividade laboral diante do processo de morte e morrer, buscou-se com este estudo refletir sobre a vivência/experiência de psicólogos hospitalares acerca da morte e sua implicação na vida pessoal e profissional desses trabalhadores. Além disso, procurou-se caracterizar o conceito de morte numa perspectiva da complexidade; refletir sobre o conceito de morte no contexto hospitalar em relação à atuação do psicólogo hospitalar e estudar os discursos dos psicólogos hospitalares.

Ao questionar a morte e o morrer, inevitavelmente fala-se de vida, pois são assuntos complementares e não contrários. Trazendo à tona este tabu, espera-se uma mudança nos parâmetros de comportamento individuais e da sociedade. Assim, pode ser que, ao lidar melhor com a morte, o homem resgate a alegria de viver, em uma sociedade marcada pelos altos índices de depressão. Sendo a morte um tema polêmico, configura-se como um campo de estudos fértil para a psicologia como reflexão, ciência e prática. Destarte, uma vez que o significado das coisas tem um papel organizador nos seres humanos, é crucial a investigação sobre o tema da morte para o psicólogo hospitalar, já que está circunscrita em sua atuação profissional cotidiana, influenciando a qualidade de vida do trabalhador, e a maneira como ele interage na sua atividade laboral.

Diante do exposto, este estudo irá inicialmente fazer uma breve exposição da visão histórica da morte no Ocidente, que passa da morte domesticada na Idade Média à morte velada e escondida na contemporaneidade. Posteriormente, aborda questões acerca da complexidade dos processos de morte, morrer e luto; contemplando a subjetividade nesses temas, a relação entre morte e vida, e as invenções culturais para que o homem lide melhor com a consciência de sua finitude, dentre os quais estão a religião e a ciência. Passa, então, à sistematização da morte em relação à psicologia hospitalar, que vem humanizar os atendimentos e resgatar a totalidade do ser, já que o hospital é um local onde se procura curar as pessoas e salvar suas vidas, com ênfase no aspecto técnico. Em seguida é exposta a metodologia utilizada neste trabalho, analisado e discutido à luz do referencial fenomenológico existencial. É apresentada a discussão, a qual explora os resultados obtidos e, por fim, são feitas as considerações finais, que não tem a intenção ou pretensão de esgotar a riqueza e complexidade deste tema.

1) A Complexidade da Morte

1.1) Visão Histórica da Morte no Ocidente

Cada época, a seu modo, influencia o sujeito na forma de pensar e de agir. Assim, o sentido de morte não é universal, e não se opera no vazio. Além de ser um fenômeno biológico natural, a morte contém um aspecto simbólico. Neste sentido, qualquer visão do significado da morte será multifacetada, composta por fatores predeterminantes de ordem cultural, histórica, ética, religiosa e psicológica. A interação desses fatores contribui para tornar ainda mais complexa e abrangente qualquer tentativa de compreensão da morte e do morrer. Além disso, a forma como a morte é encarada tem influência direta sobre a forma de seu enfrentamento.

Segundo Morin (1970), a consciência da morte não é algo inato, é um conhecimento do indivíduo, aprendido. Sendo o saber da morte exterior, produto de uma consciência que capta o real, o homem é surpreendido pela morte.

Na época medieval os homens eram avisados de sua morte por sinais naturais ou uma convicção íntima, e assim podiam se preparar; havia tempo para lamentações, queixas da vida, perdão dos companheiros, orações, absolvição. Mortes repentinas eram desonrosas. O homem, ainda integrado à natureza, aceitava a morte como uma das grandes leis da espécie, sobre a qual não podia intervir. Os ritos contemplavam uma cerimônia pública, organizada pelo próprio moribundo, com a participação das crianças. A morte ocorria no leito, era simples, familiar, próxima, por isso denominada morte domesticada. Contudo, o mundo dos vivos deveria permanecer separado do dos mortos, com o intuito de facilitar o percurso dos mortos até o céu e evitar a contaminação física (pela decomposição dos corpos) e psíquica (visita dos mortos); destarte, os cemitérios situavam-se fora das cidades (Ariès, 1989).

No final da Idade Média e nos séculos XVI e XVII o corpo dos mortos era confiado à igreja. Os cemitérios ficavam nas cidades, o que demonstra que as pessoas estavam familiarizadas com os mortos, bem como com a sua própria morte (Ariès, 1989).

A partir do século XII surge a preocupação com o Juízo Final. Este era individual e particular, portanto trazia inquietação, ao contrário da segurança e tranquilidade promovidas pelo rito coletivo descrito acima. O homem tomou melhor consciência de sua individualidade; as particularidades de cada biografia eram analisadas e avaliadas, e essa revisão adquiriu um caráter dramático, uma carga emocional que antes não possuía. O apego às coisas e aos seres possuídos durante a vida era considerado a grande tentação. Encontra-se presente uma aversão à decomposição, que adquiriu um sentido macabro, de ruína do homem. Nesse período, o corpo passa a ser escondido nos caixões, pois é insuportável aos olhos. Ressurgem as inscrições funerárias, significando o desejo de conservar a identidade do túmulo e a memória do desaparecido (Ariès, 1989; Kovács, 2002).

O uso da cor preta como simbolização do luto data do paganismo. Relacionava-se com o horror dos mortos, como um disfarce para o fantasma do morto. O preto contém também o simbolismo da noite e a ausência de cor para expressão do abandono e da tristeza. Esta cor facilita a lembrança de que ocorreu uma perda, e poderia sugerir às outras pessoas que tivessem uma atitude especial em relação à pessoa enlutada e evitassem falar de coisas que poderiam magoá-la. A cor não só demonstrava tristeza, mas também criava paz e serenidade interiores (Kovács, 2002).

No século XIV a expectativa de vida era muito baixa. Havia muito sofrimento e vulnerabilidade, a guerra e a peste matavam ao mesmo tempo, a Inquisição começou a usar a tortura e a morte como instrumentos oficiais de política administrativa. A morte passou a ser considerada o castigo de Deus para os homens, “um terror físico e teológico” (Kastenbaum & Aisenberg, 1983, p. 159). A morte não podia ser controlada pelo sistema tecnológico nem

pelo pensamento racional, era utilizada como material para manipulação criativa pela arte e literatura.

Do séc. XIII ao séc. XVIII o testamento não tinha apenas finalidade de transmitir uma herança, era utilizado pelo moribundo para exprimir seus pensamentos e convicções, sua fé, seu apego às coisas e pessoas. A partir do séc. XVIII o testamento foi laicizado, ficou reduzido ao que é hoje, um ato legal de direito privado para distribuição dos bens (Ariès, 1989).

A partir do século XVIII a morte passa a ser exaltada, o homem preocupa-se menos com a sua própria morte, e a morte romântica é a morte do outro, sua lamentação e saudade. A morte comove, é admirada pela sua beleza, considerada um sublime repouso, eternidade e possibilidade de reencontro com os entes queridos já falecidos. No séc. XIX passa a ocorrer um exagero do luto, evidenciando que a morte do outro é mais temida que a de si mesmo. Os cemitérios saem da igreja, devido à falta de espaço e preocupação com a higiene e saúde, e vão para fora da cidade. As pessoas passam a visitar os cemitérios, evocam o morto e cultivam sua recordação, conferindo a ele uma espécie de imortalidade. Este século também marca o surgimento do espiritismo, ligado a uma expectativa de vida futura (Ariès, 1989; Kovács, 2002).

Diante desse sentimento de intolerância da morte do outro, passou-se a esconder do doente a gravidade de seu estado, com o intuito de poupá-lo. Procurou-se evitar o incômodo e a emoção forte não somente do doente, mas de toda sociedade, pois a vida deve parecer ser sempre feliz. Entre 1930 e 1950 a morte deixa de acontecer em casa e é transferida para os hospitais, que proporcionam os cuidados mais adequados. Os hospitais, que outrora funcionavam como asilo, converteram-se em centros de cura, onde se luta contra a morte. O indivíduo morre só, e a própria equipe define o momento de seu falecimento. A morte foi dividida em cerebral, biológica e celular. São vários os aparelhos destinados a medir e

prolongar a vida. A morte não é mais considerada um fenômeno natural, e sim fracasso, impotência ou imperícia, por isso deve ser ocultada. O triunfo da medicalização está, justamente, em manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio. Neste mundo em que impera a produção mercantilista, o adoecer torna-se vergonhoso, pois o indivíduo deixa de produzir e, com isso, é excluído e ocultado (Ariès, 1989; Kovács, 2002).

A boa morte atual é a que era temida na Antiguidade, a morte repentina, não percebida. Os ritos procuram ser imperceptíveis, o mais discretos possível, evitando o pretexto para as emoções. Procura-se não exteriorizar os sentimentos para não assustar as crianças, evita-se chorar em público. Não há mais manifestações aparentes de luto, este é solitário e envergonhado, é um luto privatizado. Já não há mais o hábito de visitar o túmulo, cresce o número de cremações. A neutralização dos ritos funerários e ocultação da morte fazem parte dessa incapacidade social de se lidar com ela. Diante disso, “o recalçamento do desgosto, a interdição da sua manifestação pública, a obrigação de sofrer só e às escondidas, agravam o traumatismo devido à perda de um ente querido” (Ariès, 1989, p.58). Assim, a morte foi convertida em um tabu, substituindo o sexo como principal interdito.

Acredita-se que esta postura de negação diante da morte está relacionada ao *american way of life* disseminado no início do séc. XX. Este prega a felicidade, a obrigação social de contribuir para o bem-estar coletivo, evitando toda causa de tristeza ou aflição, vestindo a máscara de que está tudo bem, mesmo quando se está angustiado. Demonstrar tristeza é pecar contra a felicidade. O luto deixa de ser um tempo necessário para elaboração da perda sofrida, “tornou-se um estado mórbido que é preciso tratar, abreviar, eliminar” (Ariès, 1989, p.62).

Vale complementar que os “desenvolvimentos atuais das biotecnologias transtornaram e complicaram as antigas formas sociais de percepção, pensamento e sentimento a respeito da relação de pertencimento mútuo entre vida e morte” (Giacchia, 2005, p.6). Os notáveis progressos das ciências biomédicas proporcionam atualmente para a bioética um fértil campo

de indagações a respeito do limite entre vida e morte e a produção de seres vivos novos, em temas como a eutanásia, distanásia, ortonásia e clonagem.

1.2) Morte e Luto

O homem vive em constante processo de mudança, em movimento de morte e reconstrução interior, mas a morte física aparece como uma “última” transformação, estranha e desconhecida; não se sabe se é o fim. Como destacamos acima, atualmente a morte é um tabu, mas continua tênue a linha que a separa da vida (Pessoa, 1997).

Ao longo do processo de desenvolvimento, convive-se com os pólos vida e morte. Assim, pode-se afirmar que existem várias “mortes” em vida; embora não ocorra a morte concreta, essas experiências possibilitam a reorganização e a ressignificação da vida. Por exemplo, na mudança entre as fases da vida (infância, adolescência, vida adulta e velhice) há diversas “mortes simbólicas”, no qual características e atividades de uma fase dão lugar a outras, iniciando uma nova etapa da vida. A doença também é um tipo de morte. No passado, a doença chegou a ser vista como um refinamento, o sofrimento dignificando o homem. Atualmente, é encarada como fraqueza e punição, tendo em vista a interrupção da produção em um mundo capitalista. Outras possibilidades de morte em vida são a ausência de poder e controle sobre si e sobre a realidade e o processo de luto, que se caracteriza por um conjunto de reações diante de uma perda, envolvendo o rompimento de um vínculo e a perda de uma parte de si (Combinato & Queiroz, 2006).

Há um silêncio em relação ao discurso conceitual acerca da morte, visto que não é possível transcender este “não-fenômeno”; não é nada que possa ser efetivamente experimentado, apresentado como um dado biológico, com a forma de um acontecimento objetivo. Resta, então, a relação que o sujeito mantém com sua própria mortalidade, sua

descontinuidade na temporalidade, a supressão intransferível de existir. Assim como não há uma essência do existir, só o que há é a experiência da morte. Esta é um fenômeno que faz parte da vida, etapa natural do ciclo de desenvolvimento (Dastur, 1942).

Vale ressaltar que, inicialmente, o significado atribuído à morte é externo ao indivíduo, dado que pertence à cultura. À medida que esse significado é internalizado, transforma-se num instrumento subjetivo da relação do indivíduo consigo mesmo, ou seja, o significado externo adquire um sentido pessoal para o sujeito, a partir de sua própria experiência e história de apropriações – sua subjetividade. Dessa forma, “o conteúdo que tinha um significado externo passa por uma mediação psíquica e adquire um sentido pessoal, singular, único para cada pessoa” (Combinato & Queiroz, 2006, p. 214). Segundo Kastenbaum e Aisenberg (1983), a definição que cada indivíduo possui acerca da morte difere em relação à idade cronológica, estrutura da personalidade, classe sócio-econômica, e o contexto da situação.

Kastenbaum e Aisenberg (1983) consideram a morte um estímulo aversivo ou nocivo, sendo o medo a resposta psicológica mais comum. Apesar disso, a tanatofobia configura-se como inaceitável socialmente, sendo reconhecida como sinal de imaturidade e fraqueza. Dentre os principais tipos de medo estão o não saber o que vem depois da morte, se há vida, castigo; o evento de morrer, qual será a causa, se virá acompanhado de sofrimento, dependência, perda de controle; e o aniquilamento, o deixar de ser. Algumas pessoas também temem o morto, suas possíveis retaliações. A natureza e a magnitude da resposta ao pensamento de morrer podem ser analisadas no contexto de probabilidade, tempo e local da ameaça.

Por outro lado, o medo da morte também contempla um aspecto vital, surgindo como uma “expressão do instinto de autoconservação, uma forma de proteção à vida, e uma possibilidade de superar os instintos destrutivos” (Kovács, 2002, p. 24).

Lowen (1980, citado em Kovács, 2002), relata que há uma relação entre o medo de viver e o medo de morrer. O medo da vida está vinculado ao medo da realização e da individualização, portanto, está propenso à destruição. Assim, quando o indivíduo está mais cheio de vida, vivendo plenamente as emoções, fica mais consciente da morte e do desejo de morrer. Para não sofrer, a pessoa pode se “amortecer”, não sentir mais, e, paradoxalmente, não conseguirá viver, em função do medo da vida, do medo de ser. É o morto em vida. Pode-se relacionar o que foi descrito com o conflito entre Eros e Tanatos, pulsões de vida e de morte. Morin (1970) coloca que:

O Id pode revestir e dissolver a idéia da morte, mas pode, por sua vez, ser minado por ela: a consciência obcecante da morte, no seu extremo, resseca e apodrece a vida e conduz à loucura e ao suicídio. No outro extremo, um Ego atrofiado pode ignorar-se tanto a si próprio que nunca pensa na morte. Entre estes casos limites, a presença e a ausência da morte imbricam-se e cobrem-se diversamente. É a vida, com e sem a preocupação da morte, a vida dupla (p. 61)

Em seus estudos sobre psicanálise, Rodrigues (2000) pontua que há uma ausência de representação do sexo e da morte no inconsciente, como um efeito da operação simbólica. Segundo a autora, “A marca significativa que instaura o sujeito na ordem do falo também instaura um campo de perda, de hiância, de morte. A morte é, pois, uma função instalada na experiência da palavra e o sujeito é um sujeito mortificado pelo significativo.” (p.50). Não há como ter uma representação da morte no inconsciente por ser uma experiência que nunca teria sido vivida.

Para Morin (1970), embora o homem conheça a morte, seja privado de seus mortos amados, e saiba de sua mortalidade, vive cego a ela, mantendo-a ausente do campo da consciência. O sujeito adere à sua atividade vital cotidiana, marcada por hábitos e trabalho,

eliminando as idéias de morte. A morte só regressa quando o eu a olha ou se olha a si próprio. O homem ignora que tem que morrer, e essa obsessão da sobrevivência, muitas vezes em detrimento da vida, revela no homem a preocupação de conservar a sua individualidade para além da morte. Assim, o horror da morte seria a emoção, o sentimento, ou a consciência da perda da individualidade, de uma ruptura, de um vazio. Essa individualidade é dialética, se dá mediante as participações, o seu enriquecimento e sua afirmação no mundo.

O não-saber é apavorante para o ser humano, pois se perde a capacidade de controle, fica-se submisso ao desconhecido. Assim, a consciência de mortalidade equivale a uma ferida narcísica. Visando abrandar o sofrimento de se estar vivo, a falta a ser, cada um dispõe de recursos particulares para lidar com a realidade humana, dentre os quais, a fantasia. As fantasias inconscientes sobre o que seria a morte estão relacionadas ao reencontro com pessoas queridas mortas; o encontro com figuras idealizadas, como Deus; a ida para o mundo paradisíaco, regulado pelo princípio do prazer no qual não há sofrimento; a volta ao útero materno, em que não existem desejos e necessidades; ainda aquelas fantasias negativas ligadas à culpa e ao remorso, como o inferno (Kovács, 2002).

A cultura oferece algumas alternativas coletivas para aliviar o sofrimento advindo da incompletude do ser humano, como, por exemplo, as ciências, as religiões, e as drogas. “Todas as culturas humanas podem ser decodificadas como mecanismos engenhosos calculados para tornar suportável a vida com a consciência da morte” (Bauman, 2008, p.46). Kovács (2002) pontua que as religiões e a filosofia sempre procuraram questionar e explicar a origem e o destino do homem.

As ciências procuram produzir um conhecimento que traga segurança, em função da possibilidade de controle das variáveis. Com a tecnologia de transplante e substituição de órgãos, por exemplo, a ciência médica contemporânea adquiriu meios eficientes para prolongar a vida. Contudo, a própria natureza dessa tecnologia e seu alto custo impedem sua

aplicação universal. É um paradoxo que a ciência, dessa forma, realiza uma estratificação do acesso à vida longa. Nesta época de “temor demográfico”, o elevado índice de natalidade é visto como uma ameaça aos recursos limitados e à bem-aventurança dos consumidores, ocorrendo a privatização, inclusive, da possibilidade de sobrevivência ou de viver mais (Bauman, 1998). Ancorada em seu discurso de saber absoluto, a forma como os profissionais lidam com a morte é velada, não a encaram como uma “experiência da falta, do vazio radical que funda o viver do homem e cuja presença modifica o seu estar-no-mundo” (Rodrigues, 2000, p.51).

A religião propõe re-ligar (do latim *religio*, que vem de *religare*, segundo Santo Agostinho) o sujeito ao paraíso perdido, afastando a ansiedade gerada pelas incertezas (Rodrigues, 2000). Para Morin (1970) a religião:

que vai se especializar cada vez mais na canalização do traumatismo da morte e na manutenção do mito da imortalidade, expressa esse traumatismo dando-lhe uma forma e uma “saúde”. (...) Ela secreta o otimismo que, através dos ritos de imortalidade, permite ao indivíduo ultrapassar sua angústia (...) O sereno equilíbrio do fiel (quando existe) se baseia no delírio patológico de sua religião. Mas, de outro ponto de vista, a religião é a saúde social, que acalma a angústia mórbida individual da morte. (pp.80,81)

Lester (citado por Kastenbaum & Aisenberg, 1983, p. 97) examinou dez estudos, com resultados discrepantes, e concluiu que “a crença religiosa não afeta a intensidade do medo à morte, mas antes canaliza o medo para os problemas específicos que cada religião propõe”. Contudo, a religião, particularmente se é uma crença interiorizada e vivida, pode ajudar a transcender ou a sublimar o medo à morte e, em graus extremos, pode levar o indivíduo a desejar morrer para se encontrar com a divindade.

Segundo Bauman (2008), a mais efetiva invenção cultural é negar a finalidade da morte, a idéia de que a morte não é o fim do mundo, a não-existência, mas a passagem de um mundo para outro, onde continuarão existindo, mas numa forma diferente, mesmo que não seja corpórea. Estar ciente da mortalidade significa imaginar a imortalidade, o que enche a vida de significado.

Os corpos usados e gastos podem se desintegrar, mas o ´estar no mundo` não está confinado a esta carapaça de carne e ossos aqui e agora. Com efeito, a atual existência corpórea pode ser apenas um episódio recorrente numa existência interminável, embora constantemente mudando de forma (como no caso da reencarnação) – ou uma abertura para a vida eterna da alma que começa com a morte, transformando dessa forma o momento da morte num momento de libertação da alma de seu revestimento corporal (como na visão cristã da vida após a morte) (Bauman, 2008, pp.46,47).

Associar a morte à eternidade da vida configura-se como uma promessa de lutar contra o impacto imobilizante da iminência da morte. Não apenas se pode, deve-se encarar a morte, o que vem acompanhado pela preocupação com o tipo de vida nova que a morte iminente irá prenunciar. “Lembrar a iminência da morte mantém a vida dos mortais no curso correto (...) A eternidade da alma dota a vida terrena de um valor inestimável” (Bauman, 2008, p.47), já que a qualidade da vida após a morte, que pode ser de felicidade ou tormento, depende de como o sujeito viveu a vida terrena. Esta inversão transformou o poder destrutivo da morte num poder de engrandecer a vida, conciliando os mortais com sua mortalidade e dotando a vida de um sentido, um propósito, um valor.

A religião conseguiu amansar e domesticar o espectro da morte para alguns. Para outros, que se perguntam por que abrir mão das tentações terrenas por alegrias que poderiam apenas imaginar e que nunca testemunhariam, foram criados substitutos, ainda segundo a

fórmula da vida após a morte. Foi enfatizada a durabilidade dos efeitos de uma vida terrena transitória, no qual o sujeito deve decidir se sua vida deve ou não causar um impacto no mundo que persista após sua morte, e de que tipo. Este mundo continuará sendo habitado por outras pessoas, que vivenciarão o impacto daquela vida que chegou ao fim, e o que se espera é que os frutos e marcas permanentes deixados sejam reconhecidos, de forma pessoal (fama individual) ou impessoal (anônima). Neste caso, a estratégia utilizada para conferir sentido à morte, que não a salvação da alma imortal, é pela idéia da imortalidade corpórea dos grupos - a nação, a igreja, o partido, a causa - no qual a própria individualidade dissolve-se em favor da sobrevivência do grupo. Quando se fala nas guerras, por exemplo, a construção dos memoriais celebra a dignidade da morte dos combatentes. A morte de um herói, um sacrifício pessoal, tem o poder de retrospectivamente elevar e enobrecer o significado daquelas vidas que se foram, mesmo as mais indignas (Bauman, 1998, 2008).

Em relação à preservação da memória individual de alguns, garantindo, dessa forma, a sua imortalidade, poderia ser conseguida através da realização de governantes e líderes de homens, ou pelos autores e artistas. Atualmente, na era cibernética, em que a memória humana está sendo substituída pela “memória artificial”, os direitos de propriedade e reivindicações autorais perdem muito de seus sentidos, os autores se tornam cada vez mais anônimos e órfãos, não se sabe quem é o responsável pelos materiais multiplicados (o autor, o operador de sistema, a comunidade de participantes?). “Em vez de garantir imortalidade aos autores, ele aboliu a autoria da vida eterna.” (Bauman, 1998, p. 202). Paralelamente a esse movimento,

ser registrado não é mais recompensa dos poucos eleitos, nem necessariamente o resultado do próprio empreendimento de alguém. Agora, todos têm a possibilidade e a probabilidade de ter o nome e registro de vida conservados para sempre na memória artificial dos computadores. Pela

mesma razão, ninguém tem a possibilidade de obter um acesso privilegiado à comemoração perpétua. A fama, essa premonição da imortalidade, foi suplantada pela notoriedade (Bauman, 1998, p.203)

Como consequência, os desaparecidos estão apenas temporariamente ausentes, mas tecnicamente presentes. A imortalidade foi reconstruída, não sendo mais a transcendência da mortalidade, mas uma realidade virtual, tão instável e extinguível como a própria vida (Bauman, 1998).

Segundo este autor, há ainda a marginalização das preocupações com o fim mediante a desvalorização de tudo que seja durável, permanente, de longo prazo, que possa ultrapassar a existência individual. A marginalização consiste num esforço para afastar a preocupação com a eternidade, transplantando para o momento presente a importância que se atribuía ao depois. Isso pode ser alcançado por meio da desconstrução ou banalização. Sobre a primeira, sabe-se que atualmente não se ouve falar em morte por causas naturais, deve-se apontar e explicar detalhadamente a causa de cada falecimento e torná-lo evitável, tarefa esta atribuída à medicina. “A naturalidade da morte é camuflada de cultura” (p.58), a desconstrução pretende despir a morte de sua aura de extraordinário. Apesar de velada e invisível, a morte está latente a todo instante, sendo vigiada em cada realização humana. A luta contra a morte começa no nascimento e continua presente pela vida afora, como pode ser observado nos casos em que os pais congelam células-tronco de seus filhos recém-nascidos para se certificarem de que poderão ser curados se adoecerem futuramente.

Já a banalização transforma o próprio confronto com a morte em um evento banal, quase cotidiano, esperando familiarizar as pessoas com a experiência do fim e abrandar seu horror pelo excesso de visibilidade. “... a morte dos anônimos e ‘generalizados’ outros, é exibida espalhafatosamente, convertida numa espetáculo de rua nunca findo que, não mais evento sagrado ou de carnaval, é apenas um dentre muitos dos acessórios da vida diária”

(Bauman, 1998, p.199). No corrente ano, podem ser citados dois casos que foram incessantemente veiculados na mídia: o assassinato de Isabella Nardoni, 5 anos, ocorrido em março e o de Naiara Vieira, 15 anos, sucedido em outubro. Sua onipresença faz com que os fatos tornem-se habituais demais para algumas pessoas a fim de serem notados e despertar emoções intensas. Acabam servindo como modelo para que outras pessoas repitam o crime.

Vale ressaltar que essas estratégias permitem que se suporte o insuportável, o que não quer dizer que estejam livres de efeitos colaterais indesejáveis e até mesmo nocivos. Pode-se tentar manter a morte à distância por algum tempo, mas nada do que se faz poderá detê-la quando finalmente chegar (Bauman, 2008).

A iminência da morte enche a vida de medo primal, talvez o protótipo ou arquétipo de todos os medos, mas também funciona como um estimulante extremamente poderoso, dotando a vida de enorme importância, ao mesmo tempo em que priva a vida de significado (Bauman, 2008).

Muitas vezes encarada como o final, a morte tem o poder de tornar possível a vida. Lacan, citado por Rodrigues (2000, p.51), distingue duas mortes: “a morte que a vida leva e a morte que leva à vida”. Cassorla (1998) relata que a morte tem o poder de fazer o homem refletir sobre como deseja viver sua vida, sobre o que realmente lhe é caro. Quando ignorada, o ser humano pode tornar-se prisioneiro do olhar e do desejo dos outros, tornando-se submisso, e deixando de ser o que realmente é. Diante da morte, não há lugar para mentiras, e a verdade, aquilo que realmente importa, emerge. Houve um tempo em que o homem tinha pouco controle sobre a morte, procurava aprender com ela, valorizando a arte de viver. Hoje, com o avanço tecnológico e o aumento dos estudos, seu poder aumentou, onipotência e negação passaram a caminhar juntas, e a morte foi definida no ocidente como a “inimiga a ser derrotada”. O homem alienou-se e foi possuído pela fantasia de evitar a morte, banalizando-a, esquecendo-se das lições que ela pode ensinar. No entanto, esse poder que o homem acredita

ter é ilusório, pois a morte é definitiva e pode, no máximo, ser adiada.

Outro exemplo sobre a maneira como a consciência sobre a própria mortalidade é benéfica respalda-se nas experiências de quase-morte (EQM). Em estudo de revisão bibliográfica sobre o tema, Greyson (2007) comenta sobre as alterações permanentes e dramáticas por que passam as atitudes, as crenças e os valores dos indivíduos que passam por essa experiência. Uma EQM conduz a mudanças positivas significativas em relação à finalidade e ao sentido da vida, assim como favorece a aceitação da morte. Outras transformações pessoais benéficas citadas são: valorização da espiritualidade; aumento do sentimento de compaixão pelos outros; aumento do altruísmo; redução significativa do medo da morte; diminuição ao valor dado para *status*, materialismo e competitividade; diminuição do desejo de aprovação pelos outros; sentimento de importância ou de potencial para uma “missão” a cumprir; maior apreço pela vida; renovação do sentido da vida; aumento da confiança e da flexibilidade para lidar com as adversidades da vida, dentre outros.

A Fenomenologia, com Heidegger, também compartilha dessa visão. Este teórico desenvolveu uma filosofia centrada na morte, considerando-a “a estrutura da vida humana, que é ser-para-a-morte” e colocando-a no “coração do Ser, no movimento do Tempo, na ossatura da individualidade humana” (Morin, 1970, p. 277). É pela angústia – a experiência do nada - que o homem pressentirá seu próprio destino e sua própria morte. A angústia e, conseqüentemente, a própria morte, é o fundamento mais certo da individualidade, esta é solitária e única. O ser-para-a-morte busca a autenticidade, aceitando a morte livre, corajosa e honestamente.

Para Heidegger, citado em Werle (2003), o traço totalizante que define a essência do ser humano se encontra na angústia, cuja dimensão é ontológica, e relaciona-se com o fenômeno existencial da finitude humana. Enquanto disposição fundamental, a angústia surge simplesmente pelo homem estar no mundo e existir, ela começa a se apresentar quando, em

meio às ocupações cotidianas, advém um certo tédio, com origem desconhecida pelo sujeito. Ele começa a ficar farto dos entes que estão ao seu redor e não encontra em nenhuma pessoa um apoio para lhe tirar deste enfado. O mundo se torna, então, sem importância, pois o homem não encontra alento em nenhum ente. Não sendo nenhum objeto determinado, o que angustia o homem é um nada enquanto tal. O nada não precisa ser criado, mas se revela na angústia e ao mesmo tempo a provoca, ele é a causa e o efeito ao mesmo tempo. Por outro lado, a angústia coloca pela primeira vez a existência humana diante de si mesma, ela singulariza, possibilitando ao sujeito sair da inautenticidade, na qual ele geralmente vive, e assumir a autenticidade. Uma vez que o homem seja tocado pela angústia, pressupõe-se que ele fará uma recapitulação de todo o seu existir e se conscientizará do caráter essencialmente finito de sua existência, sua temporalidade. Assim, a angústia desperta para a morte, enquanto dado temporal mais significativo da existência, revelando o fato de que o homem tem um fim, que ele morre e que sua existência acaba, ou seja, que ele é um ser-para-a-morte.

Quando o sujeito assume o seu ser para a morte, percebe que a morte é um fenômeno da própria existência e não do término dela. Após ter morrido, o sujeito não pode mais sentir a morte, é algo que apenas pode ser experimentado indiretamente, no outro que morre. A morte tem este aspecto paradoxal de apenas surgir quando não pode mais constituir um problema para o indivíduo, a não ser que ele a assuma como a sua mais própria essência na própria existência. O conceito de morte pode ser encarado como uma espécie de angústia ampliada e mais definida na direção de uma caracterização fundamental da existência humana, que também singulariza. Há na morte um elemento de transcendência capaz de tirar o homem das ocupações cotidianas, impulsionando um questionamento de todo o ser, no sentido de que o ser humano se coloca radicalmente diante de seu ser. Desse modo, a morte permite uma consciência de toda a existência (passado, presente, futuro) e, por isso, também será por ela que o ser irá encontrar a sua verdade no tempo; consente também assumir individualmente a

existência, já que a experiência da morte é sempre única e singular (Werle, 2003).

A morte não tem passado nem futuro; somente ela significa que nada acontecerá daqui por diante, o indivíduo não mais irá ver, ouvir, tocar, cheirar, usufruir, lamentar. Isso faz com que a morte permaneça incompreensível para os vivos. A morte traça um limite intransponível à imaginação humana, não há como visualizar um mundo que não inclua o sujeito visualizando-o, ela é a encarnação do desconhecido, do incognoscível (Bauman, 2008).

Quanto mais a civilização se desenvolve nos quadros atuais da sociedade e da individualidade, tanto mais o homem morre ao mesmo tempo demasiado velho e demasiado novo. Velho porque, precocemente especializado e compartimentado, perde rapidamente as qualidades genéricas. Novo porque, com o prolongamento da infância e da adolescência, o autodesenvolvimento e o autodesabrochamento são ao mesmo tempo possíveis, arriscados, difíceis e, sobretudo, lentos; diante desse amadurecimento tardio, o homem demora para resolver seus conflitos mais elementares de forma que possa respirar, ver, gozar e amar bem (Morin, 1970).

Cada morte é o fim de um mundo único, a ausência desse mundo é que jamais acabará, sendo, a partir de então, eterna. Entretanto, nem toda morte é portadora do mesmo poder de revelação, esclarecimento e ensinamento. Alguém próximo que morre, um semelhante, uma pessoa cuja vida se interligou à de outrem pelos laços da simpatia e da intimidade, provavelmente jamais será substituída, o que oferece uma pista sobre o significado da singularidade, terminalidade e irrevogabilidade que apenas a morte possui. Mesmo que o indivíduo continue incapaz de visualizar o mundo sem sua presença, testemunhar a morte de seus entes ajuda a prever o significado da própria morte. Ao partirem um após o outro, os mundos dos sobreviventes vão perdendo pouco a pouco seus conteúdos, advém a solidão, a experiência do vazio do mundo, outro *insight* sobre o significado da morte. Diante do

exposto, o falecimento de um companheiro próximo pode ser descrito como uma experiência de morte de “segundo grau” (Bauman, 2008).

Segundo González Rey (2004), nenhum fato ou alteração, como a morte de um ente querido, por mais relevante que pareça, tem um sentido estressante por si só, fora do sentido psicológico que adquire para o sujeito. Os próprios eventos ou mudanças vitais não podem ser encarados isoladamente, pois sua ação estressora depende muito do lugar que estes ocupam no sistema de fatos e relacionamentos que caracterizam a atividade vital da pessoa. Qualquer evento alcança seu significado psicológico, tanto em dependência da subjetividade integral do indivíduo como do estado de seu sistema de comunicação. Para este autor,

Os recursos subjetivos da personalidade e o repertório de opções do sujeito, entre os quais está sua capacidade de refletir e construir opções no curso de suas ações, serão aspectos importantes que influenciarão o sentido subjetivo que as diferentes experiências vividas terão (p.127).

Morin (1970) afirma que o luto exprime socialmente a inadaptação individual à morte, além de ser um processo social de adaptação que tende a fechar a ferida dos indivíduos sobreviventes. Ele aponta que

a dor provocada por uma morte só existe se a individualidade do morto estiver presente e reconhecida: quanto mais o morto for próximo, íntimo, familiar, amado ou respeitado, isto é, “único”, mais violenta é a dor; nenhuma ou quase nenhuma perturbação se morre um ser anônimo, que não era “insubstituível” (p.32).

Além da natureza da ligação que a pessoa possuía com o falecido e o seu momento de vida, há outros fatores que devem ser levados em consideração quanto à intensidade e duração do processo de luto: o contexto social e étnico da morte e o morrer; forma da morte; o *timing* da morte no ciclo de vida; antecedentes históricos (história da saúde mental prévia, se pessoa

teve perdas anteriores e como foi o luto no caso); variáveis de personalidade (idade, sexo, resistência à frustração, maturidade, etc.); variáveis sociais (religião, rede de apoio, ganhos secundários); estresses concorrentes. Há, também, fatores sociais que dificultam a elaboração do luto atualmente. O rápido índice de industrialização, urbanização e o avanço da tecnologia levaram a uma desvalorização dos ritos funerários e, conseqüentemente, as pessoas se sentem sozinhas e sem saber o que fazer. Com o prolongamento do tempo de vida, inclusive de doentes crônicos, muitas vezes o processo de morte é vivido por muito tempo, podendo gerar desgaste físico e psíquico nos familiares que os acompanham, vendo a degeneração corporal, a perda da pessoa que se conhecia, e o sentido de uma grande solidão, o que pode complicar o processo do luto posterior. Podem, ainda, ocorrer distorções que afetam a expressão do luto, como o seu adiamento, inibição ou cronificação do processo (Worden, 1998; Kovács, 2003).

2) A Morte e a Psicologia Hospitalar

A considerável evolução da medicina nas últimas décadas, com a sofisticação das técnicas de diagnóstico e tratamento, possibilitou uma melhoria da qualidade de vida do doente e contribuiu para modificar a relação do homem com seu corpo e sua vida. O trabalho do profissional de saúde é socialmente valorizado na cultura ocidental pela ajuda e assistência dada a quem está sofrendo. O hospital existe para a cura, entretanto, ali a morte se faz presente a todo instante. Esta constatação, por sua vez, muitas vezes é fonte de angústia. Aliada a essa rotina de grande exigência emocional em função da proximidade com a dor e a morte, a precária situação do sistema de saúde brasileiro intensifica o sofrimento do profissional de saúde, visto que este se depara cotidianamente com insuficiência de recursos humanos, baixos salários, precariedade de infra-estrutura, falta de medicamentos, entre outras situações (Pitta, 2003; Bruscato, 2004).

Para Klafke (1991), a morte no ambiente hospitalar é identificada como fracasso da instituição e do profissional. É negada de diversas formas: pela linguagem, através da substituição do termo morte por outras palavras (como óbito ou parada cardíaca); pela postura de onipotência, indiferença e afastamento dos profissionais, que procuram agir isentos de envolvimento emocional como mecanismo de defesa; no ensino da área de saúde, a ênfase é colocada na técnica, em detrimento do aspecto emocional do paciente. Combinato e Queiroz (2006), citando Capra (1982), pontuam que a “explicação da ciência sobre a morte (ou sobre o não-ser) está situada na perspectiva biologicista do modelo biomédico, ou seja, ‘a morte consiste, simplesmente, na paralisação total da máquina-corpo’” (p.213).

A medicina contemporânea negligencia os aspectos psicossociais do processo saúde-doença. A vida biológica foi aumentada, mas muitas vezes ocorre a morte social, com isolamento, abandono e uma vida de perdas. Assim, no adoecimento são potencializados

angústias, medos, inseguranças, raivas, revoltas, não só para doentes e familiares, mas também para o próprio profissional da saúde, sempre preparado para a cura, mas em constante tensão diante da morte (Bruscato, 2004). Nesse sentido, o psicólogo hospitalar tem como foco de sua atuação a subjetividade da tríade paciente - família - equipe de saúde, servindo como mediador das relações, considerando o homem como um ser integral e sistêmico, que abrange os aspectos bio-psico-afetivo-cultural e espiritual.

O homem não é só um corpo, e diante da urgência orgânica que leva à hospitalização, surge também uma urgência psíquica, e é nesse contexto que o psicólogo hospitalar realizará o seu trabalho, perpassado por uma questão central: a morte e as várias formas que o sujeito encontra para lidar com essa possibilidade (Granha, 2000).

Segundo Oliveira (1998), quando o sujeito está internado no hospital,

o doente torna-se um paciente, sem trocadilhos, uma pessoa resignada aos cuidados médicos, que deve esperar serenamente a melhora de sua doença. Esse paciente, desnudado por uma instituição total, perde sua identidade, transforma-se em número, em um caso clínico, deixa de ser responsável por si mesmo, sua doença e vida. O paciente é vulnerável, submisso e dependente. (Subtítulo “A UTI, para onde se vai?” ¶9).

No hospital, não apenas seu corpo, mas tudo o que significa o controle da própria existência passa a ser controlado pela equipe de saúde, e a família, cuidador original, atua como mero expectador. Diante de tantos estressores, podem surgir mecanismos de defesa como a regressão e o calar-se, sendo que este é bem visto pela equipe, já que o bom paciente é aquele que aceita as orientações médicas sem questionar (Oliveira, 1998).

O psicólogo hospitalar não participa diretamente no tratamento clínico, de forma que seu papel com o paciente é diferente em relação ao dos demais profissionais. Sua atuação é voltada à atenção a pessoa integral, procura dar voz ao sujeito hospitalizado, possibilitando a

compreensão e o tratamento dos aspectos psicológicos, permitindo a abertura de um canal de contato com a equipe (Haber Korn, 2004).

Diante de um paciente terminal, fora de possibilidades terapêuticas, percebe-se que a equipe de saúde, em sua maioria, tenta aplacar sua angústia empregando um modo impessoal no tratamento: utiliza termos técnicos que inviabilizam o entendimento real da situação do paciente, de modo que ele fica perdido na linguagem científica; ou emprega expressões amenas (como melhora sensível, resultados são lentos, exames estão se normalizando, etc.). Essas posturas de negação, falso otimismo, superproteção e intelectualização podem ser encaradas como processos contratransferenciais diante do indivíduo que está morrendo. O que impera são as decisões da equipe, o querer do paciente já não é mais próprio. É como se não fosse dada a esse “sujeito passivo” (ou objeto?) a oportunidade de elaborar suas autênticas possibilidades, apoderando-se de seus recursos de enfrentamento para revelar-se como um ser-para-a-morte (Boemer, 1986; Kovács, 2002).

Os membros da equipe muitas vezes não se permitem olhar para sua condição de seres humanos, sua vulnerabilidade, suas limitações, e aceitar sua própria mortalidade. A síndrome do esgotamento profissional, ou *burn out*, é um exemplo a que está sujeito o profissional da saúde que lida com o sofrimento alheio, sem que esteja, muitas vezes, preparado para enfrentar tal situação. A participação do psicólogo na equipe e nas discussões clínicas permite que ele forneça dados a respeito da dinâmica do paciente e de sua família e, assim, colabore na completude do diagnóstico e na decisão de condutas. A prática colaborativa entre membros de uma equipe interdisciplinar é essencial, considerando-se a oportunidade de compartilhar as questões que permeiam o ambiente hospitalar, desencadeadoras de desgastes e que dizem respeito a valores humanos, respeito e dignidade aos pacientes (Haber Korn, 2004; Combinato & Queiroz, 2006).

Em pesquisa realizado por Pitta (2003), com o objetivo de saber o perfil da morbidade

dos trabalhadores hospitalares, constatou-se que os profissionais consideram o trabalho insalubre e perigoso, e têm ou tiveram problemas de saúde, em especial geniturinários, psicossomáticos e osteomusculares. Ainda, que a natureza do trabalho, ao lidar com dor, sofrimento e morte, influencia a produção de sintomas psíquicos. Segundo a autora, a compreensão da satisfação ou adoecimento pelo trabalho pode estar no conhecimento do psicodinamismo da pulsão de morte, que pode ter três distintos destinos: (a) a confusão apaixonada, que “se traduz pela componente apaixonada do projeto, do qual a pulsão de vida (sexual) é o mestre de obras” (p. 75); (b) a realização pulsional pela percepção, no qual o indivíduo se coloca em contato com o horror e o sofrimento, e a profissão funciona como um alibi de um gozo secreto através da percepção de certas situações sádicas; (c) sublimação, pela criação da forma como as situações serão percebidas, no qual o sujeito utiliza-se da reparação de suas representações mentais, deslocando-as para objetos e finalidades valorizados social e narcisisticamente.

No hospital, o psicólogo se depara com situações inesperadas, acontecimentos que podem destituir o sujeito de seu ancoramento significativo, emergindo a angústia e o desamparo. O adoecimento pode ser visto como um momento de crise, no qual são vivenciadas inúmeras situações de perda – de sua rotina e hábitos; da condição de saúde para a doença; da autonomia e independência; afastamento da família e do trabalho; da condição de “inteiro” para uma cirurgia, que pode deixar marcas, cicatrizes, mutilações, ou ainda causar a morte da pessoa. Assim, o ser humano, que já nasce incompleto, ao adoecer revela sua falta a ser de forma escancarada, revelando sua fragilidade, para si e para os outros. Frente a essas rupturas, a morte ocupa o lugar do interdito, sendo encarada como vergonhosa, o que dificulta sua elaboração (Moura, 2000; 2003).

Para a psicanálise, essa ruptura causada pela hospitalização e os sentimentos decorrentes dessas perdas pode ser associada à castração. Este corte abrupto na cadeia de

significantes do sujeito remonta à sua certeza vacilante, à falta de garantia. Por outro lado, a “tão temida” morte pode ser vista como uma possibilidade para o alívio do sofrimento vivenciado pelo indivíduo hospitalizado, já que é a única capaz de suprimir todas as exigências do homem, ser desejante. Ora, se a vida passa a oferecer mais desgosto que gratificações, e o futuro parece desolador, a morte surge como um alívio (Derzi, 2003).

O psicólogo passa cotidianamente por essa experiência de ocupar o lugar de morto em sua atividade profissional, visto que precisa se despir de seus ideais, valores, vaidades e sentimentos para exercer sua função. Essa postura adotada no espaço dialético do atendimento psicoterápico favorece que o psicólogo possa, a todo instante, rever posições e mudar crenças, desconstruir verdades, auxiliando a evolução da cultura, impulsionando o movimento da vida (Rodrigues, 2000).

Diante da complexidade do luto, o profissional da saúde que lida com este processo também é afetado, uma vez que é difícil ajudar ou se sentir ajudando a pessoa enlutada, o que pode ocasionar frustração e/ou raiva. Por outro lado, o profissional pode se sentir desconfortável ao testemunhar a dor da pessoa, abreviando o contato. Worden (1998) explicita esta situação citando dois autores:

A perda de uma pessoa querida é uma das experiências dolorosas mais intensas que qualquer ser humano pode sofrer, e não só é dolorosa como vivência, mas também dolorosa para ser testemunhada, apenas pelo fato de sermos impotentes para ajudar (Bowlby, 1980, p.7).

A dor é inevitável neste caso e não pode ser evitada. As duas partes têm consciência de que nenhum pode dar ao outro o que o outro quer. A pessoa que ajuda não pode trazer a pessoa falecida de volta, e a pessoa enlutada não pode gratificar aquela que ajuda demonstrando estar sendo ajudada (Parkes, 1972, p.163).

O psicólogo, como integrante da equipe de saúde, cuida do sofrimento alheio e, muitas vezes, não têm espaço para cuidar da sua dor, acarretando o seu próprio adoecimento. Worden (1998) pontua que além de desafiar a necessidade de ajudar, trabalhar com a pessoa enlutada pode atingir o profissional de outras maneiras: tornando-o consciente de suas próprias perdas, muitas vezes de forma dolorosa; gerando apreensão em relação às perdas temidas; ocasionando ansiedade existencial e a consciência da própria morte; ferindo seu narcisismo e onipotência. Assim, é importante que o profissional da saúde procure resolver seus conflitos, conscientizando-se de suas limitações quanto aos tipos de pacientes e tipos de situações de luto que pode trabalhar. Muitas vezes diante da morte de um paciente, cabe ao psicólogo hospitalar colocar-se a disposição da equipe de saúde e/ou dos familiares, utilizando-se de sua escuta diferenciada, o discurso do silêncio, o estar junto.

Considerando-se que a inserção do psicólogo no ambiente hospitalar deu-se em 1954 e, portanto, é recente, vale destacar que sua formação ainda é falha em relação aos subsídios teóricos que possam embasá-lo em sua prática institucional, visto que a atuação no modelo clínico ainda é hegemônica. Nessa perspectiva,

o psicólogo percebe que no contexto hospitalar os ensinamentos e leituras teóricas de sua prática acadêmica não serão suficientes para embasar sua atuação, e aprende que terá de aprender aprendendo, com os pacientes, sua dor, angústias e realidade, e o paciente de modo peculiar ensina ao psicólogo sobre a doença e sobre como lidar como a própria dor diante do sofrimento (Camon, 2003, p.3).

Falando sobre a morte, isto se torna mais evidente, visto que é um tema complexo, pouco discutido, no qual a teoria fala pouco da realidade vivida. Sirlei (2008) em sua pesquisa sobre *A representação da morte para o profissional da psicologia hospitalar* elenca como aptidões necessárias para o psicólogo ante a iminência de morte: autoconhecimento e

consciência de suas limitações; que o profissional tenha para si bem elaborado a morte e o controle de suas emoções; conhecimento teórico; supervisão de outro profissional de psicologia; atitudes como doação, compaixão, acolhimento, empatia, aceitação.

Diante do panorama geral que essa breve sistematização de literatura pôde permitir, constata-se que o contato próximo com a morte exerce um grande impacto no trabalho dos profissionais da saúde, podendo ou não trazer prejuízos para suas vidas profissionais e pessoais. O presente estudo não se propõe a dar conta da complexidade do fenômeno da morte; pretende suscitar reflexões sobre como ela afeta as relações no dia a dia do psicólogo hospitalar, levando-se em consideração as dimensões éticas, e a teoria versus prática.

3) Método

3.1) Pesquisa Qualitativa em Fenomenologia

Utilizamos neste estudo o método qualitativo, por meio do qual se procura entender e interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa ou um grupo dá aos fenômenos em foco, em que são valorizados o contato pessoal, os elementos do *setting* natural do sujeito e a espontaneidade. Buscamos, assim, uma melhor compreensão da experiência humana, na tentativa de entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados, descrevendo-os. A abordagem qualitativa propõe-se, neste sentido, a elucidar e conhecer os complexos processos de constituição da subjetividade, diferentemente dos pressupostos “quantitativos” de predição, descrição e controle (Turato, 2003).

A pesquisa qualitativa realizada neste trabalho pressupõe um caráter interativo do processo de produção de conhecimento, que se apóia no paradigma fenomenológico¹ e atitudes existencialista² e clínica³. Pretende, portanto, resgatar o individual, considerando a singularidade como nível legítimo da produção de conhecimento, assumindo o caráter histórico-cultural de seu objeto (Turato, 2003).

A Fenomenologia surgiu no início do século XX, na Alemanha, no pensamento de Edmundo Husserl, que recebeu influências do pensamento de Platão, Descartes e Brentano. Entre os pensadores que sofreram a influência do pensamento husserliano, podem-se destacar:

¹ Estudo descritivo dos fenômenos como se apresentam na consciência através da experiência; permite-nos a definição dos estudos do homem com o uso de nossa imaginação, a partir da observação e apreensão de sujeitos e situações (Turato, 2003, p. 220).

² Valorização das angústias e ansiedades como forças motrizes do pesquisador na busca do conhecimento sobre o humano; aspectos fundamentais da vida e da fala: motivos para maior compreensão no âmbito existencial/pessoal/individual (Turato, 2003, p. 234).

³ Acolhida de sofrimentos existenciais e emocionais do indivíduo alvo do estudo, inclinando-lhe a escuta, o olhar e as múltiplas sensibilidades, primariamente movido pelo desejo e hábito de dar ajuda terapêutica (Turato, 2003, p. 234).

Martin Heidegger, Max Scheler, Karl Jaspers, Alfred Schutz, Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty, Ludwig Binswanger, entre outros. A Fenomenologia originou-se como um movimento na filosofia, sendo aplicada, posteriormente, às ciências humanas.

Husserl, citado em Capalbo (1987), define a Fenomenologia como “uma direção de nosso olhar se voltando das realidades experimentadas para o caráter de serem experimentadas” (p.33). A Fenomenologia pretende descrever o fenômeno tal qual ele se dá a conhecer, como se manifesta na consciência, mediante os atos de perceber, julgar, amar, imaginar, etc.

Para Husserl, a consciência se define essencialmente em termos de intenção⁴ voltada para um objeto, dessa forma, não é possível separar fenômeno e coisa em si. O fenômeno é conhecido diretamente, sem intermediários, sendo objeto de uma intuição originariamente doadora, o que equivale a este ver que constitui os objetos. Perceber um objeto é intencioná-lo e torná-lo significativo, nos aspectos cognitivo, afetivo e prático. Portanto, o fundamento da Psicologia Fenomenológica está na valorização da subjetividade consciente e suas interrelações. Constitui-se, assim, em um conjunto de procedimentos para a exploração da consciência imediata (tal qual esta se manifesta à consciência) e experiência concreta. A Fenomenologia, enquanto método, se preocupa com os fundamentos da significação, partindo do pressuposto da inseparabilidade entre teoria e experiência. Ou seja, pela redução fenomenológica o mundo é visto como correlato da consciência (Capalbo, 1987; Holanda, 2003).

A metodologia fenomenológica visa à elucidação das vivências a partir da experiência comum, pela reflexão e através da redução fenomenológica. Segundo Holanda (2003), “É a partir da apreensão da realidade, a partir do sentido desta para uma subjetividade intencional

4 A intencionalidade é, essencialmente, o ato de atribuir um sentido; é ela que unifica a consciência e o objeto, o sujeito e o mundo. Com a intencionalidade há o reconhecimento de que o mundo não é pura exterioridade e o sujeito não é pura interioridade, mas a saída de si para um mundo que tem uma significação para ele (Forghieri, 2004, p.15).

que a pesquisa fenomenológica busca alcançar o significado da realidade e do mundo para um sujeito encarado como ator e protagonista de sua própria vivência” (p.44). O objetivo da pesquisa fenomenológica é alcançar os significados atribuídos pelo sujeito à situação pesquisada, de forma que os dados são concebidos como resultados das significações resultantes da tematização do sujeito acerca do evento.

A redução é o recurso da Fenomenologia para chegar ao fenômeno como tal, ou à sua essência. É necessário refletir sobre a vida cotidiana e suspender a crença na existência de um mundo em si e todos os preconceitos, sistemas filosóficos e teorias científicas dela decorrentes, buscando chegar ao modo como a experiência vivida se constituiu no próprio existir do sujeito. A redução, neste sentido, nunca é completa, não é uma abstração relativamente ao mundo e ao sujeito, mas uma mudança de atitude que permite visualizá-los como fenômeno, ou como constituintes de uma totalidade, no qual mundo e o sujeito revelam-se reciprocamente como significações (Forghieri, 2004).

Vale ressaltar que, conforme pontua Forghieri (2004), embora cada um tenha suas próprias peculiaridades, os seres humanos existem todos no mundo, constituindo-o e constituindo-se, simultaneamente. Graças a essa estrutura comum é possível aos homens se compreenderem e se conhecerem. Capalbo (1987) expõe que:

A significação do mundo não é obra de um só ego subjetivo, mas de uma pluralidade de egos, visto que é intencionado por vários egos, inaugurando-se, assim, uma relação inter-subjetiva na qual a significação é atribuição de uma comunidade de pessoas e portanto essencialmente histórica (...) O que é fundamental nesta concepção é que há um Eu e uma História. Um eu criador, que se cria e cria o mundo a seu redor, através do diálogo e do trabalho. O eu cria a sua personalidade, resultado de uma história. (pp. 19,20,21).

3.2) Métodos Qualitativos em Fenomenologia

Segundo Holanda (2003), há diversos métodos que podem ser utilizados na pesquisa fenomenológica, como o descrito por Giorgi (1985) ou Amaturzi (1991; 1993; 1995), contudo este trabalho fundamentou-se naquele elaborado por Forghieri (1993). Esta autora delimita a redução fenomenológica em dois momentos: o envolvimento existencial e o distanciamento reflexivo. Essa distinção é apenas didática, visto que essas etapas são inter-relacionadas e reversíveis, na prática ora há predominância de um ora de outro.

O trabalho se inicia com o envolvimento existencial, no qual o pesquisador utiliza-se da redução fenomenológica para investigar sua própria vivência acerca do tema estudado, saindo de uma atitude intelectualizada e voltando-se para sua própria experiência, de maneira espontânea e profunda, a fim de captar o significado da mesma em sua existência. Para tal, ele deve procurar “deixar de lado” os conhecimentos adquiridos anteriormente sobre o que está investigando, procurando se conscientizar dos preconceitos em si estabelecidos. Precisa se envolver com suas experiências (passadas, presentes e imaginadas no futuro) de modo intenso, deixando surgir a intuição, percepção, sentimentos e sensações que emergem numa totalidade, proporcionando-lhe uma compreensão global, intuitiva, pré-reflexiva, dessa vivência (Forghieri, 2004).

O distanciamento reflexivo consiste em uma postura na qual o pesquisador se permite a compreensão e captação do sentido que subjaz à vivência, procurando analisá-la, procedendo-se à sua descrição. Não é completo, visto que ele deverá voltar a todo instante à sua vivência para que a enunciação descritiva da mesma seja a mais fidedigna possível.

O método fenomenológico pode ser usado também para investigar a vivência de outras pessoas. Nesse caso, o pesquisador parte da fala do sujeito sobre determinada vivência, procura compreendê-la de acordo com o próprio modo de existir daquela pessoa, relaciona o

que foi relatado com sua própria vivência e à de outros indivíduos, reflete sobre todo o material obtido e chega às suas enunciações a respeito do assunto.

3.3) Proposta de pesquisa

3.3.1) Sujeitos Participantes da Pesquisa.

Participaram deste estudo quatro psicólogos hospitalares, que trabalham em diferentes instituições (setor público e privado), escolhidos de acordo com o critério de acessibilidade. Importante pontuar que a amostragem nos estudos qualitativos não obedece a critérios numéricos, mas à possibilidade de permitir aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno estudado.

A pesquisadora fez uma visita à instituição hospitalar, onde questionou o interesse dos profissionais em participar da pesquisa, sendo um critério de inclusão a livre e espontânea vontade do profissional. Os pesquisados foram informados sobre os objetivos e o desenvolvimento da investigação, sendo-lhes assegurado que poderiam tomar a decisão de participar, livre e conscientemente. Nesse sentido, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme apresentado no Apêndice A.

A entrevista foi agendada em diferentes dias. Foi realizada individualmente na instituição hospitalar, e gravada, com a anuência dos participantes, de modo a possibilitar o registro dos dados com a maior fidelidade possível. O anonimato das informações e depoimentos dos indivíduos foi preservado. Salienta-se que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do UniCEUB.

3.3.2) Instrumento para levantamento das informações.

Foi utilizada como instrumento investigativo a entrevista semi-estruturada, conduzida como uma dinâmica conversacional, por propiciar a flexibilidade necessária para os participantes terem liberdade de discorrer sobre as questões abordadas, informando e opinando sobre o tema proposto e expressando, inclusive, sentimentos, crenças e valores. Contemplou, inicialmente, aspectos rotineiros da atuação do psicólogo hospitalar a fim de que o profissional sentisse mais liberdade para se expressar e, posteriormente, adentrou aspectos mais concernentes ao tema do trabalho em tela (vide apêndice B).

Em conformidade com o que coloca Holanda (2003) a respeito do método fenomenológico, o relato dos participantes do estudo foi tomado em sua intencionalidade própria e constitutiva, sendo que a pesquisadora atuou como facilitadora do acesso ao vivido. Dessa forma, é importante frisar que a estrutura do roteiro apresentado teve flexibilidade para assegurar a espontaneidade dos participantes, sendo que outras questões foram contempladas no contexto da realização da entrevista, de forma a consentir correções, esclarecimentos e adaptações necessárias na obtenção das informações desejadas. A entrevista é um veículo de comunicação que explora e busca compreender o mundo vivido do entrevistado, definido como experiência consciente, sendo a fala reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos. A linguagem tenta exprimir a significação dada aos eventos, porém esta não se esgota na palavra dita, há um sentido proferido e outro estabelecido pelo comportamento.

3.3.3) Análise das informações.

Após a transcrição das entrevistas, o primeiro passo foi ler e reler cada uma delas, procurando me envolver e me aproximar das vivências relatadas, buscando compreender o significado atribuído à morte por cada participante desse estudo, diante de suas experiências. O segundo passo consistiu em elaborar uma descrição acerca do que fora narrado por cada sujeito participante do estudo em questão, focalizando as partes essenciais de cada entrevista. No terceiro passo busquei elencar categorias temáticas em relação à morte. Por fim, como quarto e último passo, procurei refletir sobre o material obtido nas entrevistas, fazendo uma articulação com a minha própria vivência e o material bibliográfico apresentado.

As informações foram analisadas com base na redução fenomenológica descrita anteriormente, através do meu envolvimento existencial e distanciamento reflexivo.

4) Discussão

Antes de adentrar na proposta do presente trabalho, gostaria de fazer uma breve exposição acerca do trabalho do psicólogo hospitalar, com base no que foi exposto pelos sujeitos participantes deste estudo. Apesar de ao longo dos anos estar ganhando maior espaço e visibilidade no hospital, o psicólogo ainda é visto com desconfiança pelos demais profissionais, que, por vezes, confundem o trabalho do psicólogo hospitalar com a área clínica ou organizacional. Tendo em vista a hegemonia da cultura biomédica, a ênfase está no corpo físico e na doença, e a subjetividade do paciente ainda é desconsiderada. Diante disso, o psicólogo hospitalar, que é o profissional que resgata a integralidade do ser humano, em seus aspectos subjetivos e sociais, que tem uma escuta diferenciada, ainda não tem sua devida importância reconhecida. Essa falta de espaço social também repercute em uma falta de espaço físico, já que geralmente é reservada aos psicólogos uma sala pequena, sem espaço privado para a realização de atendimentos mais reservados. Acredita-se que o trabalho do psicólogo começará a ser mais reconhecido na medida em que a subjetividade dos pacientes no contexto de hospitalização passar a ser considerada.

Com muito trabalho, no decorrer do tempo, os psicólogos esclarecem seu papel na instituição, mostram o seu trabalho, vão criando espaço de interlocução com a equipe, e passam a ser demandados, mesmo que por razões equivocadas (as conhecidas situações para “apagar incêndio”, como fazer parar de chorar uma criança, ou fazê-la aderir ao tratamento, por exemplo), o que já representa uma grande vitória. Entretanto, apesar do aumento da demanda, não há contratações de novos profissionais, o que gera uma sobrecarga de trabalho. Em Brasília-DF, poucos hospitais possuem psicólogos em seu quadro de colaboradores, e quando os têm, geralmente é em número bastante reduzido. Assim, o psicólogo ainda é visto como um profissional de luxo, uma novidade, um diferencial competitivo, e não uma

necessidade da instituição, até mesmo porque não trás um retorno financeiro imediato, como é o caso dos demais profissionais da área da saúde.

Feita essa sucinta explanação, retomo minha proposta de estudo. A partir da reflexão propiciada pela análise das entrevistas realizadas, pode-se dizer que falar da morte é falar de ambigüidades. A partir da leitura da transcrição das entrevistas realizadas, foram elencadas seis categorias temáticas, a saber: o valor da experiência no enfrentamento da morte; a função da religião no lidar com a morte; dor x alívio em decorrência da morte; valorização da vida em contraponto ao desgaste em decorrência do morrer; onipotência e limitações frente à morte; postura profissional x pessoal ao acompanhar situações de morte.

4.1) O Valor da Experiência no Enfrentamento da Morte

No começo da atuação profissional do psicólogo hospitalar, é tudo muito novo - o *setting*, o ir ao encontro do cliente, a maneira de abordar, a atuação multidisciplinar, os termos médicos, as diversas patologias – o que gera uma insegurança (mais que natural) no trabalhador. Além disso, a psicologia hospitalar talvez seja a única área da psicologia que tem uma proximidade tão grande com a morte, pois dificilmente na clínica o profissional perde de fato um paciente e, caso isso aconteça, provavelmente ele não morrerá na frente do psicólogo, o que acontece concretamente no ambiente hospitalar. Dessa forma, o psicólogo hospitalar *precisa* saber lidar com a morte. Nos primeiros casos de falecimento que acompanha, é comum que o profissional fique paralisado, com “vontade de chorar e sair correndo” (sic), querendo dar conta daquele fenômeno, ter uma atuação que aplaque a morte, o que é impossível. “A gente tem que ser humilde diante da morte, o máximo que eu posso fazer é dar um apoio, eu não tenho como tirar aquela dor, eu tenho como tentar evitar o trauma, se eu deixo essa pessoa se expressar, se eu tento desculpabilizá-la, se eu mostro sensibilidade, se eu

não deixo ela desamparada, se eu não abandono ela nessa hora...” (sic). Isso nos remete ao que foi colocado por Worden (1998) sobre a dificuldade do profissional de saúde em acompanhar o luto de outras pessoas.

Em relação a esse não abandonar, percebemos na atuação hospitalar que muitas vezes o paciente fica desamparado, ou por seus familiares ou até mesmo pela própria equipe, nos casos em que se encontra fora de possibilidades terapêuticas. A revisão bibliográfica mostrou que a morte é vista pela instituição como um fracasso e que a cultura biomédica, ainda dominante, foca-se em prolongar a vida biológica em detrimento dos aspectos biopsicossociais, o que pode levar à morte social (Bruscato, 2004). Sabe-se que o processo de luto não começa com a morte e sim com as relações existentes antes dela, que serão determinantes na qualidade do processo de luto. Em relação à família, por ora observamos um abandono físico, em que o paciente fica só, ou um desamparo, visto que a cultura dissemina a idéia de que se deve estar sempre feliz, não havendo espaço para discorrer sobre a possibilidade próxima da morte. Essa negação também é vista nos casos em que os familiares pedem aos profissionais que escondam do doente o seu quadro médico, atitude esta nada ética. Vê-se aí uma das conseqüências do mundo capitalista em que o doente, deixando de produzir, perde o “direito” do controle sobre si e a realidade.

Com a experiência profissional, o psicólogo vai percebendo que seu papel não é fazer com que os familiares parem de chorar, saiam bem dali, tampouco dizer coisas para promover conforto, o que é a visão do senso comum. Pelo contrário, é justamente o de propiciar um espaço acolhedor para que as pessoas expressem seus sentimentos e comecem a elaborar seu luto. Não há dúvidas de que o conhecimento advindo do senso comum tem muito valor, visto que confere significações e sentidos às mais diversas coisas, pré-interpretando aspectos da realidade tacitamente. Contudo, o saber psicológico diferencia-se desse “conhecimento pronto

e acabado”, até mesmo porque cada sujeito é único e particular, e assim também o é a maneira de abordá-lo.

A maturidade profissional confere ao profissional maior segurança, menos medo; permite que ele se conheça mais; trace seus limites; crie recursos de enfrentamento; maneiras de abordar a situação; o conhecimento acerca do que fazer em determinadas ocasiões; a sensibilidade sobre quando é o momento de ficar quieto, calado, apenas presente, à disposição; escutando tranquilamente, o que geralmente não é suportado pelos demais; quando deve fazer alguma consideração pertinente, entre outras situações. Com o decorrer do tempo, vai percebendo que lidar com a morte não é “nenhum bicho de sete cabeças” (sic).

Para tal, teoria e prática são fundamentais e se complementam. A preparação do psicólogo na graduação muitas vezes é deficiente nesse sentido, temas como a percepção sistêmica da realidade institucional e do sujeito internado e a morte (talvez um próprio reflexo de sua negação) são negligenciados em função da ênfase dada à formação clínica. O profissional acaba indo fazer cursos ou especializações na área hospitalar após a graduação, muito ricas pelos ensinamentos que subsidiam a prática, além da troca de experiências e modelos de atuação. Por outro lado, conforme salienta Hycner (1995), “Quando as técnicas têm supremacia, o lado humano fica obscurecido (...) A técnica precisa estar baseada na *relação* entre pessoa e pessoa – o inter-humano” (p.22). Esta ênfase tecnocrática provoca um distanciamento maior entre as pessoas, ainda evidente na atuação médica, mas que não pode ocorrer na prática psicológica, visto que esta é dialógica e se dá no contato com o outro.

Segundo Kovács (2002), os médicos se escoram nos exames, nos instrumentos, na tecnologia e na farmacologia; o psicólogo se escora na sua “tecnologia”, suas interpretações psicológicas sobre o viver do outro. Para tal, deve desenvolver o seu poder de escuta, perceber as necessidades do outro, tornar-se disponível para esse contato íntimo, estando atento para

verificar se o “psi” não entra como defesa contra um contato profundo com o paciente, que no momento de hospitalização encontra-se, muitas vezes, fragilizado e necessitando de ajuda.

Em pesquisa realizada por Kovács em 1985 com estudantes de cursos da área de saúde (medicina, psicologia e enfermagem), os alunos de psicologia foram os que obtiveram escores mais altos de medo da morte. A hipótese levantada é a de que os alunos respondem conforme o que lhes é esperado: médicos não temem a morte e atuam como heróis para desafiá-la; psicólogos estão em contato com os sentimentos, tendo autorização para manifestá-los.

Surge a dúvida: se no começo da atuação, falo também em experiência própria, é difícil acompanhar a dor do outro, o choro insiste em aparecer, a vontade é de não ter que passar por essa experiência de compartilhar a morte do paciente, esse amadurecimento profissional e melhor controle da contenção emocional não poderia também ser um efeito da naturalização? Essa intelectualização não poderia ser considerada um mecanismo de defesa para lidar melhor com a morte, um isolamento emocional, uma dessensibilização? Ou o “sentir menos” estaria relacionado ao fato de que a intensidade da dor está relacionada à proximidade e qualidade da ligação que a pessoa tem com o falecido?

4.2) A Função da Religião no Lidar com a Morte

Como exposto anteriormente, o não-saber é apavorante para o ser humano, pois se fica submisso ao desconhecido, provocando a sensação de perda de controle (e o homem detém controle sobre alguma situação ou este é ilusório?). Diante da percepção de nossa impotência, por vezes inconsciente, nos defendemos através da onipotência. A certeza de uma vida pós-morte pode ser um resultado desse mecanismo, decorrente da necessidade de enfrentar a impotência, incluindo aí o não saber (Kovács, 2002).

A religião, a despeito da dificuldade (ou impossibilidade?) em ser definida racionalmente, é um recurso muito utilizado pelas pessoas de um modo geral em momentos difíceis, além de conferir sentido e dar uma finalidade às mais diversas situações. As religiões tiveram e têm grande função na explicação dos mistérios da vida e da morte, por meio da fé e da crença, o que lhes confere uma função social, psicológica, transcendente (Kovács, 2002). “O maior mistério da morte, o sofrimento do ser humano, tudo aquilo que ele não consegue trazer um sentido traz sofrimento, a dúvida é isso, tudo que eu não consigo entender eu sofro demais, e eu acho que a morte é isso, porque ele não consegue dar sentido pra morte, e o luto é essa tentativa, você consegue elaborar uma morte quando você vê um sentido” (sic). A religião tem essa função de auxiliar as pessoas a entender e a lidar melhor com a morte, há a idéia de que o falecido está em um lugar melhor, sem sofrimento; de que a desencarnação acontece quando a pessoa já havia cumprido sua missão e irá renascer; que há o sonho do céu, o horror do inferno, o purgatório, que se deve fazer o bem... “eu acho que cada um, se cada pessoa tivesse isso esclarecido, não ter a mesma concepção de morte que eu, mas ter uma religião, que tenha fé, em qualquer explicação da morte, lidaria melhor” (sic). Fica claro nesta fala como a religião aplaca a angústia da morte, podendo ser concebida como a saúde social que acalma e confere significado à existência.

Há duas maneiras inconciliáveis de aceitar o mundo e nossa posição nele. Se não há nenhum Deus, somente critérios empíricos devem guiar o pensamento, e eles não conduzem a Deus, mesmo sabendo que há coisas que o ser humano não pode fazer, nem compreender quando entregue a seus próprios juízos e músculos. Se Deus existe, Ele dá pistas sobre como perceber Sua mão no curso dos acontecimentos e com a ajuda dessas pistas reconhecemos a razão divina do que quer que aconteça. A religião busca aplacar a ansiedade existencial decorrente das “questões fundamentais” da finalidade da vida e aplacar os medos que se

originam da ausência de uma boa resposta. A religião é a consciência da insuficiência humana, é vivida na admissão da fraqueza (Bauman, 1998).

Para Bauman (2008), a religião nega a morte como sendo o fim do mundo, a não-existência. Ela lhe confere outro significado, a de passagem de um mundo para outro, onde as pessoas continuarão existindo, mas numa forma diferente, mesmo que não seja corpórea. E, com isso, ainda “domestica” as pessoas que, preocupadas com a qualidade de sua vida pós-morte, passam a atuar segundo o código moral propagado pelas igrejas.

Por outro lado, diante dos freqüentes testemunhos de dor, sofrimento e desamparo, o lidar cotidiano com a morte também leva a um questionamento sobre a existência do Divino, a existência como um todo, os limites entre a vida e a morte, o que é qualidade de vida, o que é dignidade... Às vezes fica difícil acreditar que Deus permitiria tanta crueldade e sofrimento.

O discurso da fé também está muito presente no momento da internação, como um fio de esperança para a cura, que promove otimismo, saúde social e aplaca a angústia. E é isso que faz o paciente e os familiares continuarem a lutar diante da instabilidade de um quadro que oscila constantemente ou um prognóstico ruim, pois o pensamento não é linear. Neste momento, mesmo o psicólogo sabendo das limitações do paciente, também continua na esperança, afinal, sabe-se que um abandono só piora o quadro de saúde daquele sujeito adoentado. E quando a pessoa internada se encontra fora de possibilidades terapêuticas, muitas vezes os médicos a abandona, já que foram educados para curar e salvar vidas. Ora, o psicólogo procura dar esse suporte, sem fantasiar.

4.3) Dor x Alívio em Decorrencia da Morte

Quando se fala em morte, logo se pensa em dor, e também se consideram as variáveis envolvidas, como a idade do falecido ou se foi algo repentino, por exemplo. “A morte é uma

coisa meio cruel mesmo, você passa uma vida inteira do lado de uma pessoa, ou anos que seja, você tá o tempo todo do lado dela e de repente vem uma realidade e te diz que você nunca mais vai ver aquela pessoa na sua vida, isso é muito forte, é muito drástico né” (sic). Às vezes, a dor da perda é tão grande que vem acompanhada de revolta, contra Deus, contra a equipe, em um discurso de culpabilização.

Na concepção de uma das entrevistadas, “a morte precisa ser um evento triste, mas não precisa ser traumática, então assim como qualquer outra atividade do psicólogo hospitalar que é prevenir traumas futuros, eu também tenho que naquele momento da morte prevenir um trauma pra família, que ela possa resolver pendências, que aquela pessoa que está aí possa resolver pendências, que possa ir bem, que não sinta culpa, que é aquela coisa que mais promove o trauma, que ela possa ter uma morte mais humanizada, se expressar, então eu uso uma frase forte que é assim, a gente ajuda a pessoa a morrer (...), é ajudá-lo a ir bem, que ele possa ir tranquilo, que ele possa expressar o que ele tá sentindo, que a gente possa sensibilizar a equipe na importância de não mentir” (sic).

Geralmente, quando o sofrimento do doente é muito intenso e o período de hospitalização é longo, a “tão temida” morte é uma libertação, um alívio. É recebida com dor porque é uma perda, mas redimensionada diante do sofrimento prolongado (do doente e dos familiares), que acaba funcionando como um processo preparatório.

E aí surge o questionamento sobre a intensidade da dor, do que seria “melhor”: uma morte abrupta ou prolongada? Quando a morte é abrupta, as pessoas entram em choque, não têm sentimento elaborado nenhum, não estavam preparadas para isso. Sendo uma interrupção, parece ser mais cruel, pois o falecido não teve tempo de fazer nada, se despedir, resolver conflitos, dizer eu te amo... Kovács (2002) diz que se a morte “ocorre de maneira brusca e inesperada tem uma potencialidade de desorganização, paralização e impotência.” (p.154). Em contraponto, apesar de se achar que não há um preparo para a morte, quando a pessoa

vivencia um longo processo de hospitalização, seus familiares e amigos vão de antemão se despedindo, o que é chamado de “luto antecipatório”. Parece que as pessoas vão sofrendo aos pouquinhos, ao invés de vivenciar aquela dor de uma só vez. Mas quando a pessoa de fato falece é ainda muito dolorido, e sofrem novamente de forma muito intensa. E nesses casos, é comum a presença de sentimentos ambivalentes naquele que cuida, surgindo o desejo de que o doente morra para aliviar o sofrimento de ambos, despertando culpa por estes sentimentos. “Ver a dor e sentir-se impotente para promover seu alívio e o bem-estar da pessoa amada é causa de muito sofrimento” (p.159). Portanto, quando a morte ocorre concretamente pode haver, além da dor, alívio e culpa, pois a pessoa pode achar que não tratou o outro da melhor forma possível e com isso não evitou a sua morte. Pode surgir também uma sensação de vazio, em casos de muitos anos de dedicação com o paciente, pois nenhuma outra atividade tinha espaço. O vazio, a ambivalência e a culpa podem dificultar o processo de elaboração de luto.

Outra interrogação refere-se ao momento da morte. Acompanhei um senhor idoso, durante a minha experiência de estágio, que estava internado na UTI há aproximadamente seis meses em virtude de morte cerebral, entretanto suas demais funções vitais estavam estáveis. Isto é vida? E o sofrimento dos familiares, que só aguardavam o “momento do falecimento”, pois ao mesmo tempo em que não conseguiam abandonar aquele “morto-vivo”, não se permitiam continuar vivendo nem elaborar este luto, tampouco deixavam de ter esperança quando o paciente esboçava algum reflexo, mesmo “sabendo racionalmente” que era apenas um reflexo? E outros doentes com melhor prognóstico que deixaram de ser atendidos por não haver vaga? Kovács (2002) comenta que há uma definição da morte clínica do ponto de vista somático, que foi dividida em cerebral, biológica e celular. Os aparelhos prolongam a vida, como acontece no caso deste paciente que, por enquanto, preencheu apenas um requisito do que é considerado morte. Mas, do ponto de vista psicológico, podem ser enumeradas

inúmeras mortes, e elas estão acontecendo em todo o núcleo familiar. A autora acrescenta que “Embora o homem seja o único ser consciente de sua mortalidade e finitude, a sociedade ocidental com toda a sua tecnologia está tornando o homem inconsciente e privado de sua própria morte” (p.44).

Lidar com a perda é muito doloroso. Como visto anteriormente na história sobre a morte, na Idade Média a boa morte era aquela que permitia o preparo, mortes repentinas eram desonrosas. Hoje, ao contrário do que acontecia na Antiguidade, a boa morte é esta repentina, não percebida, e os sentimentos são pouco elaborados em qualquer das situações. Conforme ressaltado por Pitta (2003), a dor, a doença e a morte foram interditas num pacto de costumes, aprisionadas e privatizadas no espaço hospitalar sob novos códigos e formas de relação, no qual as pessoas não sabem o que dizer ou fazer. Todos sabemos que inevitavelmente morreremos, mas não pensamos nisso nem lidamos com isso até que aconteça conosco ou com alguém muito próximo. Daí a importância dos ritos funerários, como o enterro, por exemplo, que permitem que você veja a pessoa que faleceu e lhe ensinam que acabou, que aquele é o fim. “Muitas vezes as pessoas têm essa impressão da morte, de ser surreal, isso não está acontecendo; e se é rápido demais acho que aumenta mais ainda isso” (sic). E os ritos atualmente são assim, rápidos demais, discretos, o que também denuncia a incapacidade social de se lidar com a morte, de expressar sentimentos.

Acompanhar uma morte nos remete à nossa própria finitude, e são vários os medos que a acompanham, estejam eles mais conscientes ou latentes. Murphy (1959, citado em Kovács, 2002) contempla vários aspectos do medo da morte, relacionados às atitudes das pessoas diante dela. Pode amedrontar por ser vista como fim ou perda de consciência similar ao adormecer, desmaiar ou perder o controle; pode estar ligado ao medo da solidão, da separação de quem se ama, o medo do desconhecido, o medo do julgamento dos atos terrenos,

o medo do que possa ocorrer aos dependentes, o medo da interrupção dos planos e fracasso em realizar os objetivos mais importantes da pessoa.

4.4) *Valorização da Vida em Contraponto ao Desgaste em Decorrência do Morrer*

Comumente se coloca a vida e a morte em dois pólos opostos, sendo que ao lado da vida se situa, entre outros, o amor, a solidariedade, a dignidade, a criatividade, o vigor, em contraponto ao ódio, à inveja, o desrespeito, à competição ambiciosa, à guerra, que são formas de atacar a vida, e, portanto, estão ligadas à morte. Porém todos esses elementos estão articulados e, paradoxalmente, coexistem no ser humano (Kovács, 2002).

Como apontado na literatura, a morte tem o poder de fazer com que as pessoas valorizem mais a vida, deixem de lado o moralismo que classifica o que é bom ou mau, e aprendam a desprezar coisas que não são tão importantes: “me faz ficar mais ligada à vida, no sentido de apreciar o simples que de tudo emana”; “...a morte pra mim é o contraste, ela ressalta o quanto é bom estar vivo. A morte é dor, é sofrimento, é perda, mas é também a possibilidade de ... talvez é quando a gente mais se mostre humano, quando a gente menos, quando menos importam coisas como *status*, pertences, então assim, a morte, não sei... acho que a morte é uma grande oportunidade de aprendizado” (sic).

A literatura aponta o medo como a resposta psicológica mais comum à morte, e na atuação do psicólogo hospitalar, é possível perceber nos atendimentos que a maioria dos pacientes teme a morte e se angustia com ela. E como o medo da morte também contempla um aspecto vital, a hospitalização faz com que eles reflitam sobre sua vida, se questionem sobre seu ser. A possibilidade da morte é uma oportunidade de resolver e refazer as coisas, reatar laços, buscar alternativas de vida mais saudáveis, etc. E como o psicólogo acompanha

esse processo, sempre se tira lições, aprende-se muito com os pacientes, com a morte, com a dor, com a vida; promove amadurecimento.

Em minha pouca experiência de um ano de estágio, pude perceber como muitas vezes as pessoas vão vivendo suas vidas como meros expectadores e não protagonistas. A iminência da morte faz com que elas percebam isso, e configurando-se como um momento de crise, elas enxergam essa ocasião como uma oportunidade para fazer diferente. Este testemunho, dentre muitos outros, fez-me refletir sobre a minha própria vida e a dinâmica familiar da qual faço parte, ajudou-me a adotar uma postura mais ativa diante da vida, das minhas escolhas, dos meus conflitos, e auxiliou-me a encarar as situações com mais otimismo.

Por outro lado, esse lidar cotidiano com a morte pode ocasionar também um cansaço, menos energia na atuação: “saio exausta, acabou minha criatividade, minha capacidade de escuta, minha capacidade de dar apoio” (sic). Como visto anteriormente, a natureza do trabalho, ao lidar com dor, sofrimento e morte, influencia a produção de sintomas psíquicos nos profissionais, que devem estar sempre atentos à sua própria saúde. Também pode surgir a intolerância e impaciência diante de determinadas situações, que podem parecer pequenas diante dos enfrentamentos testemunhados no hospital, e “diante de pessoas mimadas, imaturas, menos resilientes” (sic), mesmo com o conhecimento de que o sofrimento não é algo objetivo e não pode ser julgado.

4.5) Onipotência e Limitações Frente à Morte

Estar em contato com a morte é trabalhar com os limites pessoais e o narcisismo constantemente. Muitas vezes o paciente ou a família não são receptivos ao atendimento, não querem conversar, tampouco expressar seus sentimentos. Nesses casos, surge a sensação de que não se está ajudando, a frustração por não aliviar a dor do outro, um grande sentimento de

impotência. Ao se sentir desconfortável nessas situações, uma das possíveis conseqüências é abreviar o contato.

Uma das entrevistadas relatou que geralmente, durante os atendimentos, o que dizer flui com naturalidade, mas quando há uma perda é como se a responsabilidade de ajudar aumentasse, pois aquele provavelmente será o último contato que o psicólogo hospitalar terá com os familiares, ou seja, a última chance de ajudar. Ora, isso nos faz pensar na representação do psicólogo como um profissional que detém o saber e o poder de aliviar o sofrimento de alguém. Sabe-se, entretanto, que o psicólogo atua como um facilitador do processo íntimo de cada sujeito, e que este deve estar disposto e desejoso de ser ajudado. De fato, a presença, o estar ali à disposição, dando suporte, já faz uma diferença no processo de elaboração do luto. Mesmo que pareça pouco, há muitos agradecimentos e retornos da importância sobre o apoio oferecido neste momento: “...a morte é muito intensa, você tem taquicardia na hora que você está atendendo, você pensa ‘ai não vou dar conta’, mas se você pensar assim que... acho que é um momento tão difícil que o que você acha que é pouco é muito, a gente tem retornos assim de pacientes que falam ‘olha, nunca mais esqueci seu olhar naquele momento, nunca vou esquecer o que você me falou’, e eu não falei nada, assim, acho que a gente tem que se distanciar do senso comum né, o senso comum assim ‘esconde as fotos da pessoa que morreu, doa as roupas, muda de casa’, e de repente chega a psicologia e fala ‘não, olha, o seu pai vai ser seu pai pra sempre, pro resto da sua vida vai ter uma parte dele na sua identidade, ele está na sua história, você não tem que esquecer ele, não é pra você esquecer ele né, ele vai se distanciar, mas você vai continuar amando, você só não vai poder viver em função disso’. Enquanto as outras pessoas estão dizendo, você não fala mais nisso, impede a pessoa de falar, você tem que promover essa fala, não pode, acho que esse é o grande erro” (sic). Outro exemplo de um discurso corriqueiro do senso comum é a fala de que “todos iremos morrer”, que pode soar como desqualificadora, na medida em que não se

configura como um consolo para alguém que está prestes a falecer ou alguém que acabou de perder um ente querido.

Além dessa representação de que o psicólogo com seu saber tem o remédio para curar as dores da alma, há também a idéia de que ele não se emociona ou sabe se controlar melhor. Isso pode ser observado claramente quando os médicos procuram o psicólogo hospitalar para dar a notícia do óbito, função esta que não cabe ao psicólogo; ele pode acompanhar, estando de prontidão para dar suporte aos familiares. “Há um imaginário de que o psicólogo sabe lidar melhor com isso [*a morte*], acho que a gente até sabe, mas há uma coisa assim tipo ‘toma, toma, porque eu saio, você dá conta disso e eu não’, enquanto todos devemos procurar nos aprofundar em como lidar com isso. Não é que eu saiba, há uma confusão assim, saber lidar com a morte é não sentir a morte, eu continuo sentindo, algumas vezes me emociono, vou pra casa, penso naquele paciente, me mobilizo, penso na própria morte, na morte das pessoas que eu amo, mas tem um conhecimento que se diferencia do conhecimento do senso comum, do que você falar na hora do óbito, o que não falar, como abordar, quais os princípios, o que você deve ter em mente” (sic). É como se o medo da morte se tornasse uma questão intelectual.

Além das limitações pessoais e a aflição que advém da tentativa de não saber o que fazer para melhorar o quadro dos pacientes ou o desespero dos familiares, o profissional esbarra nas limitações de falta de espaço físico; limitação temporal do psicólogo, pois os pacientes muitas vezes têm histórias de vida complicadas, o que requer um acompanhamento pós-alta que não pode ser garantido; falta de reconhecimento e credibilidade dos outros membros da equipe; limitações macro, da própria estrutura do sistema. Convivendo com todas essas limitações, a disponibilidade e o desejo interno do profissional em resolver as situações é muito importante, pois a todo tempo há esse conflito entre o desejo e os obstáculos, as vontades e as impossibilidades, o que provoca grande angústia.

Muitas vezes durante o atendimento o “nó da angústia vem” (sic), mas o psicólogo não pode se emocionar a ponto de virar o foco naquele momento, “aí não é a sua vez de ser atendido, depois você vai pra sua análise, sai chorando (...) senão eu sou mais um sofrendo ao lado dela e não ajudando ela a elaborar essa perda de uma maneira mais saudável.” (sic). Após o acolhimento do outro é hora de dar vazão aos seus próprios sentimentos. Há casos que marcam, o choro e o desespero dos familiares ficam na cabeça o dia todo, o “esforço sobrenatural” (sic) feito para não se emocionar demais.

Como a função do psicólogo é cuidar do sofrimento alheio, às vezes o profissional não tem espaço para cuidar de sua própria dor, o que pode acarretar em seu próprio adoecimento. Worden (1998) pontua outras formas com que o psicólogo hospitalar é afetado ao lidar com a morte: tornando-o consciente de suas próprias perdas; gerando apreensão em relação às perdas temidas; ocasionando ansiedade existencial e a consciência da própria morte; ferindo seu narcisismo e onipotência. Outro fator que às vezes dificulta a atuação é quando o profissional vincula as situações vivenciadas em seu trabalho à sua vida pessoal. Assim, é importante que o profissional procure resolver seus conflitos, conscientizando-se de suas limitações quanto aos tipos de pacientes e tipos de situações de luto que pode trabalhar. Além disso, deve buscar recursos como a sua própria terapia, realização de atividades físicas, momentos de lazer, entre outros, que o ajudem a se manter bem. Deve-se, portanto, cuidar da dor do cuidador.

Entretanto, diante dessas situações em que não há muito que fazer, uma das entrevistadas relatou pegar na mão dos familiares e chorar junto: “o momento ali, o que eu sinto é vou compartilhar a minha dor, porque... somos todos humanos aqui, e acho que nesses momentos também, é muitas vezes que eles fazem o vínculo comigo, porque eles percebem o envolvimento, que não há uma frieza da equipe e por eu ser a profissional da escuta (risos), acaba sobrando muito pra mim ouvir essa dor, esse sofrimento, essa impotência diante dos

fatos da vida (...) Choro por besteira, enquanto eu estiver me emocionando estou viva, e quando parar de chorar , é que vou me preocupar, porque aí é porque a desesperança já se instalou total, e a ternura não me afeta mais e o que sempre me mobiliza mais é a ternura” (sic).

4.6) Postura Profissional x Pessoal ao Acompanhar Situações de Morte

Apesar de eventualmente nos emocionarmos ao acompanhar um óbito, há uma diferenciação da postura profissional em relação à pessoal. Isso nos remete à pontuação de Rodrigues (2000), quando diz que o psicólogo em sua atuação passa pela experiência de ocupar o lugar do morto em seu exercício profissional, ao despir-se de ideais, valores, sentimentos e vaidades.

Nestes casos, você sente pela perda do outro, se entristece, e a intensidade é proporcional à proximidade que mantinha com o paciente: “não tem como eu não sentir uma pessoa que está sofrendo extremamente ao meu lado, é impossível (...) a gente tem que ter um certo equilíbrio, onde se a gente também não sentisse a gente não tinha como compreender o outro, mas ao mesmo tempo a gente não pode sair pegando a dor do outro e tomando pra si” (sic). O paciente/familiar é uma pessoa com quem se cria um vínculo, contudo o papel do psicólogo hospitalar nesse momento é diferente, conforme já fora exposto, e muitos profissionais se cobram estar bem, pois estão sendo a sustentação daquelas pessoas naquele instante.

No ambiente hospitalar não há como selecionar os pacientes que o psicólogo irá atender, como acontece na clínica, por exemplo, em que o profissional pode encaminhar um caso que o mobiliza muito para outros psicólogos. No hospital a demanda é posta, não há como restringi-la, e a dor é sempre muito intensa, de forma que o “distanciamento total, da

frieza, da empatia sem se envolver” (sic) não é fácil, e eventualmente acontecem envoltimentos mais intensos em que se vivencia sim a dor do outro como se fosse sua própria. Dependendo da relação com o paciente, é comum que o psicólogo vá ao enterro, à missa, faça um acompanhamento psicológico posterior com a família.

Conforme ressaltado por González Rey (2004) e Morin (1970), nenhum acontecimento tem um sentido estressante por si só, nem mesmo a morte. Os eventos não podem ser encarados isoladamente, pois sua ação estressora depende da subjetividade integral do sujeito, do sentido que lhe é atribuído, do momento atual de vida, da proximidade que mantinha com o falecido, dos recursos de enfrentamento que possui. Faço o questionamento: onde começa o profissional e cessa o pessoal? O que deve prevalecer: o *self* pessoal do psicólogo ou sua *persona* profissional?

Hycner (1995) pontua que “A atitude com que me aproximo do outro é, também, a atitude com que me aproximo de mim mesmo. Se valorizo o outro, isso reflete minha própria autovalorização. Se transformo o outro em objeto, também serei um objeto.” (p. 25). A conduta profissional pode ser enfatizada como forma de defesa, para encobrir as inseguranças. O psicólogo confronta constantemente as questões de vida de outras pessoas que talvez não estejam resolvidas em sua própria vida.

Em sua atividade profissional, o psicólogo é incessantemente forçado a lutar com suas fragilidades e pontos cegos. É uma profissão paradoxal, pois a todo instante o psicólogo deve lidar com as dimensões objetivas x subjetivas; conscientes x inconscientes; da teoria x prática; do prático x filosófico; do geral/nomotético para o particular/ideográfico; do ego x estar a serviço de; da distinção entre o que é comportamento patológico e o que é conseqüência da situação existencial; etc. (Hycner, 1995). Acredito que os métodos psicológicos e a teoria podem nos ajudar até certo ponto, mas a relação está em primeiro plano. É possível isolar a razão dos afetos na produção do conhecimento?

5) Considerações Finais

Muitas foram as faces da morte ao longo da história ocidental. Diante da experiência cultural ocidental contemporânea de negação da experiência da morte e do morrer, a sociedade coisifica o homem. De indesejados e temidos, a morte e o morrer são também banalizados e interditados, fazendo com que muitas vezes nos tornemos indiferentes a torturas, extermínios. Podemos perder nossa capacidade de indignação e ficarmos anestesiados para a dor do outro? Ou seria um mecanismo de defesa elaborado a partir do medo de sucumbir à dor de um semelhante?

Em nossa sociedade, em que a tecnociência possui um lugar destacado e determinante na prática médica, a psicologia hospitalar vem resgatar o significado do relacional e dialético, da atenção existencial e integral ao ser hospitalizado. Acompanhar o processo de enfrentamento e muitas vezes a morte dos pacientes, a luta dos familiares, é mais do que um trabalho que fica registrado na memória; são experimentações que resultam em aprendizados, formação continuada e instigam muitas reflexões. Pensar na morte é um convite para pensar na vida que levamos.

A negação da morte também aparece no despreparo dos cursos de graduação da área de saúde para lidar com a morte, tanto em relação à estrutura do curso, que muitas vezes não aborda o assunto nem possibilita contato com os pacientes desde o início, bem como pelas dificuldades de promoverem um treinamento de habilidades nessa direção. As atitudes frente à morte acabam sendo moldadas pela experiência e prática profissional, já com um resquício da negação, que é nos tornar resistentes a sentir empatia pelos pacientes.

Percebemos que manter a morte ausente do campo da consciência relaciona-se com a preocupação de conservar a própria individualidade para além da morte. Assim, o horror da morte seria a emoção, o sentimento, ou a consciência da perda da individualidade, de uma

ruptura, de um vazio. A cultura vem construindo recursos para transformar a noção de imortalidade, mas que vêm acompanhados de diversos efeitos colaterais, alguns altamente nocivos e que acabam tendo o efeito contrário de mitigar a identidade pessoal, tornando-a banal e fugaz.

As entrevistas permitiram a constatação de que falar de morte é falar de ambigüidades, evocar sentimentos primitivos, se remeter a questionamentos sobre a origem e o sentido da vida, perguntas as quais não há como responder. Visto que a morte não é nada que possa ser efetivamente experimentado, a não ser indiretamente através da morte do outro, e partindo do pressuposto de que a Fenomenologia é um método de investigação que propõe a volta às coisas mesmas, a partir da descrição e da interrogação do fenômeno para o sujeito, conclui-se que a concepção de morte é algo particular, fruto da história de vida e subjetividade de cada pessoa. O trabalho em saúde é vivido com prazer e angústia. Acompanhar a morte dos pacientes diariamente traz implicações para a vida profissional e pessoal, faz a consciência da mortalidade estar presente, o que equivale a uma ferida narcísica, que coloca em evidência a oposição ente onipotência e limitações, suscita angústias e temores. Por outro lado, traz um aspecto vital, que impulsiona o ser-para-a-morte a buscar uma melhor qualidade de vida. Segundo Kovács (2002): “A morte começa quando não levamos em conta que a morte existe” (prefácio, ¶3).

Cada um de nós traz dentro de si sua própria representação de morte. A maneira como a vemos influenciará nossa forma de ser, pois entrelaçamos vida e morte durante todo o nosso processo de desenvolvimento vital. Cada um tem o seu modo de lidar com esta experiência, possui recursos de enfrentamento próprios, maneiras de trabalhar diversas (como, por exemplo, em relação ao toque). Durante os relatos das entrevistadas era freqüente a utilização de casos concretos para elucidar situações, o que demonstra que não há uma opinião acerca

das coisas a priori; o conhecimento não é algo estático, tudo é dinâmico, e depende do contexto e do momento, da subjetividade do profissional.

Vale ressaltar, por fim, que este estudo é apenas um olhar, um recorte na busca da compreensão psicológica da morte, se é que é possível, dada a amplitude e complexidade do tema. É, portanto, incompleto.

Referências

- Ariès, Philippe (1989). *Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema.
- Bauman, Zygmunt (1998). *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- _____ (2008). *Medo Líquido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Boemer, Magali Roseira (1986). *A morte e o morrer*. São Paulo: Cortez.
- Bruscato, Laura Wilze. (2004). A Psicologia no Hospital da Misericórdia: um modelo de atuação. In: Bruscato, W.L.; Benedetti, C; Lopes, S.R.A. (org.). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Camon, Valdemar Augusto Angerami (2003). *Psicologia Hospitalar, Teoria e Prática*. São Paulo: Pioneira.
- Capalbo, Creusa (1987). *Fenomenologia e ciências humanas*. Rio de Janeiro: ERCA.
- Cassorla, Roosevelt M. S. (coord.) (1998). *Da morte: estudos brasileiros*. 2ª ed. Campinas: Papirus.
- Combinato, Denise Stefanoni; Queiroz, Marcos de Souza (2006). *Morte: uma visão psicossocial*. Estud. psicol. (Natal), maio/ago. 2006, vol.11, no.2, p.209-216. ISSN 1413-294X.
- Dastur, Françoise (1942). *A morte: ensaio sobre a finitude*. Rio de Janeiro: Difel.
- Derzi, Carla de Abreu Machado (2003). Da tragédia... à beleza do sujeito. In: In: Moura, M.D. (org.). *Psicanálise e hospital 3- Tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter.

Forghieri, Yolanda Cintrão (2004). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Giacioia Junior O. (2005). *A visão da morte ao longo do tempo*. Medicina. Ribeirão Preto; 38: 13-19.

González Rey, Fernando (2004). *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Granha, Maria Tereza (2000). Reflexões sobre a prática do psicanalista no hospital Geral. In: Moura, M.D. (org.). *Psicanálise e Hospital*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter.

Greyson, Bruce (2007). *Experiências de quase-morte: implicações clínicas*. Rev. psiquiatr. clín., 2007, vol.34, suppl.1, p.116-125. ISSN 0101-6083

Haberkorn, Adriana (2004). Atuação Psicológica na UTI. In: Bruscato, W.L.; Benedetti, C; Lopes, S.R.A. (org.). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Holanda, Adriano (2003). Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elementos para um entendimento metodológico. In: Bruns, M.A.T. & Holanda, A.F. (Org.). *Psicologia e Fenomenologia: reflexões e perspectivas*. Campinas, SP: Ed. Alínea.

Hycner, Richard (1995). *De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica*. São Paulo: Summus.

Kastenbaum, R., & Aisenberg, R. (1983). *Psicologia da morte*. São Paulo: Pioneira.

Klafke, T. E. (1991). O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In Cassorla, R. M. S. (Org.). *Da morte: estudos brasileiros*. 2ª ed. Campinas: Papyrus.

Kovács, Maria Júlia (2002). *Morte e desenvolvimento humano*. 4ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____ (2003). *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp.

Morin, Edgar (1970). *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago Ed.

Moura, Marisa Decat de (2000). Psicanálise e urgência subjetiva. In: Moura, M.D. (org.). *Psicanálise e Hospital*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter.

_____ (2003). Urgência subjetiva e tempo - que é isto? In: Moura, M.D. (org.). *Psicanálise e hospital 3- Tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter.

Oliveira, Eliane Caldas do Nascimento (1998). *O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia*. *Psicol. cienc. prof.*, jun. 2002, vol.22, no.2, p.30-41. ISSN 1414-9893.

Pessoa, Carlos (1997). *Mortalis*. São Paulo: Editora Cone Sul.

Pitta A. (2003). *Hospital: dor e morte como ofício*. 5ª ed. São Paulo: Hucitec.

Rodrigues, Gilda Vaz (2000). Nem o sol, nem a morte podem ser olhados de frente. In: Moura, M.D. (org.). *Psicanálise e Hospital*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter.

Sirlei, Dal Moro. *A representação da morte para o profissional da psicologia hospitalar*. Disponível em: http://www.artigocientifico.com.br/acervo/7/78/tp1_1466.html.gz. Acesso em 14/08/08.

Turato, Egberto Ribeiro (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

Werle, Marco Aurélio (2003). *A angústia, o nada e a morte em Heidegger*. *Trans/Form/Ação*, São Paulo, v.26, p.97-113.

Worden, J. William (1998). *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Apêndices

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
a ser lido e assinado pelos profissionais participantes, conforme exigido
pela resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

Nome da Pesquisa: Reflexões sobre morte nas narrativas dos psicólogos hospitalares.

Pesquisadora Responsável: Morgana Queiroz

Aluna Participante: Luciana Teixeira de Araújo

Senhor(a) _____

Estou realizando uma pesquisa para monografia do curso de graduação em Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília, e gostaria de convidá-lo (a) para participar de meu estudo, que será desenvolvido em seu próprio local de trabalho.

O objetivo desse trabalho é conversarmos sobre as experiências que você vivencia como psicólogo hospitalar, tendo a morte como foco. Durante a entrevista utilizarei um gravador (com a sua autorização), para não perder nenhuma informação. Pelo tipo de pesquisa, informo que não haverá procedimentos que causem desconforto ou riscos.

Informo que sua participação será totalmente voluntária e que você não será obrigado a fornecer informações que não queira, podendo desistir de participar dessa pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Todas as informações que possam identificá-lo (a) serão omitidas.

Para que eu possa realizar esse trabalho, preciso do seu consentimento de participação nessa pesquisa. Caso haja dúvidas, estou à disposição do senhor pelos telefones (61)3297-6024 e 8487-5526, e-mail lucy_araujo@hotmail.com. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB, localizado na SEPN 707/907, Campus do UniCEUB, Bloco IX, Brasília-DF, telefone 3340-1363 e email comite.bioetica@uniceub.br.

DESDE JÁ AGRADEÇO A COLABORAÇÃO

Atenciosamente,

Luciana Teixeira de Araújo

Pesquisadora

Após ter tomado conhecimento dos objetivos e procedimentos desta pesquisa:

Eu, nome completo do participante, idade, RG, endereço, aceito participar do estudo realizado por Luciana Teixeira de Araújo. Estou ciente que a minha participação será totalmente voluntária e que poderá ser interrompida a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a mim. Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Brasília, ____ de _____ de 2008.

Apêndice B: Roteiro da entrevista semi-estruturada

1. Fale sobre o seu trabalho realizado no hospital.
2. Como as situações de morte fazem parte do dia-a-dia hospitalar, fale sobre estas ocorrências a partir de sua experiência profissional.
3. Ao se deparar com a morte de uma pessoa internada que você acompanha há algum tempo, o que mobiliza você, enquanto profissional e enquanto pessoa, naquele momento? Que tipo de recursos utiliza para ajudá-lo a lidar com essas situações?
4. Fale o que é a morte para você e como lida com ela em sua vida?
5. Cite três palavras associadas à morte e ao processo de luto.