

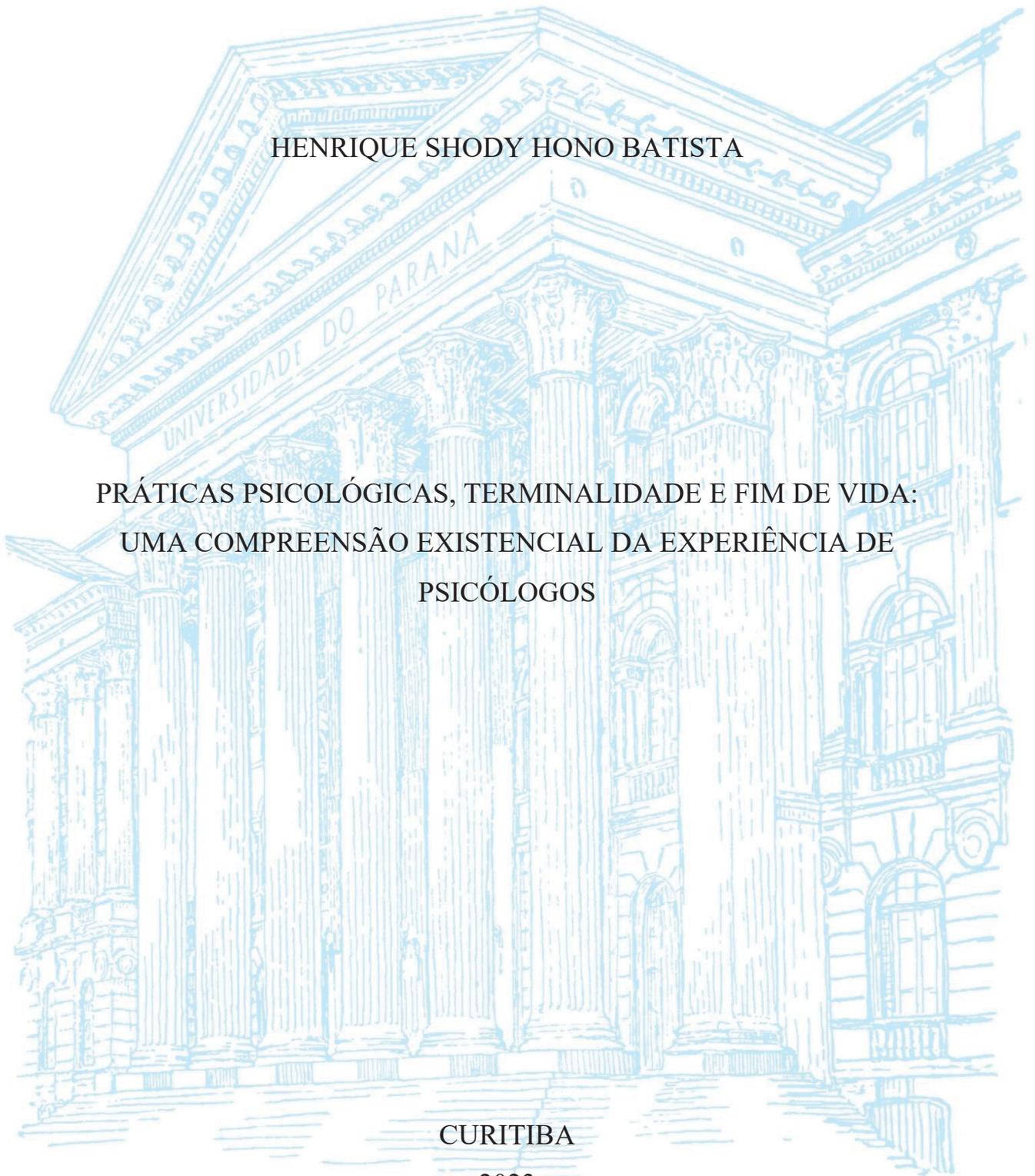
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

HENRIQUE SHODY HONO BATISTA

PRÁTICAS PSICOLÓGICAS, TERMINALIDADE E FIM DE VIDA:
UMA COMPREENSÃO EXISTENCIAL DA EXPERIÊNCIA DE
PSICÓLOGOS

CURITIBA

2023



HENRIQUE SHODY HONO BATISTA

PRÁTICAS PSICOLÓGICAS, TERMINALIDADE E FIM DE VIDA:
UMA COMPREENSÃO EXISTENCIAL DA EXPERIÊNCIA DE
PSICÓLOGOS

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Joanneliese de Lucas Freitas

CURITIBA

2023

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS

Batista, Henrique Shody Hono

Práticas psicológicas, terminalidade e fim de vida : uma compreensão existencial da experiência de psicólogos. / Henrique Shody Hono Batista. – Curitiba, 2023.

1 recurso on-line : PDF.

Mestrado (Dissertação) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Joanneliese de Lucas Freitas.

1. Doentes terminais - Psicologia. 2. Psicologia existencial. 3. Morte – Aspectos psicológicos. I. Freitas, Joanneliese de Lucas, 1972-. II. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Bibliotecária: Fernanda Emanóela Nogueira Dias CRB-9/1607

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **HENRIQUE SHODY HONO BATISTA** intitulada: **Práticas Psicológicas, terminalidade e fim de vida: uma compreensão existencial da experiência de psicólogos**, sob orientação da Profa. Dra. JOANNELIESE DE LUCAS FREITAS, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 30 de Novembro de 2023.

Assinatura Eletrônica

30/11/2023 15:26:19.0

JOANNELIESE DE LUCAS FREITAS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

30/11/2023 11:23:16.0

ANA KARINA SILVA AZEVEDO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE)

Assinatura Eletrônica

30/11/2023 12:15:14.0

ANA MARIA LOPEZ CALVO DE FEIJOO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer aos meus pais, Carlos e Tiemi, por todo o apoio prestado ao longo deste percurso de vida. E aqui, também enfatizo o agradecimento por nunca terem me privado do conhecimento sobre a morte como um fato da vida. Desde pequeno me levaram em velórios e falaram sobre a possibilidade de que, em algum dia, eles provavelmente não estariam mais aqui vivendo ao meu lado. Agradeço também ao meu irmão Guilherme, pela parceria e amizade. E aos demais membros das famílias Hono e Batista.

Quero agradecer ao meu grupo diferenciado de amigos, em especial a minha alta cúpula: Ingrid, Gilson, Lucas (19), Cons, Emily, Caprici e Jennifer. Que a gente possa continuar sempre voando juntos, além do infinito, até o final da odisséia terrestre! Também agradeço à Juliana, Giovanna, Flávia, Carla, Lipe, Lucas Lara, Priscila, Luciana, Jéssica e a todos os demais amigos! Agradeço aos colegas de trabalho do hospital, em especial minhas parceiras do Serviço de Psicologia, Gabriela, Tuane e Ítala, e os residentes e estagiários.

Quero agradecer à minha eterna professora, Joanneliese de Lucas Freitas, por sempre aliar afeto, parceria, competência e rigor ao longo de minha formação. Aos colegas do nosso grupo de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPR, Carol, Lívia, Gustavo, Larissa, Loivo, Ane, Luciano, Eric, Mariana e Camila. E todos os demais colegas de profissão e vida acadêmica!

Quero agradecer à banca, professoras doutoras Ana Maria Feijoo e Ana Karina Azevedo, por servirem de inspiração para este percurso que se faz ao caminhar, que é a Psicologia Fenomenológico-Existencial. E à professora doutora Maria Virgínia por ter aceito a suplência.

Por fim, quero agradecer aos participantes do estudo, à Universidade Pública e ao Sistema Único de Saúde!

RESUMO

Este estudo teve por objetivo compreender a experiência de psicólogas e psicólogos hospitalares que lidam profissionalmente com situações de terminalidade e o fim da vida. Para tanto, foi desenvolvido um método de pesquisa fenomenológico-hermenêutico inspirado na filosofia de Martin Heidegger. A partir deste método, foi possível caminhar pela pesquisa, de modo a compreender as constituintes ontológicas, históricas e sociais que acarretaram em tentativas de controle do fenômeno da morte por parte da medicina e dos hospitais modernos. A medicina e os hospitais tentaram lidar com a morte como mero objeto de intervenção disciplinar e técnica, sem colocar em questão as experiências existenciais vinculadas à vida humana com a morte. Nesse sentido, a psicologia buscou teorizar sobre a relação humana com a finitude, desenvolvendo teorias, técnicas e postulados sobre uma psicologia da morte. Porém, a partir de um olhar fenomenológico-hermenêutico, foi preciso se aproximar do modo como a experiência ocorre no mundo, o que nos levou à realização de cinco entrevistas com psicólogas e psicólogos hospitalares que lidam com situações de terminalidade e o fim da vida. Estas entrevistas foram analisadas a partir de narrativas, que desvelou seis eixos de compreensão existencial, a saber: 1) Trabalhar com a morte é, na verdade, trabalhar com o modo pelo qual o paciente ou a família lidam com a vida ao longo do processo de morrer; 2) Não existem receitas prontas, mas disposição e sensibilidade em se aproximar do modo singular como paciente e família lidam com o fim da vida; 3) A morte escancara o imprevisível e a incerteza diante do tempo, o que pode exigir ações urgentes e imediatas; 4) A ação do psicólogo hospitalar envolve o reconhecimento e a flexibilização do *modus operandi* da instituição; 5) Trabalhar com a morte envolve, necessariamente, se deixar afetar pelo sofrimento humano, sendo fonte de aprendizado para o psicólogo e 6) As experiências profissionais convidam o psicólogo para refletir sobre sua vida pessoal com a morte e a própria condição de finitude. Os eixos abordam a relação dos psicólogos com a morte em sua vida pessoal e profissional, convocando estes profissionais a assumirem suas próprias existências como mortais e finitas. Ao lidarem com situações de terminalidade e fim de vida, os psicólogos hospitalares abrem possibilidades de cuidado como forma de resistência aos ditames da técnica moderna, de modo que a experiência afetiva possa aparecer em meio a frieza das instituições. Assim, a “boa morte” almejada pela psicologia é a “morte possível” de ser vivida, a partir do horizonte de possibilidades daquele que está diante do morrer.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Psicologia Existencial; Morte; Cuidados de fim de vida.

ABSTRACT

This study aimed to understand the experience of hospital psychologists who professionally deal with terminal situations and the end of life. To achieve this, a phenomenological-hermeneutic research method was developed, inspired by the philosophy of Martin Heidegger. Using this method, it was possible to navigate through the research, in order to understand the ontological, historical and social constituents that led to attempts to control the phenomenon of death, by modern medicine and hospitals. Medicine and hospitals tried to deal with death as a mere object of disciplinary and technical intervention, without questioning the existential experiences related to the human encounter with death. In this sense, psychology sought to theorize about the human relationship with finitude, developing theories, techniques and postulates about the psychology of death. However, from a phenomenological-hermeneutic perspective, it was necessary to approach how the experience unfolds in the world, with five interviews being carried out with hospital psychologists who deal with end-of-life situations. These interviews were analyzed, based on narratives, which revealed six axes of existential understanding of these experiences, namely: 1) Working with death is, in fact, working with the way in which the patient or the family deals with life throughout the dying process; 2) There are no ready-made recipes, but willingness and sensitivity to approach the unique way in which patient and family deals with the end of life; 3) Death reveals the unpredictable and uncertainty in the face of time, which may require urgent and immediate actions; 4) The action of the hospital psychologist involves the recognition and flexibility of the institution's modus operandi; 5) Working with death necessarily involves allowing oneself to be affected by human suffering, which is a source of learning for the psychologist and 6) Professional experiences invite the psychologist to reflect on their personal dealings with death and their own condition of finitude. The axes address the relationship between psychologists and death in their personal and professional lives, calling on these professionals to assume their own existences as mortal and finite. When dealing with terminal and end-of-life situations, hospital psychologists open up possibilities of care as a form of resistance to the dictates of modern technique, so that the affective experience can appear amidst the coldness of institutions. Thus, the “good death” desired by psychology is the “possible death” to be lived, based on the horizon of possibilities of the person facing death.

Keywords: Medical Psychology; Existentialism; Death; Terminal Care.

SUMÁRIO

Introdução	9
Capítulo I - Por um outro modo de olhar a existência: uma (breve) introdução à filosofia de Martin Heidegger	16
O projeto da ontologia fundamental em <i>Ser e Tempo</i> , de Martin Heidegger.....	17
A analítica da existência como explicitação dos modos de existir do Dasein	20
Ser-para-a-morte e angústia como tonalidade afetiva fundamental	22
A analítica existencial situada em nosso problema de pesquisa	25
Capítulo II - A fenomenologia-hermenêutica como método de pesquisa em psicologia clínica: delineando os caminhos de meu pensamento para a investigação desta pesquisa	27
Resgatando um sentido originário de método e hermenêutica.....	28
Os <i>metà-hodós</i> da fenomenologia-hermenêutica nas pesquisas em psicologia	30
Apresentando o nosso <i>metà-hodós</i> em pesquisa: o pesquisar como um fazer clínico	32
Momentos significativos e a escolha dos recursos metodológicos da pesquisa.....	35
Capítulo III - Confinamento institucional e higienização da morte no horizonte da técnica: uma investigação das determinações históricas e sociais sobre a morte e o morrer nos hospitais	41
Desafios em realizar uma análise fenomenológico-hermenêutica sobre um itinerário histórico da morte e do morrer	43
Determinações ônticas no horizonte das transformações da medicina e dos hospitais modernos	45
O mundo moderno diante da morte e do morrer: o horizonte da técnica em questão.....	49
Capítulo IV - A psicologia diante da morte e do ideal de bem-morrer: um olhar sobre as determinações teóricas do cuidado psicológico na terminalidade e fim de vida	55
A psicologia diante da promessa de superação do modelo biomédico	56
Postulados teóricos para uma compreensão psicológica da morte e a formação em psicologia	59
O cuidado psicológico no fim da vida e o horizonte das práticas em psicologia hospitalar	65
Capítulo V - Confeccionando as tramas da pesquisa: análise fenomenológica e circularidade hermenêutica na compreensão das narrativas	69
Participantes da pesquisa e coleta de dados	69
Análise fenomenológico-hermenêutica dos dados da pesquisa: resgatando os sentidos de “análise” e circularidade hermenêutica no trabalho com narrativas	72
Aspectos processuais das narrativas: como analisamos as experiências dos participantes..	75

As narrativas particularidades dos participantes: Maria, Pedro, Joca, Júlia e Larissa	77
a) <i>Narrativa da participante Maria – Data da entrevista: 12 de Julho de 2022</i>	77
b) <i>Narrativa do participante Pedro – Data da entrevista: 17 de Julho de 2022</i>	82
c) <i>Narrativa do participante Joca – Data da entrevista: 04 de Setembro de 2022</i>	86
d) <i>Narrativa da participante Júlia – Data da entrevista: 07 de Setembro de 2022</i>	91
e) <i>Narrativa da participante Larissa – Data da entrevista: 16 de Novembro de 2022</i> ...	93
Capítulo VI - Eixos narrativos-interpretativos: a compreensão existencial da experiência dos psicólogos hospitalares	98
Trabalhar com a morte é, na verdade, trabalhar com o modo pelo qual o paciente ou a família lidam com a vida ao longo do processo de morrer.....	99
Não existem receitas prontas, mas disposição e sensibilidade em se aproximar do modo singular como paciente e família lidam com o fim da vida	102
A morte escancara o imprevisível e a incerteza diante do tempo, o que pode exigir ações urgentes e imediatas	104
A ação do psicólogo hospitalar envolve o reconhecimento e a flexibilização do <i>modus operandi</i> da instituição	106
Trabalhar com a morte envolve, necessariamente, se deixar afetar pelo sofrimento humano, sendo isto, fonte de aprendizado para o psicólogo.....	108
As experiências profissionais convidam o psicólogo para refletir sobre sua vida pessoal com a morte e a própria condição de finitude	109
Considerações finais	112
Referências	116

Introdução

Esta dissertação de mestrado foi desenvolvida, majoritariamente, durante o período crítico de pandemia do novo coronavírus (COVID-19). No final de 2019 e início de 2020, assistimos as preocupações internacionais com a propagação do vírus em escala global, o que levou à Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, decretar estado de pandemia (World Health Organization – WHO, 2020). No Brasil, estima-se que, entre 2020 e 2023, mais de 700 mil vidas foram ceifadas pela doença. Tal dado aponta uma situação devastadora que a população brasileira enfrentou — e, de algum modo, ainda enfrenta — pelo menos desde 3 de fevereiro de 2020, quando o Ministério da Saúde (MS) decretou estado de emergência em saúde pública, convocando entes federais, estaduais e municipais a adotarem estratégias de enfrentamento para conter o avanço da contaminação pelo vírus e mitigar os danos à vida humana provocados pelo risco de disseminação alargada da doença em solo brasileiro.

Neste cenário, o panorama de enfrentamento adotado pelo Brasil foi marcado por dualidade e contradição. Por um lado, tivemos as campanhas de testagem e as recomendações de distanciamento físico¹, o uso de máscaras e protetores faciais (*face shield*), bem como a necessidade constante de higienização das mãos como partes importantes das estratégias de prevenção. Também nos deparamos com a reorganização das instituições de saúde em seus diversos níveis de atenção, desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) até os hospitais gerais e de campanha.

Nestes locais, observamos que seus trabalhadores – especialmente os profissionais de saúde – foram submetidos a uma sobrecarga de trabalho que implicou em sensação crônica de cansaço, estresse, *burnout* e até mesmo perda do sentido de vida, devido às inúmeras dificuldades enfrentadas na linha de frente, como as extensas jornadas de trabalho, a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), os elevados números de internações e óbitos e o colapso do sistema de saúde em algumas regiões do país (Teixeira et al., 2020). Por vezes, estes profissionais foram elevados à categoria de super heróis nacionais pelos veículos da mídia e no imaginário de uma parcela significativa da população brasileira, que apesar de bem intencionadas por reconhecerem o esforço e a dedicação destes profissionais, acabaram por

¹ Nesta dissertação, adotamos o termo “distanciamento físico” ao invés de “distanciamento social”, por considerarmos que era possível nos manter socialmente conectados, mesmo estando fisicamente distantes, por meio das tecnologias de comunicação (telefone, celulares, internet, etc.).

privá-los da possibilidade de serem simplesmente humanos, seres de *pathos*², passíveis à imperfeição, ao limite e à fragilidade.

Infelizmente, houve um outro lado do Brasil em relação à pandemia que se fez marcante, representado pelas ideias negacionistas que se opuseram às recomendações dos órgãos competentes de saúde, lançando mão de saídas mágicas e simplistas pela via de tratamentos sem comprovação científica. A prevenção da saúde e a garantia do direito à vida por meio de estratégias de distanciamento físico foram vistas como uma ameaça à manutenção da economia, de modo que – sem meios seguros e possíveis de preservação da saúde e de um suporte financeiro para uma vida digna – os brasileiros foram lançados à nefasta escolha entre ter de se expor para trabalhar (e, assim, não sucumbir à fome e à miséria) ou ter de se isolar para sobreviver ao vírus (sendo esta última uma alternativa factual apenas aos mais privilegiados). Neste ínterim, também fomos confrontados com declarações controversas de figuras públicas que, ao subestimarem os riscos à vida associados à infecção pelo coronavírus, se referiram à dor dos enlutados pela perda de um ente querido na pandemia como mero “mimimi” (Santos, 2021).

Com a descoberta de vacinas capazes de prevenir casos graves da doença, tivemos a possibilidade de, ao menos em partes, acalantar nossos corações diante do desespero e da brutalidade que tomou conta de nosso país, especialmente frente às situações de morte provocadas pela COVID-19 e suas complicações. A Campanha Nacional de Imunização (CNI) mostrou um Brasil que assumiu seriamente o enfrentamento da pandemia, mas aquém do potencial esperado para um país que era referência mundial em vacinação. O início da vacinação no Brasil ocorreu de modo tardio, permeado por diversas denúncias que apontaram a existência de esquemas de corrupção relacionados à compra e distribuição dos imunizantes em território nacional (Resende, 2021). Tal fato implicou em atrasos na aquisição das vacinas e no início da campanha de vacinação, despertando penosas afetações de revolta e lamento pelas vidas brasileiras que poderiam ter sido poupadas quando já haviam imunizantes disponíveis para aplicação.

Como psicólogo atuante no Sistema Único de Saúde (SUS), tive meu local de trabalho – um hospital público municipal referência em saúde do idoso – transformado em hospital de referência para o atendimento à COVID-19 no período de 2020 a 2022. Diante disso, busquei, nesta dissertação, me dedicar ao estudo das práticas psicológicas voltadas a questões da morte e do morrer. Portanto, não poderia apresentar essa escrita de outro modo, senão a partir deste

² O conceito de *Pathos* é apresentado no Capítulo I desta dissertação.

momento histórico que atravessamos. Nesse momento a morte foi para muitos tão somente um número e o morto apenas mais um na contagem diária de vítimas pelo novo coronavírus, tornando o morrer um processo doloroso de afastamento, solidão e descaso na vida dos brasileiros. Nesse sentido, a pandemia nos convidou a olharmos para nós, para os outros e para o mundo, nos confrontando com profundos questionamentos éticos e existenciais: o que estamos fazendo com nossas vidas? Ainda nos comovemos ou nos tornamos, desde o seu início, indiferentes ao número de mortos pela doença? Como somos e seremos lembrados pela forma como lidamos com estas mortes?

Tais questionamentos são paradigmáticos de como a morte – para além de um acontecimento que marca o fim da vida – se apresenta como entidade sensível à reflexão humana. Esta reflexão adquire contornos múltiplos, associados a dimensões históricas, culturais, políticas, religiosas, artísticas e tantas outras formas de expressão do mundo humano que influenciam diretamente nos modos como os processos que conduzem à morte acontecem e repercutem na vida cotidiana. É por isso que, como afirma Kellehear (2016, p. 13): “embora tudo acabe morrendo no fim, nem todos os caminhos desse fim são os mesmos; nem sempre morremos da mesma maneira”. Portanto, há variações e especificidades que devem ser consideradas.

Os caminhos que nos conduzem à morte e às experiências que se desdobram ao longo dos processos de morrer são situados a partir de um tempo e de um espaço específicos. Neste aspecto, a morte se apresenta de diferentes maneiras e em diferentes períodos históricos. Discorrendo de forma breve sobre a atualidade, a morte tem sido considerada um tabu, tanto pela via de seu escancaramento quanto pela sua censura na vida pública e social. A morte escancarada é aquela que está associada a situações de violência, testemunhada nas ruas, nos espaços urbanos e no noticiário; característica de países marcados por notáveis desigualdades sociais, como o Brasil. Já a censura da morte é um reflexo da perda da familiaridade e do afastamento do fenômeno de nossas vidas íntimas, pois seu acontecimento se encontra, geralmente, confinado no interior das instituições hospitalares (Kovács, 2008; 2014).

Neste último cenário, um dos principais modos da morte e do morrer na contemporaneidade acontece no curso de enfrentamento de doenças graves e ameaçadoras da vida, situação na qual o paciente, acompanhado ou não por um familiar, é condenado a atravessar seus últimos dias de vida internado em uma enfermaria de hospital geral, quando não invadido por suporte avançado de vida característicos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), como tubo orotraqueal, ventilação mecânica e drogas vasoativas.

Uma das profissões da saúde convocada a habitar os corredores das instituições hospitalares foi a psicologia, mais precisamente em sua especialidade denominada psicologia hospitalar. A Resolução nº 13, de 2007, do Conselho Federal de Psicologia (CFP) reconheceu a psicologia hospitalar como uma especialização profissional do psicólogo, sendo responsável por desenvolver ações de assistência, ensino e pesquisa voltadas aos aspectos chamados de emocionais e subjetivos das experiências do adoecer. Desta forma, ao psicólogo hospitalar foi prescrita a tarefa de minimizar o sofrimento psíquico associado à experiência do adoecimento, inclusive em situações em que o paciente e seus familiares enfrentam uma doença em fase de terminalidade e fim de vida. Assim, podem ser ofertadas diversas possibilidades de intervenções; são elas: individuais, familiares ou em grupos; e em diferentes cenários das instituições hospitalares, como ambulatórios, enfermarias e UTIs.

Segundo Araújo e Vieira (2004), a morte é conceituada como um evento único e individual que ocorre na vida de alguém, sendo o momento em que se encerra a vida biológica de um organismo. Já o morrer é compreendido como um processo que se desdobra ao longo da vida e abre possibilidades para uma compreensão existencial. Ao longo do processo do morrer, podemos ser acometidos por uma doença progressiva e incurável, que evolui para diferentes fases até chegar à terminalidade. Esta, por sua vez, é entendida como uma condição em que há presença e progressão de alguma doença grave e ameaçadora da vida, a qual não pode mais ter seu curso alterado por meio de intervenções técnicas, conduzindo o paciente à proximidade da morte. Gutierrez (2001) afirma que a terminalidade é um conceito reconhecido por diferentes especialidades da saúde, embora não haja consenso quanto à sua objetivação temporal. O paciente que enfrenta uma doença em fase de terminalidade pode viver por semanas, meses e até mesmo anos, pois reconhecer a terminalidade não é o mesmo que precisar seu tempo estimado de vida. Já o fim da vida é um período de rápido declínio funcional, que geralmente ocorre entre 48 e 72 horas que antecedem a morte, exigindo cuidados específicos ao paciente diante de manifestações agudas que indicam a evolução final de uma doença terminal (Moritz et al., 2008).

Em meu cotidiano como psicólogo hospitalar, sou atravessado por inquietações teórico-clínicas no atendimento à população idosa, seus familiares e cuidadores. Também faço parte de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros. Dentre as inquietações, destaco o questionamento sobre o que é próprio ao fazer da psicologia na experiência da escuta clínica e de possíveis intervenções psicoterápicas em situações de terminalidade e fim de vida; condição frequentemente encontrada nos corredores dos hospitais

gerais, especialmente quando lidamos com o público idoso e o enfrentamento de doenças graves e ameaçadoras da vida.

Ainda que produções acadêmicas e formações profissionais já discutam as práticas psicológicas na terminalidade e no fim de vida, seja por um viés estritamente psicológico ou atravessado por perspectivas multiprofissionais, tais ensinamentos se mostravam insuficientes para a reflexão concreta da minha experiência com os pacientes, seus familiares e cuidadores. Por vezes, as teorizações pareciam pouco ou nada relevantes no momento em que estava diretamente atravessado por um encontro terapêutico. Além disso, as intervenções técnicas nem sempre se faziam apropriadas para o contexto, por diversos motivos: fosse pela própria relação terapêutica ou por não existirem recursos concretos para operacionalizar essas propostas na instituição. Também era frequente deparar com algumas falas e discursos que recaíam em certa romantização do processo de morte e morrer, como se o paciente em fim de vida fosse quase obrigado a se despedir da vida de modo pleno e gratificante, com sua família devidamente confortada em relação à partida e a equipe multiprofissional recompensada com ensinamentos sublimes sobre o viver e o morrer.

Essas experiências da prática profissional que nos aproximam e nos confrontam com a condição de finitude que nos é dada, na condição de seres corporais e mortais, já servem como pano de fundo para elucidar uma justificativa da realização deste estudo. A morte e o morrer podem nos endereçar profundos e significativos questionamentos sobre a vida, seja no âmbito de nossas afetações particulares sobre a morte, nos modos como lidamos ou fugimos da possibilidade de seu anúncio ou mesmo nas implicações éticas e políticas que podem ser levantadas, em especial quando debatemos as práticas de cuidado em saúde que se voltam à terminalidade e ao fim de vida. Debater essas questões é imperativo e urgente para nós brasileiros, uma vez que estudos comparativos têm apontado o Brasil como o terceiro pior país do mundo para morrer, em termos de condições de acesso aos serviços de saúde, da disponibilidade de cuidados para alívio da dor e da própria estrutura das instituições que oferecem tratamento aos doentes e familiares (Finkelstein et al., 2022).

A partir das problemáticas elencadas, meu desejo foi percorrer este estudo por outros caminhos, diferentes daqueles preconizados pela pura teorização e delimitação técnica, tentando afastar os preconceitos que podem ser revelados em nossa lida profissional com as situações de terminalidade e fim de vida. Isso não implica dizer que a construção teórica e a intervenção técnica sejam irrelevantes para o fazer do psicólogo, tampouco que eu – no aspecto pessoal e profissional – seja alguém que não constrói os próprios preconceitos e romantizações a respeito dos processos de morte e morrer. Porém, é no estar atento à experiência cotidiana

que nos são revelados os limites das teorizações e da técnica, bem como a autocrítica sobre o modo como meu olhar se afeta com realidade que me cerca, e me abre outras possibilidades de aproximação às inquietações apresentadas. Assim, a fim de que fosse possível expandir este olhar para além de minha perspectiva, elegemos como objeto desse estudo as experiências de psicólogas e psicólogos hospitalares que lidam com situações de terminalidade e fim de vida. A pergunta que mobilizou essa realização foi: Como são as experiências de psicólogos hospitalares que atuam profissionalmente em situações de terminalidade e fim de vida?

Sendo assim, foi realizada uma pesquisa qualitativa e exploratória, com uso de entrevista aberta e diário de campo, cujo objetivo principal foi analisar as compreensões de sentido das experiências que psicólogos(as) hospitalares vivenciam em sua prática profissional em situações de terminalidade e fim de vida. A partir do objetivo principal, também foram elaborados três objetivos específicos: 1) identificar possíveis dilemas éticos, teóricos e clínicos que advenham dessa experiência profissional; 2) articular a experiência vivida dos psicólogos hospitalares com nosso horizonte histórico de compreensão e lida com a morte; e 3) propor uma interpretação fenomenológico-hermenêutica sobre as práticas psicológicas nas situações de terminalidade e fim de vida. Para atingir os objetivos elencados, optamos pelo referencial fenomenológico e hermenêutico. Fenomenológico, na medida em que pretendemos uma aproximação da experiência tal como ela ocorre no mundo, a partir das suspensões das hipostasias, teorizações e preconceitos que nos são herdados pela atitude natural. E hermenêutico, na intenção de articular essas experiências de mundo aos horizontes históricos que sustentam as condições de possibilidade para seu aparecimento.

No primeiro capítulo, discutimos quais os fundamentos epistemológicos que sustentam a fenomenologia-hermenêutica, especialmente aqueles preconizados pelo filósofo alemão Martin Heidegger (1889 - 1976), sendo introduzidos conceitos como Dasein, ser-para-a-morte, tonalidades afetivas e angústia. No segundo capítulo, damos continuidade à apresentação dos fundamentos epistemológicos, desta vez implicados na proposição de um método de pesquisa em psicologia clínica como *metà-hodós*, com auxílio de bases fenomenológicas e hermenêuticas. No terceiro capítulo, apresentamos uma revisão narrativa de literatura que tematiza as transformações ontológicas, históricas e sociais que estiveram associadas aos processos de institucionalização, disciplinarização e controle técnico da morte por parte da medicina moderna e no interior das instituições hospitalares. Situamos esta discussão também a partir de paralelos, aproximações e distanciamentos de como estes processos ocorreram em solo europeu e como foi sua incidência em solo brasileiro.

No quarto capítulo, uma nova revisão narrativa de literatura nos auxiliou a compreender como a psicologia clínica e hospitalar abordou a morte, desde um ponto de vista teórico, permitindo uma aproximação com as discussões acadêmicas oriundas de nosso campo. Esta discussão perpassou por revisões sobre os modelos de atenção em saúde e o desenvolvimento da psicologia da saúde e hospitalar, para, então, discutirmos a morte como uma variável relevante para a psicologia por meio de diferentes perspectivas teóricas. No quinto capítulo, descrevemos detalhadamente os modos como coletamos os dados da pesquisa obtidos pelas entrevistas e diários de campo, e como realizamos a análise deles a partir de conceitos como narrativa, análise fenomenológica e circularidade hermenêutica.

No sexto capítulo, apresentamos as compreensões existenciais das experiências dos psicólogos hospitalares, apontando o diálogo entre as narrativas das entrevistas, os diários de campo e a literatura vigente, o que desvelou seis eixos narrativos-interpretativos destas experiências, a saber: 1) Trabalhar com a morte é, na verdade, trabalhar com o modo pelo qual o paciente ou a família lidam com a vida ao longo do processo de morrer; 2) Não existem receitas prontas, mas disposição e sensibilidade em se aproximar do modo singular como paciente e família lidam com o fim da vida; 3) A morte escancara o imprevisível e a incerteza diante do tempo, o que pode exigir ações urgentes e imediatas; 4) A ação do psicólogo hospitalar envolve o reconhecimento e a flexibilização do *modus operandi* da instituição; 5) Trabalhar com a morte envolve, necessariamente, se deixar afetar pelo sofrimento humano, sendo isto, fonte de aprendizado para o psicólogo e 6) As experiências profissionais convidam o psicólogo para refletir sobre sua vida pessoal com a morte e a própria condição de finitude. Por fim, discorreremos sobre nossas considerações finais do estudo e apontamos uma reflexão sobre o fato desta pesquisa ter ocorrido durante o período crítico da pandemia de COVID-19.

Capítulo I - Por um outro modo de olhar a existência: uma (breve) introdução à filosofia de Martin Heidegger

*“Por que prender a vida em conceitos e normas?
 O belo e o feio... O bom e o mau... Dor e prazer...
 Tudo, afinal, são formas
 E não degraus do ser!”*
 (Mário Quintana, em *Da perfeição da vida*)

A poesia do escritor brasileiro Mário Quintana (1906 - 1994) nos traz um tema caro à reflexão fenomenológica. Em *Da perfeição da vida*, Quintana nos alerta sobre os perigos de nos prendermos aos conceitos que, ao invés de permitir uma relação aberta com o mundo e suas possibilidades de sentido, nos conduz a formas de relação calcadas nas dicotomias e nos dualismos, fragmentando o existir em partes isoladas. As dicotomias e os dualismos, apesar de em alguma medida serem formas cotidianas de qualificarmos as experiências, nos afastam daquilo que há de mais originário em nossa relação mundana e existencial, ou seja, a experiência sensível que é anterior a qualquer conceito, fragmentação ou tentativa de racionalização. Nesse sentido, a fenomenologia, na condição de um método filosófico que busca superar as dicotomias e nos (re)aproximar das experiências tal como ocorrem no mundo, nos auxilia na tarefa de libertar nosso olhar desta prisão que Quintana mencionou, o que, por sua vez, nos permite cultivar outros modos de relação com a vida, com os outros e com aquilo que nos cerca.

É importante esclarecer que existem muitas formas de conduzir uma reflexão fenomenológica, a depender do filósofo que assumimos como referência. Como dito na introdução, este estudo se conduz a partir de um referencial fenomenológico e hermenêutico, o que significa que adotamos um modo específico de pensar e fazer uso do método fenomenológico. Neste caso, o filósofo alemão Martin Heidegger nos serve como figura de referência para o método fenomenológico e sua variação hermenêutica, de modo que este primeiro capítulo da dissertação tem por objetivo realizar uma introdução à fenomenologia-hermenêutica deste autor. Não daremos conta, por óbvio, de realizarmos uma extensa revisão da obra de Heidegger e suas diferentes fases, do pensamento do Ser à virada histórica, mas pretendemos situar de que maneira sua fenomenologia-hermenêutica realiza a busca pelo que há de mais originário na existência e o entrelaçamento das experiências de sentido com seus horizontes históricos de determinação.

A razão pela qual faz-se necessário este empreendimento, se esclarece na medida em que este trabalho se utiliza, sobretudo, do modo de pensar possibilitado pela introdução da obra

de Heidegger como um solo epistemológico que fundamenta nosso agir, pensar e caminhar da pesquisa. Com isso, buscamos apresentar aqui mais do que os conceitos fundamentais que configuram uma dita filosofia heideggeriana, mas nos aproximar do modo de pensar do filósofo, para compreender de que maneira podemos reivindicar outras formas de olhar a existência a partir de uma (re)aproximação com aquilo que se encontra encoberto em meio às sedimentações e verdades apriorísticas dos tempos modernos e contemporâneos, ou seja, a relação existencial com o mundo e, portanto, com nós mesmos. É disso que tratamos ao longo do capítulo.

O projeto da ontologia fundamental em *Ser e Tempo*, de Martin Heidegger

Em sua obra capital, intitulada *Ser e Tempo*, Heidegger (1927/2014) se debate sobre a ontologia, como campo de investigação filosófica que estuda o significado do Ser e dos modos de ser dos entes. Heidegger considera que o problema do significado do Ser nasce com o próprio surgimento da filosofia ocidental, embora continue sem solução no interior de sua história. Para o filósofo, a categoria “Ser” se apresenta como o conceito mais geral, que fundamenta todos os modos de aparição dos fenômenos em nossa relação com a existência. Porém, ao mesmo tempo, compreende que o “Ser” é a categoria mais obscura do nosso pensar, na medida em que, desde o fim da filosofia grega clássica, a pergunta sobre “o que é ser?” se encobriu em meio às determinações do mundo moderno. Segundo Casanova (2009), Heidegger nomeia como mundo moderno todas as concepções filosóficas que sucederam a Platão e Aristóteles, considerando estes dois autores os últimos filósofos da antiguidade que cultivaram uma interrogação sobre a questão do Ser.

Sob as determinações do mundo moderno, a pergunta pelo sentido do Ser foi esquecida, na medida em que as tradições filosóficas, as ciências e outras formas de conhecimento humano abriram mão do caráter reflexivo e meditativo que a pergunta “o que é ser?” nos convida a assumir diante dos fenômenos do mundo. Ao invés de meditar sobre a pergunta e cultivar uma relação de abertura com os fenômenos da existência, o mundo moderno tentou formular respostas universais, categóricas e apriorísticas sobre esta questão. Um exemplo está no modo como algumas vertentes da teologia se debruçam sobre a questão do Ser. Na tentativa de atrelar o Ser – aquilo que há de mais geral e fundamental na existência – à categoria do divino, a teologia toma o primeiro como dotado de atributos divinos, como onipresença, onisciência e eternidade. Uma vez qualificados desta forma, estas determinações sobre o Ser se tornam

fundamento de tudo aquilo que há, de modo que os fenômenos da existência passam a ser subordinados a essas categorias, determinando nossa relação com eles.

As tentativas de determinação do Ser acarretaram uma espécie de emaranhado ontológico, o qual Heidegger (1927/2014) compreende enquanto a confusão do Ser com a categoria do ente, ou ainda, do ontológico com o ôntico. Para esclarecer o que é o ontológico e ôntico, utilizamos das palavras de Ida Cardinalli (2015), para quem,

(...) do ponto de vista heideggeriano, a explicitação ontológica desvela uma estrutura de realização, isto é, aquilo que possibilita as várias maneiras de algo tornar-se manifesto, enquanto a dimensão ôntica mostra tudo o que é percebido, entendido ou conhecido de imediato pelo homem. (p. 249)

Ou seja, enquanto o Ser se refere ao ontológico como aquilo que há de mais geral e fundamental para o existir, os entes se referem aos fenômenos ônticos, que estão disponíveis para nos relacionarmos na existência factual e concreta, sendo, portanto, passíveis de descrição a partir das categorias do pensamento. O problema da confusão do Ser com um ente é que o Ser deixa de revelar como fundamento ontológico, como condição de possibilidade para a manifestação dos fenômenos e passa a ser visto como um ente determinado por uma qualidade específica, positivamente dada, a tal ponto que a própria relação com a existência passa a ser determinada por categorias. Sendo assim, se perde uma relação com a existência que é marcada pela abertura, pela reflexão e pela meditação para, então, se conquistar uma relação de determinação, categorização e controle. Heidegger (1927/2014) rearticula a relação entre Ser e ente, não mais confundido o primeiro com o segundo, mas considerando que o Ser se mostra por meio do ente em suas possibilidades de manifestação mundana.

Ao perceber que uma tentativa de resposta à pergunta pelo Ser conduz a um aprisionamento ôntico da condição ontológica, Heidegger (1927/2014) busca fundamentar um novo modo de relação com a pergunta, não mais com a intenção de respondê-la, mas de encontrar as condições de possibilidade nas quais esta pergunta ocorre. Em outras palavras, o que o filósofo almeja é se debruçar sobre qual é o sentido de se perguntar sobre “o que é ser?”. Para isso, no segundo parágrafo de *Ser e Tempo*, o autor esclarece que ao formularmos uma pergunta, já temos, de algum modo, uma intuição sobre qual direção devemos percorrer para encontrarmos sua resposta. Com esta afirmação, o que Heidegger aponta é que toda pergunta já carrega um certo pressuposto, tendo consigo um ponto de partida e uma mirada. Qual seria, portanto, o ponto de partida para Heidegger?

Após realizar uma “destruição” histórica da ontologia³ a partir da revisão dos modos como a tradição filosófica apreendeu o Ser como ente, confundindo-o como um objeto dotado de qualidades fixas e positivamente dadas, o filósofo assume um novo ponto de partida para a pergunta sobre o sentido do Ser (Casanova, 2009). Desta vez, o ponto deveria ser o ente que possui um privilégio ontológico, na medida em que é capaz de propor uma interrogação sobre o sentido do Ser na sua existência. Logo, Heidegger (1927/2014) coloca em suspensão as determinações teóricas e filosóficas das metafísicas que o antecederam, e passa a se debruçar sobre o ente que faz da pergunta pelo sentido do Ser uma questão existencial: o ente humano, chamado de Dasein (Ser-aí).

Ao conceber o ente humano como Dasein, Heidegger pretende se afastar de qualquer categorização que determine o existir humano *a priori*, seja pelas categorias da biologia, do psiquismo ou da razão. Assumir a concepção de Dasein é imperativo para o exercício da ontologia fundamental, uma vez que as categorizações apriorísticas nos afastam da condição existencial que é própria ao ente humano:

A antropologia tradicional traz a definição grega do homem como animal racional, ser vivo dotado de razão, matriz do Humanismo e das psicologias humanistas. Assim, o modo de ser é compreendido no sentido de coisa simplesmente dada e a razão como uma distinção superior cujo modo de ser é tão obscuro como o modo de ser do ente assim constituído. Já na definição teológica o homem é imagem de Deus, e tende para Ele. Em ambas a questão do ser do homem é esquecida, ao se determinar uma essência para o ente cujo modo de ser é a existência. As duas vertentes se entrelaçam na antropologia moderna tendo como ponto de partida metodológico a *res cogitans*, a consciência, o conjunto das vivências (Mattar, 2022, p. 88)

Dessa forma, o projeto de uma ontologia fundamental depende do ente que serve como ponto de encontro de toda e qualquer ontologia, ou seja, do ente para o qual a pergunta sobre o sentido do Ser aparece como reflexão: o Dasein. Este, ou ser-aí humano, não possui nenhuma definição que seja previamente dada ou absoluta, dado que sua existência só se define a partir da realização de possibilidades concretas. Em outras palavras, o Dasein existe ao passo em que

³ Casanova (2009) apresenta a destruição da história da ontologia como um dos subprojetos da ontologia fundamental de Heidegger. A partir da constatação de que a pergunta sobre o sentido do ser foi obscurecida ao longo da tradição filosófica, Heidegger empreende uma leitura crítica das concepções de Platão e Aristóteles sobre o Ser, não como mera revisão de opiniões, nem como perspectivas cronologicamente anteriores a ele, mas como projeto de explicitação das determinações históricas contidas nas obras desses pensadores e que se fazem presentes na atualidade, determinando as concepções de ser tal como desveladas no mundo moderno e contemporâneo.

se projeta no mundo a partir de um determinado modo-de-ser, o que implica o desvelar de possibilidades de manifestação e relação com o mundo.

A analítica da existência como explicitação dos modos de existir do Dasein

Se a pergunta sobre o sentido do Ser é uma possibilidade existencial do Dasein, sendo este considerado o ponto de partida para a reflexão ontológica, então o projeto da ontologia fundamental deve esclarecer como este Dasein existe no mundo. Heidegger (1927/2014) realiza uma analítica existencial do Dasein na tentativa de descrever os modos como o ente humano existe no mundo e quais as implicações desses modos de existir para a interrogação sobre o sentido do Ser. Para tanto, ele apresenta os existenciais que configuram a existência humana, mas anterior a qualquer tentativa de determinação *a priori* e sem recair em dualismos comumente usados para descrever o ente humano – interioridade/exterioridade, objetividade/subjectividade, razão/psiquismo, entre outros.

Em sua essência, o Dasein existe como ser-no-mundo, o que significa que sua existência está intimamente ligada ao mundo, em uma relação co-originária. O sentido de uma relação co-originária significa que não há nenhuma ordem espacial ou cronológica que determine o princípio da existência, ou seja, não existe primeiro um mundo para depois existir um Dasein, nem existe primeiro um Dasein para depois existir um mundo. O que se revela é uma relação de co-pertencimento, pois o Dasein existe para o mundo e o mundo se mostra para o Dasein. Nas palavras de Bilê Sapienza (2015, p. 39):

Ser-no-mundo não quer dizer o mero estar fisicamente localizado num espaço chamado mundo. A expressão ser-no-mundo significa que Dasein, ou seja, o ser-aí, é aí no mundo e ele é o *aí* em que há mundo. Dasein é o ente cuja existência se caracteriza por ser sempre já fora, aí, no mundo, por ser a abertura em que se dá o mundo. Ao conhecer o que está “fora”, no “mundo”, Dasein não sai de uma esfera interna, ele já é sempre “fora” junto aos entes.

Ser-no-mundo é habitar este mundo, em uma relação existencial que já se encontra sempre vinculada aos entes que nos cercam. Este vínculo originário com os entes significa dizer que o Dasein já se encontra sempre lançado no mundo, imerso em meio a sentidos e significados compartilhados em uma totalidade significativa. Esta, por sua vez, é acessada pelo Dasein a partir de uma estrutura existencial, chamada de compreensão, que expressa a condição de estarmos sempre disponíveis para acessar os sentidos e significados que estão dados em nossa abertura para o mundo. É importante destacar que, apesar da compreensão ser um

existencial que abre o mundo como totalidade significativa, isso não significa que os sentidos das experiências se mostram de forma totalmente acessível ao Dasein, pois há uma dinâmica de velamento e desvelamento em jogo. A esse respeito, Dulce Mara Critelli (2006) descreve que não basta os entes estarem simplesmente aí no mundo, é preciso também que eles apareçam como fenômenos existenciais.

A condição que define um fenômeno como existencial se revela a partir do contínuo movimento de velar e desvelar. Assim como a pergunta sobre o sentido do Ser se mostrou para Heidegger a partir do seu encobrimento, os fenômenos da existência também podem se mostrar pela ocultação. Isto significa que os fenômenos existenciais, mesmo ao se mostrarem para o Dasein, também podem encobrir outras possibilidades de manifestação, de modo que o desvelamento comporta em si a possibilidade de uma ocultação. Nas palavras de Critelli (2006), o desvelamento significa “(...) a saída de algo de seu ocultamento — uma das suas facetas (possibilidades) e por uma época” (p. 81). Trata-se de um mostrar em perspectiva, que permite o aparecimento de uma possibilidade de ser do fenômeno a partir do que está delimitado por um horizonte histórico.

Por existir em um caráter de lançado, o Dasein sempre se encontra imerso em um mundo de ocupações com os fenômenos, orientando seu modo-de-ser a partir dos sentidos e significados que são dados pelo mundo. Logo, há um campo de significações sedimentadas, em que certas verdades se encontram previamente dadas, sem que o ente humano tenha qualquer reflexão sobre elas, mas, ainda assim, se envolva ativamente com elas, a partir da compreensão. Heidegger (1927/2014) chama este modo de ser, em que o Dasein se encontra, de início e, na maioria das vezes, de existência inautêntica.

O modo de existir inautêntico revela uma profunda imersão do ente humano com os sentidos e significados que estão previamente dados no mundo, seja pela convivência com os outros, por habitar uma cultura ou estar em meio ao curso de uma história. Os sentidos e significados previamente dados convocam o Dasein a agir de modo impróprio e impessoal, de acordo com as normas e convenções que são partilhadas no mundo circundante, o que lhe confere a possibilidade de se familiarizar com o mundo. Dessa maneira, a inautenticidade se mostra como condição de possibilidade para que a experiência da familiaridade aconteça, de modo que o existir humano se enraíza na cotidianidade para extrair dela modos de agir e se comportar.

Com base no exposto, a analítica da existência revela que a compreensão do existir humano perpassa pela compreensão dos modos como existimos no cotidiano e em como somos afetados pelos entes que nos cercam. Nos aproximando de nosso tema de pesquisa, isso implica

compreender de que modo os psicólogos hospitalares vivenciam seu cotidiano profissional e como se apresentam em seus modos de agir e se comportar em relação ao cuidado psicológico nas situações de terminalidade e fim de vida. Assumir a existência dos psicólogos hospitalares sob a condição de seres-no-mundo, revela que os sentidos e significados partilhados por estes profissionais se encontram imersos em meio às estruturas cotidianas e familiares do mundo, especialmente no que se refere à relação do mundo com os fenômenos da finitude, da morte e do morrer. Sobre isso, a analítica da existência também traz importantes reflexões a respeito do fenômeno da morte para o Dasein; conforme veremos a seguir.

Ser-para-a-morte e angústia como tonalidade afetiva fundamental

Um dos caminhos para os quais a discussão sobre a existência inautêntica aponta é de que maneira o Dasein pode colocar em suspensão as determinações do impessoal e do impróprio para conquistar uma possibilidade de existência autêntica. Heidegger (1927/2014) coloca a discussão de que o existir humano, imerso em meio à cotidianidade e à familiaridade possibilitada pelo inautêntico, se revela como projeto de realização de possibilidades de ser e de sentido, marcando seu caráter dinâmico e temporal. Embora não seja escopo deste capítulo abordar em demasia todos os conceitos da filosofia heideggeriana, a questão da temporalidade se mostra fundamental para compreendermos a relação do Dasein com sua existência, uma vez que essa se mostra como condição para o projeto de realização de seu ser. Por isso, quando falamos sobre o existir humano, falamos de um existir que habita o mundo e tem nele um “lugar” existencial para sua projeção temporal.

Em outras palavras, a temporalidade é o palco que permite à existência humana se manter aberta para o mundo, pois está projetada em direção a um futuro (um porvir). Estarmos projetados em direção ao futuro significa que nossas formas de agir e se comportar no mundo nunca são permanentes, nem estáticas, pois a abertura da temporalidade nos resguarda a possibilidade de sermos algo além do que está dado. Sendo assim, nossas possibilidades de ser são modos de realização de um projeto existencial, que se desdobra ao longo do tempo e pode, no palco da temporalidade, apontar para as possibilidades de realização da existência como também para a impossibilidade de nosso ser. A impossibilidade de ser é nomeada por Heidegger (1927/2014) como morte, porém, o filósofo toma este termo de maneira diversa daquilo que está imediatamente dado pela significação cotidiana.

Na discussão de *Ser e Tempo*, a morte é considerada um dos temas centrais da analítica da existência. Para Heidegger (1927/2014), a morte assume um sentido ontológico, como condição de possibilidade de ser, o que difere da significação ordinária da morte como mero desaparecer ou perecer. Enquanto ser que existe no mundo e realiza suas possibilidades de ser na existência, o Dasein convive com a possibilidade de que a morte esteja sempre à espera. Não se trata de um mero desaparecer, no sentido de uma vida que simplesmente se extingue em meio ao horizonte do tempo, tampouco um perecer, no sentido da degradação de funções biológicas que, uma vez interrompidas, atestam a morte como o fim da vida. Em um sentido ontológico, a morte não é um evento específico, delimitado no tempo e atestado a partir da supressão das funções vitais do organismo; antes uma condição existencial que é dada como uma possibilidade sempre presente, ainda que não se saiba exatamente como, nem quando irá acontecer.

O sentido ontológico da morte – isto é, condição existencial sempre presente e que não se encerra em um evento específico de morrer – atesta o fato de que nossa existência é marcada pela transitoriedade das nossas possibilidades de ser. Conforme Jurema Dantas (2010, p. 2017), “Não se morre uma única vez, para acabar. Morre-se todos os dias, a cada instante de cada dia”. A morte escancara a finitude das nossas possibilidades de ser e do nosso projeto existencial, pois nenhuma possibilidade do nosso ser é definitiva e imutável. Tudo aquilo que somos está fadado a não-ser, o que demanda o reconhecimento de que o Dasein é um ser-para-a-morte (Heidegger, 1927/2014).

Tal qual a pergunta pelo sentido do Ser, a condição ontológica da morte também foi encoberta. Heidegger (1927/2014) descreve como o existir cotidiano, guiado pela inautenticidade, trata a morte enquanto condição meramente ôntica, passível de definição e categorização. Para ser cognoscível ao pensamento, a morte precisa ser representada como a morte do outro, de modo que apareça como algo a ser lidado apenas quando acomete a existência deste outro. Porém, não é possível experimentar a morte do outro, tampouco morrer por alguém, o que implica dizer que, na cotidianidade, estamos alienados da condição de ser-para-a-morte. Na analítica da existência, é somente pela via da angústia, como uma tonalidade afetiva fundamental, que podemos nos abrir para a condição de ser-para-a-morte e, por sua vez, conquistar um modo de existir autêntico.

As tonalidades afetivas são assumidas por Heidegger como parte da condição existencial do Dasein, conferindo ao ente humano sua dimensão de *pathos* (Martins, 1999). Além de uma abertura dada pela compreensão, o mundo aparece para o Dasein sempre “colorido” por alguma atmosfera afetiva que sustenta modos de afinação com a experiência. A

afinação da disposição afetiva é uma experiência dada na ordem de um espanto, o *pathos* que convoca o Dasein a todo instante do existir, sendo anterior ao querer e à razão. Em *Que isto: a filosofia?*, Heidegger (2018) situa o *pathos* como “(...) sofrer, aguentar, suportar, tolerar, deixar-se levar por, deixar-se con-vocar por” (p. 40), conferindo a essa experiência sua condição existencial como disposição afetiva. O *pathos*, tomado como disposição, é a experiência que abre o Dasein para o mundo, permitindo-o ser tocado afetivamente pelas experiências. Nesse sentido, as tonalidades afetivas são experiências de caráter atmosférico, não dadas no “interior” de alguém que as sente, em um momento específico da vida. Tratam-se, sobretudo, de vibrações que colorem o mundo a todo instante do existir. De acordo com Costa e Ana Maria Feijoo (2020):

Tonalidade afetiva se refere ao modo mesmo como o ser-aí se encontra "sintonizado" com o mundo que ele mesmo é. Ela corresponde à "afinação" do ser-aí com seu espaço performático, é o modo concreto com que o mundo se pronuncia na sua mostraçãõ imediata. Ao se dizer isso, supera-se a noção tradicional de que é apenas vez por outra que alguma tonalidade afetiva "colore" a existência. Ao invés disso, há a certeza de que elas se fazem presentes incessantemente e são condições de possibilidade para a experiência fática de mundo. (p. 318)

Ainda segundo os autores, Heidegger discute os diferentes modos de como podemos estar afinados com o mundo, a partir de tonalidades afetivas como o temor, o tédio e a angústia. A angústia é considerada uma tonalidade afetiva fundamental, porque sintoniza o Dasein com sua condição existencial. Ao contrário do temor, a angústia não possui relação com um objeto cotidiano, não é um medo disso ou daquilo, pois se revela como atmosfera que toma a própria abertura do Dasein no mundo (Heidegger, 1927/2014). Quando tomado pela atmosfera da angústia, o ente humano perde a possibilidade de se orientar pelos sentidos e significados que estão previamente dados pelo mundo, de modo a ser lançado para sua própria condição de poder-ser. Em outras palavras, a angústia é a tonalidade afetiva que permite a ruptura com o mundo sedimentado, rompendo com o domínio do discurso cotidiano sobre o ser dos entes e do Dasein com si próprio. Ao estar entregue à condição de poder-ser, o ente humano tem a possibilidade de assumir sua existência como autêntica, a partir da constatação de que sua condição existencial é marcada pela finitude e pela transitoriedade, desvelando sentidos e significados que sejam próprios ao seu projeto existencial.

Na filosofia heideggeriana, o conceito de autenticidade faz alusão à possibilidade de articulação de sentidos e significados, a partir de referenciais que sejam mais próprios a um Dasein singular. Segundo Carman (2012), a autenticidade lança o Dasein diante da tarefa de

assumir a si próprio como existente, o que implica estar atento e sensível às solicitações peculiares de cada experiência e não a partir de regras ou determinações impostas pelo impessoal. Contudo, ser autêntico não significa uma exclusão das determinações mundanas: um Dasein autêntico não se destaca do mundo, nem se torna totalmente livre das determinações de um horizonte histórico. Trata-se, na verdade, de uma rearticulação e reapropriação dessas determinações em um projeto existencial singular, o que permite ao Dasein conduzir sua existência de modo mais próprio. Por isso, como esclarece Hoy (2012), a conquista de um existir autêntico não se trata de um processo evolutivo ou moral, mas uma possibilidade de ser que se apresenta na existência do Dasein e que revela o mundo como “morada” de realização de sentido, tanto inautênticos quanto autênticos.

A analítica existencial situada em nosso problema de pesquisa

Após a introdução dos conceitos de ser-para-a-morte e angústia, nos parece tentador optar por um uso direto dessas interpretações para o nosso problema de pesquisa, afinal, desejamos discutir a experiência de psicólogos hospitalares que lidam com a terminalidade e o fim da vida. Porém, como esclarecido antes, há um perigo ao se assumir onticamente uma condição ontológica, de modo que, ao invés de abriremos para uma relação reflexiva com o mundo, encerramos suas possibilidades de manifestação a partir de categorias e determinações. Neste aspecto, Heidegger (1927/2014) aponta que a condição ontológica da morte não se reduz às suas determinações ônticas, sendo uma possibilidade de ser que está sempre em jogo no existir e não um processo que carrega relações com a experiência de falecer.

Tomando o ponto de vista do autor, é como se, na condição ontológica, não houvesse uma especificidade a ser considerada, pois todos os humanos – independente de conviverem com uma doença grave e ameaçadora da vida ou não – estariam igualmente próximos da morte. Por um lado, assumir este ponto de vista nos permite abrir uma relação com a finitude que não depende da descoberta de diagnósticos graves ou do enfrentamento de situações de terminalidade e fim de vida, uma vez que a possibilidade de reflexão sobre um existir autêntico pode se apresentar a qualquer momento do existir. Por outro, corremos o risco de um apagamento de certas particularidades da experiência existencial, quando estas estão mobilizadas por uma proximidade concreta com a morte, como nos casos de terminalidade e fim de vida, em que a morte não é “apenas” uma possibilidade, mas algo próximo, iminente de ocorrer.

Reconhecemos que a discussão sobre as relações entre a condição ontológica e as questões ônticas que permeiam a morte não se resolvem em alguns poucos parágrafos de um capítulo. Todavia, apontar isso nos convoca a assumir cuidados no modo como nos relacionamos com os fundamentos epistemológicos de nosso fazer em pesquisa. De certa forma, o próprio Heidegger alertou sobre as cautelas quando nos relacionamos com os conceitos empregados na analítica da existência. Em *Os Conceitos Fundamentais da Metafísica* (1929/2011), o autor defende que os conceitos servem em sua filosofia como meros indicadores formais, sinalizando uma possibilidade de libertação da compreensão humana para a condição existencial do Dasein, sem com isso serem tomados como propriedades *a priori* de um ente ou como se os conceitos, por si só, fossem produtores de mudanças e transformações em uma existência. Noutras palavras, os conceitos indicam a possibilidade de transformação da compreensão, mas eles mesmos não são capazes de nos conduzir por este processo.

Já em *Seminários de Zollikon*, o filósofo propõe uma Daseinsanalyse como diálogo da analítica do Dasein com a psicologia, pelo qual estabelece uma compreensão existencial da experiência concreta de um outro Dasein, que não ocorre ao subordinar estas experiências aos existenciais ontológicos, ao menos não de maneira simples e direta (Heidegger, 1987/2021). Trata-se de se aproximar da experiência em sua concretude ôntica, considerando a situação temporal, espacial e relacional daquele existir em específico. Sendo assim, é preciso cultivar um outro modo de relação com os conceitos, em que estes não ofusquem nosso olhar para a existência mesma. É preciso que os conceitos, a partir da reflexão ontológica, nos possibilitem uma abertura para o mundo factual e concreto da existência. Diante disso, para caminhar neste estudo a partir dessa relação de cuidado com os conceitos e de abertura às experiências, apresentamos na sequência de que modo a fenomenologia-hermenêutica nos pôde auxiliar a pensar um método para a pesquisa que aqui se apresenta.

Capítulo II - A fenomenologia-hermenêutica como método de pesquisa em psicologia clínica: delineando os caminhos de meu pensamento para a investigação desta pesquisa

Os cientistas dizem que somos feitos de átomos, mas um passarinho me contou que somos feitos de histórias
(Eduardo Galeano)

Iniciamos este capítulo tomando emprestadas as palavras do escritor uruguaio Eduardo Galeano (1940 - 2015). Nosso interesse foi dar ouvidos ao que o *passarinho* contou à Galeano, servindo o trecho acima como um convite à recordação da tarefa primordial da filosofia e da fenomenologia, as quais nos instigam ao exercício de um outro modo de olhar para o mundo e para nós mesmos. Ao aceitarmos esse convite, colocamos em pauta nossa condição existencial de seres-no-mundo, constituídos por histórias singulares e coletivas, as quais nos lançam ao ofício de produzir um conhecimento científico que esteja afinado ao caráter sensível da vida.

Falar da condição histórica que nos é constitutiva como existentes não é o mesmo que afirmar que somos determinados por uma sequência de eventos objetivamente dados no passado, organizados de modo linear e ordenados rumo ao presente. Segundo Assis e Safra (2019), a história é uma dimensão fundamental do Dasein como abertura de ser para o mundo, sendo este último um horizonte histórico constituído por sentidos e significados compartilhados. Segundo os autores, cada horizonte histórico carrega em si a marca de uma época, constituindo-se enquanto fundamento daquilo que é tomado como verdade em um determinado período da história e, por essa razão, circunscreve os modos com que o Dasein desvela o ser dos entes na totalidade.

Essa discussão é primordial para suceder a proposição de um método de pesquisa em psicologia clínica, por meio do qual não fosse fácil recair de antemão nas armadilhas e encurtamentos que o horizonte histórico atual impõe sobre aquilo que compreendemos como fazer científico na modernidade e na contemporaneidade. Isso porque, o horizonte histórico atual, na condição de herdeiro das determinações do mundo moderno, concebeu o método científico tão somente como aquele empregado pelas ciências naturais, ou seja, em que somos levados a creditar aos objetos do conhecimento uma verdade única, permanente e imutável, reduzindo a constituição do mundo tão somente aos substratos técnicos, manipuláveis e passíveis de explicação por teorias de representação. Assim, a interrogação que se sobressaiu diante de nós para esta pesquisa foi: quais saberes sustentam a possibilidade de uma aproximação às experiências humanas que legitima a condição existencial e historicamente

situada dos seres humanos? À vista disso, o objetivo deste capítulo consiste em apresentar de que modo podemos empreender uma proposta de método científico para esta pesquisa em psicologia clínica, elegendo a fenomenologia-hermenêutica como fundamento deste fazer.

Cardinalli (2012) resgata os escritos de Heidegger sobre uma ciência do humano que esteja alinhada a proposições *daseinsanalíticas* e, portanto, se diferencia do modelo científico das ciências naturais. Como indicações do filósofo para uma ciência *daseinsanalítica*, Cardinalli descreve: “(1) é necessário ter uma explicitação clara dos fundamentos do modo de ser do homem; (2) o homem não deve ser representado como um objeto da natureza; e (3) o método não visa à objetivação, à mensurabilidade e à determinação causal” (p. 64). A explicitação dos fundamentos do modo de ser do humano é pensada a partir da analítica existencial do *Dasein*; o que nos permite uma compreensão do existir humano que não recaia na naturalização, no dualismo e na fragmentação. Assim, podemos avançar para a discussão do método de bases fenomenológico-hermenêuticas.

Resgatando um sentido originário de método e hermenêutica

Para atender às exigências de uma ciência *daseinsanalítica* que escape aos propósitos da objetivação e adequação da experiência à uma representação de verdade universal e permanente, precisamos partir de uma outra compreensão de método que, desta vez, esteja em harmonia com a compreensão fenomenológico-hermenêutica da existência. Feijoo (2018) apresenta o caminho de pensamento de Heidegger a fim de ilustrar a tentativa de atingir um sentido mais originário da palavra método (partindo de sua etimologia *metà-hodós*), ou seja, caminho que se faz ao caminhar. Com isso, a perspectiva do método se desloca de uma tentativa de antecipação do caminho por vias técnicas ou instrumentais, para assumir a possibilidade de caminhar junto à experiência, deixando-se interpelar por aquilo que o próprio acompanhar do fenômeno investigado desvela ao longo da trajetória de pesquisa.

Feijoo (2018) discute o *metà-hodós* de Heidegger, que em sua obra capital *Ser e Tempo* (1927/2014) utiliza-se do método fenomenológico como subsídio para a tarefa da destruição da história da ontologia e da noção de subjetividade canonizada pelo pensamento moderno como fundamento da natureza humana, em detrimento da noção de *Dasein* como ser-no-mundo. A fenomenologia aparece para o filósofo como um caminho de pensamento que permite o questionamento de verdades ingenuamente assumidas pelo horizonte de uma época como universais e permanentes, ao passo que a hermenêutica é tomada como um modo de

investigação deste horizonte de pensamento de uma época que, como já afirmado, circunscreve os modos como o Dasein se abre para o mundo.

Como explica Casanova (2009), a hermenêutica é um ponto fundamental de diferença entre a fenomenologia-hermenêutica de Heidegger e a fenomenologia transcendental de seu mentor, Edmund Husserl (1859 - 1938); pois, o que há de mais originário na experiência do existir não são as relações imanentes e transcendentais da consciência, mas as sedimentações de sentido que são herdadas de um horizonte histórico, atravessando não apenas os modos como o Dasein desvela suas possibilidades de ser, como também a própria dinâmica de velamento e desvelamento dos fenômenos que aparecem em sua cotidianidade. É nesta direção que Heidegger (1927/2014) resgata um sentido mais originário para a hermenêutica, que deixa de ser apenas um método instrumental de interpretação de textos escritos, para se tornar uma tarefa de libertação da compreensão do Dasein sobre si e o mundo (Schmidt, 2014).

Retomamos a discussão do existencial da compreensão, apresentada no primeiro capítulo, buscando nos aprofundar em seu sentido hermenêutico. Para Heidegger (1927/2014), a compreensão é um modo de ser do Dasein em sua condição de abertura para o mundo, permitindo a realização das possibilidades na existência por meio de um sentido. Assim, compreender não se constitui como mero ato cognitivo da consciência humana que busca apreender um conhecimento, tampouco trata da intenção empática de se sintonizar com a experiência do outro (“eu te compreendo”). Nas palavras de Cardinalli (2015, p. 250): “(...) o existir humano é compreendido como uma totalidade significativa, uma vez que a compreensão de si mesmo e do que se apresenta do mundo é impregnada por uma trama significativa e orientada por um projeto de realização”. Ou seja, compreender é a própria condição de manifestação da existência que, orientada por um sentido que se revela na abertura para o mundo, permite ao Dasein assumir uma possibilidade de ser (Heidegger, 1927/2014).

A compreensão se constitui como um alicerce do ato de interpretação de si e do mundo para o Dasein. Nesse sentido, pode também revelar o horizonte histórico deste mundo, pois todo o ato de interpretar é herdeiro de uma tradição que o antecede. Portanto, a compreensão para o Dasein ocorre em um movimento de circularidade hermenêutica, na medida em que compreender é também interpretar desde um ponto de vista previamente dado – neste caso, pelo horizonte histórico. Nas palavras de Feijoo (2018, p. 331): “todo e qualquer modo de lida com as coisas que nos vêm ao encontro já está previamente estabelecido pelo horizonte histórico de determinação de sentidos e significações”; mesmo que este horizonte histórico se encontre, muitas vezes, encoberto e desconhecido para o próprio Dasein.

Uma virada hermenêutica torna-se fundamental para a investigação fenomenológica da experiência, ao buscar dar um passo atrás em relação ao modo como o horizonte de pensamento de uma época interpretou os fenômenos e legitimou suas verdades como hegemônicas. Ao situar historicamente a compreensão do Dasein, podemos, de alguma forma, libertá-lo das verdades que lhe são impostas e encobrem outras possibilidades de ser e lidar com os fenômenos do mundo. Por tal razão, uma investigação fenomenológico-hermenêutica na pesquisa em psicologia busca atingir este domínio do sentido articulado historicamente, para uma vez ciente de suas deliberações, poder acompanhar os modos de desvelamento do fenômeno investigado no próprio caminhar em conjunto (Feijoo, 2018).

Os *metà-hodós* da fenomenologia-hermenêutica nas pesquisas em psicologia

A relevância da fenomenologia-hermenêutica para a pesquisa em psicologia está na ênfase dada ao método como caminho que se faz ao caminhar (*metà-hodós*). Tal perspectiva coloca o(a) pesquisador(a) diante da tarefa de libertação de sua compreensão e interpretação cotidiana quanto à imposição de sentidos ingenuamente assumidos como a única verdade de um horizonte histórico, e que encobrem outras possibilidades de manifestação do fenômeno no percurso da investigação. Além de atestar que toda compreensão já se mostra como interpretação, herdeira de um horizonte histórico da tradição, a circularidade hermenêutica se revela também no ato de investigação, pois todo perguntar em pesquisa acontece a partir de uma existência concreta, um lugar de partida que já aponta uma direção para atingir sua resposta. A esse respeito, Morato e Sampaio (2019) afirmam que é preciso atenção e cautela ao longo do processo de investigação, pois o pesquisador já possui alguma compreensão prévia sobre o fenômeno pesquisado; seja por meio de experiências pessoais ou por leituras de materiais teóricos, o que pode levá-lo a escolher caminhos *a priori* já conhecidos para a pesquisa, correndo o risco de se desviar do *metà-hodós* que o próprio fenômeno indica.

Esta atenção às compreensões prévias não implica em uma tentativa de suspender por completo as experiências do(a) pesquisador(a), pois isso seria o mesmo que tentar retirá-lo(a) do mundo e subtrair sua história, violando aquilo que lhe é próprio em sua condição existencial. Trata-se de assumir uma postura questionadora diante desses atravessamentos, tomando cuidado para que aquilo já previamente conhecido sobre o fenômeno ou sobre os modos de pesquisá-lo não restrinjam o caminhar da investigação (Morato & Sampaio, 2019). No caso de nossa pesquisa, este cuidado envolve uma atenção ao modo como conduzimos as análises e

reflexões do estudo, uma vez que na condição de psicólogos que trabalham com os temas da morte na vida profissional e acadêmica, já temos uma bagagem vivencial, teórica e prática que está em jogo em nosso olhar.

Ellen Silva (2018) defende que o(a) pesquisador(a) deve adotar uma postura flexível que possibilite a ele(a), no encontro com o fenômeno, ser afetado por aquilo que se mostra sem tentar adequar suas experiências a ideias pré-concebidas, seja das teorias ou dos métodos. Por isso, a pesquisa fenomenológico-hermenêutica em psicologia não pode partir de um método já previamente desenhado; ao contrário disso, devem os recursos metodológicos e os modos de analisar os dados da pesquisa serem pensados em harmonia com o caminhar da pesquisa (Silva, 2018), seja diante da realização de estudos teóricos ou de investigações empírico-qualitativas.

Ao privilegiarem o *metà-hodós* como experiência de acompanhar o fenômeno no desenrolar do ato de investigação, autoras como Feijoo (2018) e Ana Maux e Elza Dutra (2020), vêm apresentando seu percurso de caminhada em pesquisa, indicando modos de proceder a investigação fenomenológica e hermenêutica no campo da psicologia. Estes caminhos retomam como fundamento os projetos filosóficos de diferentes pensadores que integram a tradição fenomenológica, com especial atenção ao pensamento de Heidegger, dadas suas contribuições ao desenvolvimento da hermenêutica na fenomenologia e de como sua filosofia pode iluminar os caminhos de investigação das pesquisas em psicologia.

Feijoo (2018) apresenta alguns modos de proceder metodologicamente uma pesquisa fenomenológico-hermenêutica em psicologia, a saber: 1) revisão narrativa de literatura, para identificar, analisar e sintetizar criticamente como a psicologia e as ciências humanas em geral vêm tematizando o fenômeno a ser investigado na pesquisa, 2) investigação hermenêutica, para compreender os modos como cada horizonte histórico abordou o fenômeno, buscando não assumir uma única perspectiva de verdade para a investigação, 3) acompanhamento fenomenológico da experiência concreta, visando recuar diante das interpretações previamente dadas e possibilitar que o fenômeno mesmo diga o que há para ser mostrado, e 4) um retorno à vida em sua facticidade, para escutar os discursos singulares e plurais do fenômeno constituído historicamente, a partir das vozes singulares daqueles que o experimentam em situação.

Já Maux e Dutra (2020) retomam o conceito de circularidade hermenêutica para esboçar como a compreensão do(a) pesquisador(a) parte de uma interpretação prévia sobre o fenômeno investigado, seja por meio de opiniões ou teorias. No entanto, ao invés de se configurar como um aprisionamento da visão do(a) pesquisador(a), a circularidade hermenêutica pode ser tematizada no próprio caminho da pesquisa. As autoras destacam três momentos constitutivos da pesquisa fenomenológico-hermenêutica em psicologia: 1) a posição prévia, que consiste na

tematização das interpretações que já estão previamente dadas para o(a) pesquisador(a) sobre o fenômeno pesquisado, bem como as primeiras ideias que originaram a elaboração de uma pergunta de pesquisa, 2) a visão prévia, quando o(a) pesquisador(a) parte em direção à investigação do fenômeno em si, visando uma abertura de sua posição prévia e o desvelar de novos sentidos para o fenômeno a partir do encontro com participantes de pesquisas, e 3) a concepção prévia, que consiste na articulação entre aquilo que estava previamente dado ao(a) pesquisador(a) (posição prévia) com o que foi encontrado ao longo do caminhar da pesquisa (a visão prévia), em um diálogo entre os dados da pesquisa e a literatura vigente.

Ao visitar os caminhos de pesquisa dessas autoras, cabe pontuar que a possibilidade de uma psicologia de bases filosóficas, tal como a fenomenologia-hermenêutica, repousa em uma atenção particular que não se utiliza dos conceitos filosóficos como meras aplicações teóricas a questões psicológicas, nem espera extrair deles propostas de utilizações estritamente pragmáticas, tanto no âmbito do fazer da clínica quanto da pesquisa em psicologia. Assim, a expectativa de tomar os conceitos fenomenológicos e hermenêuticos como lentes de representação teórica aplicada ao comportamento humano; ou a tentativa de replicação de recursos metodológicos empreendidos nos *metà-hodós* de outros pesquisadores como técnicas de pesquisa em psicologia, dão lugar à uma construção fundamentalmente reflexiva que serve como inspiração para um caminho de investigação situado a partir do fenômeno que se deseja pesquisar, sendo os conceitos filosóficos meros “indicadores formais” (Heidegger, 1929/2011, p. 379) que refinam esta possibilidade, conforme a discussão apresentada no primeiro capítulo.

Apresentando o nosso *metà-hodós* em pesquisa: o pesquisar como um fazer clínico

A partir das considerações levantadas, apresentamos nosso *metà-hodós* de pesquisa que foi percorrido no contexto de investigação desta dissertação de mestrado vinculada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPR, na linha de pesquisa de Psicologia Clínica. Um estudo que ocorre nesta linha e que se debruça sobre a clínica psicológica em situações de terminalidade e fim de vida – somado à minha prática enquanto psicólogo clínico que atua, profissional e academicamente, na área hospitalar –, suscita a discussão sobre o que propriamente caracteriza o fazer clínico em si, o que possibilitou desvelar que a pesquisa fenomenológico-hermenêutica acontece a partir de uma atitude clínica. Tal como na noção de método e hermenêutica, realizamos um resgate de um sentido mais originário para a noção de

clínica, que nos revelou possibilidades de aproximações entre o fazer clínico e o fazer da pesquisa afinados à compreensão fenomenológico-hermenêutica da existência.

No horizonte histórico atual, a psicologia clínica tem seu significado comumente associado à prática psicoterapêutica. Clínica e psicoterapia seriam sinônimas de um mesmo ofício, tornando a figura do psicólogo clínico e a do psicoterapeuta equivalentes em um mesmo sentido. Entretanto, importante enfatizar que ao falarmos da psicologia clínica, não nos referimos à prática psicoterapêutica que rotineiramente se desenvolve no interior dos consultórios, tampouco do profissional psicoterapeuta que conduz um processo de alívio do sofrimento através de técnicas de escuta e fala.

Apoiando-se na fenomenologia como um modo de percorrer os caminhos de uma pesquisa em psicologia clínica, Morato e Sampaio (2019) investigam os fundamentos ontológicos da escuta clínica, retomando o sentido grego da palavra *klinein*, ou seja, uma atitude de inclinar-se sobre o leito (*kline*). A clínica se mostra como uma atitude de se inclinar diante do outro, buscando se aproximar e compreender as possibilidades de ser de um determinado fenômeno da existência. Sendo assim, podemos compreender que o *metà-hódos* na pesquisa em psicologia é percorrido em uma atitude clínica. A escuta clínica se revela como um pesquisar no horizonte de possibilidades da existência, na medida em que “clínica” é intencional e interpelar os modos de ser do humano como existencialmente situados. Logo, a pesquisa fenomenológica na psicologia e nas ciências humanas, em geral, só pode ocorrer a partir de uma atitude clínica de pesquisa existencial (Morato & Sampaio, 2019).

Dutra (2004) também resgata o sentido da clínica como uma atitude, porém percorre a discussão a partir dos atravessamentos sociais que a contemporaneidade brasileira tem exigido ao fazer clínico. Conforme a autora, a psicologia clínica como um campo de prática e saber psicológico atravessou um período de profundas ressignificações na contemporaneidade, marcada por desconstruções e reinvenções dos conceitos fundamentais que a alicerçam. Na concepção da autora, a clínica se traduz como um ato, um fazer clínico que – independentemente do local (consultório, escolas, hospitais) e da modalidade em que aconteça (individual, casal, grupos) – assume um posicionamento teórico e metodológico que reflete um compromisso ético e político diante do sofrimento humano que se propõe a acolher (Dutra, 2004). O autor apresenta as proposições do psicanalista Luís Cláudio Mendonça Figueiredo para conceitualizar essa atitude do fazer clínico, sobretudo como uma ética que reconhece a singularidade existencial das experiências humanas, ao mesmo tempo que legitima sua condição de alteridade e estatuto social como própria à condição de ser-no-mundo. Esta concepção se distancia de uma perspectiva tradicional em psicologia clínica que tende a se

revestir de um corpo teórico fechado, podendo, inadvertidamente, levar o(a) profissional (e na questão levantada neste capítulo, o(a) pesquisador(a)) a considerar as experiências humanas ou de um ponto de vista intrapsíquico ou de um ontológico em abstrato, excluindo a dimensão social e histórica que lhe são inerentes.

Compreendemos, portanto, que a clínica como uma atitude de “debruçar-se” não depende de um local, nem de uma modalidade específica para acontecer, pois se constitui como uma atitude teórico-metodológica e ético-política que deixa o fenômeno humano aparecer e legitima essa aparição em sua própria condição de possibilidade. Se em uma pesquisa fenomenológica estamos justamente interessados em compreender o fenômeno pesquisado em sua condição de manifestação existencial, histórica e social, então torna-se necessário sustentar o fazer da pesquisa a partir desta atitude clínica, evidenciando a pertinência da aproximação entre estes campos.

Mas e o social? Como compreendê-lo por meio de bases fenomenológicas? Como já apresentado anteriormente, a fenomenologia-hermenêutica concebe o horizonte histórico da tradição como o berço originário da articulação do sentido na compreensão do Dasein, reconhecendo o caráter fundamentalmente histórico do existir no mundo. Porém, a afirmação de um estatuto social no escopo desta abordagem encontra, muitas vezes, impasses e controvérsias, dados os riscos de tomar este social como uma substância que determina o existir humano como um ser-social no sentido estrito, constituindo-se em oposição a uma suposta dimensão individual do ser. Assim, importante expor que,

Dentro do olhar fenomenológico, o social é uma dimensão originária e fundante do homem. O social não é uma dimensão posterior à constituição do homem como tal, é o momento originário da constituição do homem como homem. Sob o ponto de vista fenomenológico, a estrutura existencial significativa que expressa essa dimensão fundante e constituinte do homem que nós identificamos como o social é a dimensão do humano enquanto ser com o outro. (Dichtchekian, 2002, pp. 2-3)

Algumas pesquisas em psicologia fenomenológica desenvolvidas em solo brasileiro têm demonstrado essa possibilidade de articulação e reconhecimento das experiências humanas em uma relação de co-pertencimento originário com o social e situadas a partir de um horizonte histórico, sem, com isso, abrir mão do existencial e recorrer a teorias ou à substancialização do social e do histórico por meio de um determinismo absoluto. Como exemplo, apresentamos três pesquisas: ao falar do social nas práticas clínicas fenomenológico-existenciais, Dutra (2008) discorreu sobre os desafios e impasses no trabalho de acolhimento ao sofrimento de mulheres que sofreram violência doméstica. Já Cardinalli (2011) tematizou

as repercussões existenciais de vítimas de violência nos grandes centros urbanos brasileiros, mais precisamente em situações de assalto e sequestro relâmpago, apontando para experiências abruptas de precariedade e vulnerabilidade no existir contemporâneo. Também nesta direção, Ana Arima e Joanneliese Freitas (2017) abordaram as experiências de luto na viuvez de mulheres lésbicas, identificando a invisibilidade e o não reconhecimento deste sofrimento existencial como socialmente legítimo.

Por isso, no *metà-hodós* de investigação desta pesquisa, defendemos que a fenomenologia-hermenêutica como método de pesquisa em psicologia deve, necessariamente, se deixar conduzir por uma atitude clínica que reconheça a complexidade social e histórica própria ao fenômeno investigado. Tal atitude envolve situar o domínio do sentido como articulado historicamente no horizonte de uma tradição, para, então, libertar a compreensão do(a) pesquisador(a) sobre o fenômeno investigado, sem deixar de legitimar os atravessamentos sociais que a experiência humana, situada na sociedade brasileira, tem exigido ao fazer da psicologia na contemporaneidade. Pois, quando nos alienamos destas considerações, corremos o risco de perder de vista o que há de mais próprio e originário no fenômeno investigado, desviando dos possíveis caminhos que podem se revelar no percurso da pesquisa.

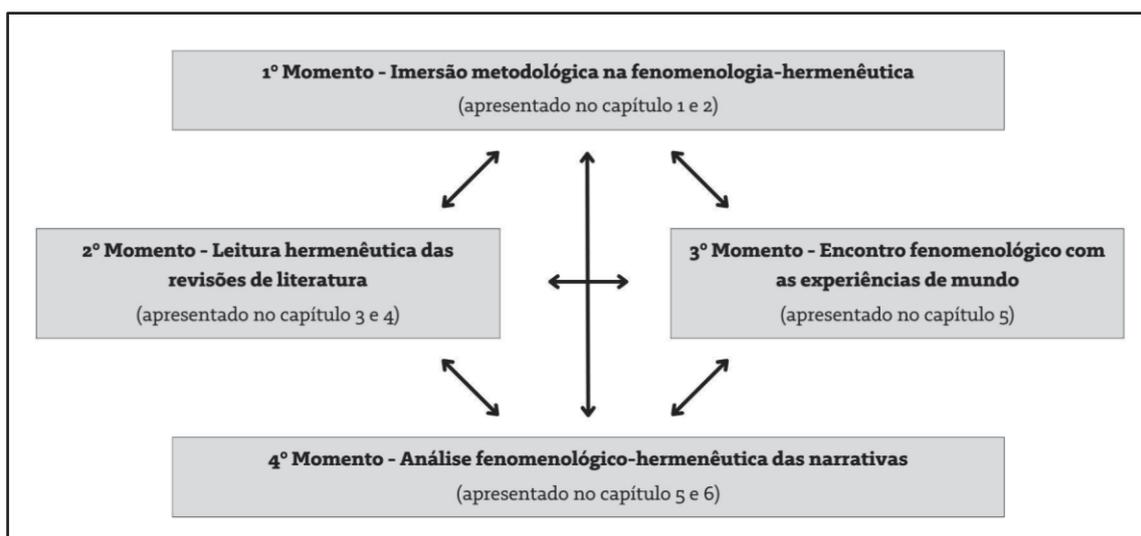
Momentos significativos e a escolha dos recursos metodológicos da pesquisa

Na continuidade da apresentação do nosso *metà-hodós*, descrevemos os momentos significativos que constituíram o caminhar nesta pesquisa e como ocorreu a escolha dos recursos metodológicos pensados para a investigação e análise do fenômeno; neste caso, as experiências de psicólogos que atuam na área hospitalar em situações de terminalidade e fim de vida. Já foi destacado que o método fenomenológico-hermenêutico em pesquisa se distingue do método científico das ciências naturais, mostrando-se como um caminho feito ao caminhar, o que exige do(a) pesquisador(a) uma postura flexível que não esteja fixada no método previamente desenhado (Silva, 2018). Sendo assim, ao apresentar os recursos metodológicos utilizados neste estudo, não tivemos como intenção formular uma sistematização de um *metà-hodós* de investigação e análise fenomenológico-hermenêutica a ser replicada em qualquer situação de pesquisa em psicologia clínica. Pretendemos demonstrar a possibilidade de delinear este fazer científico de modo fundamentalmente reflexivo, tomando as propostas de Feijoo

(2018), Maux e Dutra (2020) e Morato e Sampaio (2019) como indicadores formais no sentido heideggeriano do termo.

Para facilitar a visualização e o acompanhamento de nosso percurso metodológico, apresentamos a Figura 1:

Figura 1- Esquema gráfico do nosso *metà-hodós*



Fonte: Elaboração própria

As setas apontam possibilidades de ir e voltar, uma vez que o *metà-hodós*, na condição de caminho que se faz ao caminhar, pode ser sempre revisitado, reorganizado e percorrido novamente. Os momentos significativos deste percurso, apesar de sua separação didática e sua realização cronológica no curso de desenvolvimento de um projeto de pesquisa, se implicam mutuamente, de modo que o “debruçar-se” sobre um momento significativo pode exigir a necessidade de retornar e reformular outro. Com isto, declaramos o caráter flexível e dinâmico desta proposta de pesquisa, bem como sua fundamentação distintivamente fenomenológica. Como apontam Feijoo e Mattar (2014), o método fenomenológico e suas implicações existenciais são projetos que imprimem a ordem do acompanhar, mostrando-se incessantemente no fluxo de vivências. Assim sendo, revela os fenômenos em seu próprio acontecer temporal e não como algo dado de forma fechada e estanque. Quando vamos de um momento significativo para o outro, é possível retornar para que algo fosse reescrito ou refeito, sempre respeitando os caminhos que o próprio fenômeno investigado nos revela como direção a ser seguida.

Toda a discussão apresentada tanto no primeiro quanto neste segundo capítulo foi realizada por meio de uma revisão bibliográfica, a este processo denominamos “imersão metodológica na fenomenologia-hermenêutica”. Esse momento possibilitou fundamentar esta pesquisa de modo fenomenológico-hermenêutico, bem como afirmar esse fazer enquanto uma atitude clínica que busca estar afinada àquilo que há de mais próprio no fenômeno: seu caráter originariamente existencial, social e histórico. A imersão foi fundamental para esclarecer e nos familiarizar com alguns pressupostos tácitos da fenomenologia-hermenêutica, tomados como possibilidade metodológica para a pesquisa em psicologia, permitindo-nos atentar a como nós, Dasein lançados nesse mundo, carregamos interpretações prévias e heranças do horizonte histórico atual sobre o que compreendemos enquanto fazer científico, podendo, assim, afinar uma compreensão fenomenológico-hermenêutica da existência.

O segundo momento significativo desta pesquisa, a que nomeamos como “leitura hermenêutica das revisões de literatura”, ocorreu a partir de duas revisões narrativas de literatura. Segundo Cordeiro et al. (2007), a revisão narrativa de literatura é um método de busca não-sistemático, cujas referências são selecionadas de modo intencional e arbitrário, sem uso de protocolos de busca pré-determinados. Articulando esta definição junto à proposta de Feijoo (2018), adotamos a revisão narrativa para construirmos a consistência teórica de nosso trabalho de modo flexível e dinâmico, acompanhando o próprio movimento do fenômeno, ou seja, livres de determinações dos protocolos.

A primeira revisão narrativa, da qual tratamos no próximo capítulo desta dissertação, buscou investigar de que modo eventos históricos, políticos e sanitários na Europa e no Brasil acarretaram transformações dos paradigmas que sustentam a medicina moderna, bem como suas repercussões nos modelos de organização das instituições hospitalares. Isso, por sua vez, implicou em transformações na relação humana com a morte. Ao sustentarmos uma compreensão hermenêutica, histórica e social desta revisão, buscamos nos aproximar das formas como diferentes horizontes históricos abriram possibilidades de sentido sobre a morte e o morrer, destacando as tentativas do mundo contemporâneo em disciplinar e controlar o fenômeno da finitude sustentando-se em parâmetros puramente técnicos.

Já na segunda revisão narrativa, pretendemos discutir os horizontes teóricos que a psicologia, como ciência e profissão, vem desenvolvendo em suas teorias e práticas no cuidado a pessoas que enfrentam doenças em situação de terminalidade e fim de vida. Optamos por dar ênfase a produções da psicologia clínica e hospitalar sobre a morte e o morrer. Tanto essa quanto a primeira revisão foram realizadas a partir da leitura hermenêutica, de modo que nosso olhar como pesquisadores(as) esteve direcionado não pelas exigências de um fazer científico

que necessita de antecedentes científicos para posicionar um problema de pesquisa, mas tendo em vista a intenção de delimitar como determinados horizontes históricos circunscrevem a maneira como compreendemos os sentidos das experiências de morte e morrer. Aliado a isso, buscamos explicitar também os atravessamentos sociais que podem ser destacados quando esses horizontes estão situados no Brasil.

Uma vez cientes das deliberações de sentido do horizonte histórico atual e aproximado ao solo brasileiro, caminhamos em direção ao terceiro momento significativo da pesquisa, o qual denominamos “encontro fenomenológico com as experiências de mundo”. Tal momento contou com a realização de entrevistas com psicólogas e psicólogos hospitalares que atuam em situações de terminalidade e fim de vida, tendo o cuidado de, como afirma Feijoo (2018), ouvir as expressões singulares daqueles que experienciam o fenômeno em sua abertura de mundo. Optamos pela realização de entrevistas a partir de uma relação ativa, ética e socialmente implicada entre o(a) pesquisador(a) e os participantes envolvidos, pois as entendemos enquanto ferramentas de pesquisa que possibilitam um acesso privilegiado à experiência de mundo do participante.

Luiza Sionek et al. (2020) afirmam que as entrevistas são um importante instrumento de investigação do sentido da experiência. Nelas, encontram-se imbricadas uma atitude cuidadosa e o reconhecimento de implicações, pois se constituem como espaços de expressão e construção de narrativas sobre as experiências vividas pelos participantes. Segundo as autoras, a realização de entrevistas não pode ser vista como uma simples coleta de dados relatados oralmente, pois as falas podem mobilizar afetos e impulsionar ressignificações existenciais dos sentidos das experiências, o que exige de quem pesquisa um rigor teórico-metodológico quanto ao uso desse instrumento e uma postura acolhedora diante das experiências de mundo dos participantes.

O caráter rigoroso, ético e acolhedor exigido para a realização de entrevistas se torna importante de ser destacado, uma vez que as entrevistas desta pesquisa ocorreram durante o período crítico da pandemia de COVID-19, na qual psicólogos hospitalares tiveram sua prática profissional diretamente atravessada pelos desafios impostos à linha de frente do cuidado em saúde, em seus diferentes níveis de atenção. Esse cenário condensou penosas afetações de angústia, estresse e impotência, especialmente diante dos riscos de contaminação; além de um elevado número de óbitos e vasto sofrimento emocional intensificado. Sendo assim, falar sobre a atuação do psicólogo em situações de terminalidade e fim de vida neste momento histórico pode se tornar difícil emocionalmente para estes profissionais. Por isso, para não posicionar de antemão essas questões, as entrevistas foram conduzidas de modo aberto, com uso da pergunta

disparadora: “Você poderia me contar como é sua experiência como psicólogo hospitalar em situações de terminalidade e fim de vida?”; e a possibilidade de uso de outras perguntas ao longo da interação, visando clarificar, compreender e sintetizar os relatos que foram apresentados espontaneamente pelos participantes.

Para viabilizar este momento significativo, a investigação foi formatada como um projeto de pesquisa, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, via Plataforma Brasil (CAAE: 58323622.7.0000.0102). Após a aprovação e a liberação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização para uso de Som, a pesquisa foi divulgada tanto na Comissão de Psicologia Hospitalar do Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP - PR) quanto nas redes sociais (*WhatsApp* e *Instagram*), durante os meses de julho de 2022 a novembro de 2022. Depois da divulgação, aqueles que se interessaram em colaborar com o projeto entraram em contato pelo telefone ou pelas redes sociais do pesquisador principal, se colocando à disposição. Em alguns casos, houve um convite ativo direcionado a colegas de psicologia hospitalar que já sabiam sobre o projeto de pesquisa, a partir de trocas fraternais e convivência diária.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: 1) Psicólogos com registro ativo no CRP - PR, 2) Psicólogos que desenvolvem práticas assistenciais em hospitais gerais, 3) Psicólogos que desenvolvem práticas assistenciais em contextos de terminalidade e fim de vida, e 4) Psicólogos com experiência mínima de dois anos de atuação. Já o critério de exclusão foi: 1) Psicólogos que desenvolvem apenas atividades de gestão, ensino e pesquisa, sem relação com a prática assistencial.

Por fim, no quarto e último momento significativo, nomeado como “análise fenomenológico-hermenêutica de narrativas”, nos debruçamos mais precisamente na discussão e análise dos dados da pesquisa, obtidos pelas revisões de literatura e pelas entrevistas com os participantes. A escolha por trabalhar estes dados pela narrativa se mostrou como uma posição metodológica afinada à compreensão fenomenológico-hermenêutica da existência, ressaltando a atitude clínica deste *metà-hodós*, afinal, “o espaço clínico busca acolher e sustentar a vida enquanto questionamento, enquanto produção narrativa de sentido” (Sá, 2017, p. 77). Sobre isso, conferimos à narrativa uma conceituação existencial, conforme abaixo.

Resgatando os escritos de Walter Benjamin, Dutra (2002) define a narrativa como um processo artesanal de comunicação, que privilegia o aparecimento das afetações daquele que narra uma experiência e possibilita a construção de um conhecimento que seja próprio ao existir em sua condição de abertura, inacabamento e alteridade. Logo, quando propomos a confecção

de textos narrativos para análise e discussão dos dados, não tomamos como critério a busca pela verdade ou pela essência de um fenômeno, mas pelo desvelar de possibilidades de sentido que se encontram em jogo no *metà-hodós* da investigação. Ou, como afirmam Maux e Dutra (2020, p. 1046), “um recorte remissivo das possibilidades interpretativas que se desvelaram na experiência de pesquisar”. Trata-se, portanto, de deixar aparecer o sentido das existências a partir de sua articulação textual, narrativa e experimental.

Dado que o escopo deste segundo capítulo foi discutir os fundamentos teóricos, os momentos significativos e os recursos metodológicos gerais utilizados em nosso caminhar, e prezando por uma melhor organização e apresentação futura ao(à) leitor(a), o detalhamento das entrevistas (quantos e quais foram os participantes), suas condições de realização, bem como as etapas interpretativas de confecção das narrativas e seus entrelaçamentos com os achados das revisões de literatura (os resultados e a discussão), encontram-se apresentadas apenas posteriormente. Diante disso, o terceiro e o quarto momento significativo deste *metà-hodós* serão retomados apenas no Capítulo 5, depois de termos percorrido as leituras hermenêuticas das revisões de literatura, elucidadas nos Capítulos 3 e 4, conforme descrito acima.

Capítulo III - Confinamento institucional e higienização da morte no horizonte da técnica: uma investigação das determinações históricas e sociais sobre a morte e o morrer nos hospitais

“Não há morte natural: nada do que acontece ao homem jamais é natural, pois sua presença questiona o mundo”
(Simone de Beauvoir, em *Uma morte muito sutil*).

No capítulo anterior, definimos o método de pesquisa que nos permitiu debruçar sobre este estudo de modo fenomenológico-hermenêutico. Como descrito nos momentos constitutivos do *metá-hodós*, a tarefa que se impôs após a definição do método foi a de libertar nossa compreensão cotidiana sobre o que se apresenta enquanto modos de lidar do humano em relação à morte e ao morrer, para, então, desvelar possibilidades de sentido sobre as experiências da finitude.

Dando continuidade à pesquisa, o objetivo deste capítulo consiste em analisar as transformações históricas e sociais da relação humana com a finitude, com foco no entrelaçamento entre a história da morte, as práticas de cuidado em saúde e as instituições hospitalares. Por esta pesquisa envolver a prática de psicólogos hospitalares, a investigação deste capítulo versou sobre as mudanças que acarretaram no confinamento das experiências de morte e morrer no interior dos hospitais modernos, assim como as tentativas de controle e gerenciamento empreendidas pelas perspectivas das ciências da saúde – a medicina e as áreas multiprofissionais – sobre o fenômeno da morte. Esta correlação entre hospital e tentativas de controle e gerenciamento da morte encontra-se discutida ao longo deste capítulo.

Como inspiração para o caminhar nesse momento, recorreremos, inicialmente, às palavras da filósofa existencialista Simone de Beauvoir (1908 - 1986), mais precisamente em sua obra *Uma morte muito suave*⁴. Ao afirmar que a presença humana questiona os sentidos naturalmente dados no mundo, Beauvoir (1984/2020) nos convida a olhar para os processos de morte e morrer por meio de uma postura mais visceral, afetiva e questionadora. Essa atenção

⁴ Publicada originalmente em 1964, esta obra apresenta a narrativa de Beauvoir sobre o processo de morte e morrer de sua mãe, Françoise de Beauvoir, que aos 77 anos foi internada devido a uma fratura de fêmur após sofrer uma queda. Na ocasião da internação, Françoise foi diagnosticada com um câncer avançado, o que a condenou a viver seus últimos dias como alvo de procedimentos cirúrgicos, prescrições medicamentosas e intervenções médicas que são próprias ao cuidado das instituições hospitalares. Vivenciou ao lado das filhas experiências corporais e afetivas muito frequentes de serem sentidas por aqueles que atravessam seus últimos dias de vida internados em hospitais: o medo da solidão implicado pela internação em um quarto de hospital, o apego aos valores e objetos materiais da vida terrena, a angústia frente aos limites da medicina em acalmar suas dores e, ainda, as alegrias suscitadas pelas mentiras piedosas daqueles que a cercavam, o que alimentava uma certa esperança pela cura e recuperação.

aos modos como nos debruçamos sobre o fenômeno da morte nos convoca a refletir sobre certas verdades naturalizadas pelo senso comum; por exemplo, de que há uma idade certa para morrer, ou ainda, de que a morte é a única certeza da vida. Frases como estas são, muitas vezes, ditas e repetidas em nosso cotidiano de forma impessoal, denunciando o quanto nossa relação com a morte pode se dar de modo racionalizado e impróprio. Falamos da morte como algo que, apesar de uma certeza, parece estar distante e, por isso, ocorre apenas ao término de um longo tempo de vida, preferencialmente na velhice – vulgarmente considerada a fase de preparação para o morrer.

No curso de uma vida, podemos ter vislumbres de nossa efemeridade, quando atravessamos situações de perdas, lutos e, também, no próprio adoecer. Nos espaços urbanos e em que há condições de acesso a esse tipo de serviço, ao enfrentarmos situações de adoecimento, especialmente nos casos graves e que ameaçam a continuidade da vida, recorremos à medicina e aos hospitais para nos socorrer diante do mal-estar da enfermidade, sob o imperativo de que sua missão seja a de “salvar vidas!”. Neste aspecto, é verdade que a medicina moderna, com suas possibilidades de ação curativa e interventiva sobre o corpo, permitiu um triunfo da humanidade sobre algumas mazelas que anteriormente ceifavam a vida humana de forma precoce, tanto no âmbito das doenças agudas quanto no agravamento das condições crônicas. Como consequência, comumente acredita-se que com as terapias farmacológicas, as intervenções cirúrgicas e os recursos disponíveis nas estruturas hospitalares, teremos a garantia do sucesso em nossa fuga, não em nossa luta contra o morrer, conferindo à medicina e às ciências da saúde o estatuto de guardiãs da vida humana. Assim, criamos uma série de dispositivos e aparatos que nos servem, tanto do ponto de vista técnico quanto no sentido simbólico, para nos relacionarmos de forma mais protetiva com relação à possibilidade da morte, ainda que, muitas vezes estejamos tomados por uma ilusão de que temos controle absoluto sobre ela.

Experiências como as apresentadas acima são frequentemente observadas no cotidiano da vida urbana e facilmente ouvidas em conversas nos corredores de hospitais. A dinâmica da relação entre pacientes hospitalizados, familiares e profissionais de saúde transita entre as atmosferas da cumplicidade e da obediência na prestação de cuidados em saúde, visando a superação das mazelas em direção à cura. Longe de se constituir como um retrato absoluto de uma relação universal do humano com a finitude, uma vez que há variantes culturais que nos apresentam outras possibilidades de compreensão e de lida com a condição mortal, ainda assim podemos entendê-las como relações de sentido que são predominantes e, às vezes, quase hegemônicas em certas localidades temporais e espaciais das sociedades ocidentais e

ocidentalizadas (sobretudo em alguns horizontes históricos e culturais do solo brasileiro). Por essa razão, uma revisão sobre as mudanças e transformações históricas nos permite analisar como certos grupos sociais lidam com o fenômeno da morte no interior das práticas de cuidado em saúde e das instituições hospitalares, com vistas a desconstruir as verdades cristalizadas sobre a morte e contextualizar historicamente nossa relação com a finitude no mundo em que vivemos.

Desafios em realizar uma análise fenomenológico-hermenêutica sobre um itinerário histórico da morte e do morrer

Sabemos que o método fenomenológico-hermenêutico busca atingir o domínio do sentido em sua articulação histórica, social e ontologicamente constituída. Para tanto, a mera revisão de fatos históricos não é o suficiente para dar conta de cumprir o propósito do método, dado que a fenomenologia-hermenêutica compreende a história como um horizonte existencial de sentidos e, como apresentado no capítulo anterior, se interessa pelas expressões singulares das vozes que vivenciam um determinado fenômeno em geral.

Posto isso, entendemos que ao utilizarmos ideias defendidas por autores do campo da história, da antropologia e da sociologia, corremos o risco de não atender – ao menos não diretamente – os propósitos de uma articulação fenomenológica e hermenêutica da relação humana com a morte, uma vez que esses autores nos narram fatos e ideias desde uma perspectiva ôntica, sem vistas à dimensão existencial e ontológica. Porém, tal como defendido por Priscila Teixeira (2014) em sua análise ontológica sobre a constituição da morte no mundo moderno, a revisão de determinações ônticas pode contribuir para iluminar certas nuances da relação humana existencial, pois fornecem descrições detalhadas de como as tentativas de controle e gerenciamento técnico do fenômeno da morte foram produzidas historicamente e se fazem presentes no cotidiano; é o que veremos ao longo da discussão deste capítulo.

Estudos que tematizam a morte e o morrer desde um ponto de vista histórico já pertencem ao escopo tradicional das literaturas de referência na tanatologia. No entanto, não é o mesmo que dizer que seja fácil conduzir a análise de sedimentações e transformações históricas sustentada no método fenomenológico-hermenêutico, em uma abordagem que nos possibilite compreender e aproximar de possíveis expressões contextualizadas ao nosso território. Entre os desafios que se impõem, destacamos a diversidade de raízes culturais e históricas que atravessam a construção e o desenvolvimento da sociedade brasileira, o que evidencia nossa pluralidade social e alerta para os perigos de retratar esta história como

territorialmente homogênea e meramente originada apenas de uma matriz cultural, geralmente europeia ou estadunidense.

Alguns estudos das áreas de ciências humanas e sociais abordam essa discussão, problematizando a soberania de referências clássicas perpetuadas como única possibilidade de conhecer e explorar as transformações das atitudes do humano diante da morte ao longo dos séculos. Mais precisamente, é a história da morte retratada pela visão europeia que ganha tal estatuto, sendo naturalizada como a verdade original sobre o findar e aplicada indiscriminadamente a qualquer contexto histórico e social. Em sua tese de doutorado, Valéria Torres (2018) explora a literatura nacional sobre o tema da morte e o morrer, questionando a presença massiva do pensamento do historiador francês Phillipe Ariès (1914-1984) como categoria de análise sobre os estilos de enfrentamento à finitude no contexto brasileiro.

Consideramos aqui que o trabalho de Ariès (1975/1977), representado pelo livro *História da Morte no Ocidente*, já foi exaustivamente explorado e discutido em diversas referências da área de estudos da tanatologia e da história da morte, não sendo da intenção deste estudo, novamente, detalhar as terminologias adotadas pelo autor para tratar das atitudes humanas diante da morte no seio das mudanças sociais das sociedades europeias e estadunidense ao longo dos séculos. De igual forma, não queremos negar as contribuições de sua obra, tampouco ignorar as influências dessas matrizes em nosso horizonte brasileiro. Recorremos a Torres (2018) para afirmar que a presença massiva de Ariès na literatura nacional sobre o tema se justifica na medida em que o autor sintetiza um vasto arquipélago de registros históricos, literários, artísticos e biográficos sobre a morte, os quais abrangem diferentes localidades a partir de uma ampla temporalidade abarcada em sua análise: da Idade Média à modernidade. Inclusive, seu legado foi incorporado em trabalhos de autores brasileiros de peso na área dos estudos da morte, tal como o de Kovács (2021), no livro *Educação para a morte: quebrando paradigmas*, em que a autora se utiliza das terminologias adotadas por Ariès para ilustrar perspectivas históricas sobre a morte e o morrer no contexto brasileiro. Contudo, o fato de a obra do historiador francês permitir a abertura de horizontes de compreensão sobre comportamentos diante da morte que podem ser observados no cotidiano brasileiro, não o isenta de certas críticas e questionamentos, dado que a ampla temporalidade analisada por Ariès ocorre em uma espacialidade restrita, notadamente europeia e estadunidense.

Somado a isso, é oportuno mencionar a posição de autores do próprio norte do globo em relação à obra de Ariès. Norbert Elias (1984 citado por Menezes, 2004) e Kellehear (2014) teceram críticas ao historiador francês, especialmente à postura dogmática e nostálgica em seu trabalho. O dogmatismo verificado em Ariès se traduz por meio do uso de terminologias

precisas, das quais se utiliza para designar estilos gerais de enfrentamento à morte firmados em marcos temporais específicos, o que enraíza uma visão totalizante e normatizante dos comportamentos humanos diante da morte. Enquanto nostalgia se revela pela posição de que haveria um tempo quase mítico na Idade Média, em que a morte era recebida de forma serena por parte daqueles que estavam em seus últimos dias de vida, enaltecendo a ideia de que seria esta a forma “natural” de morrer a ser alcançada pelos humanos e resgatada no mundo contemporâneo como “modo de morrer com dignidade”.

Diante desta compreensão, destacamos a necessidade de classificar a história europeia como uma herança possível de nossa relação com a morte, a qual importada ao território brasileiro numa tentativa de fomentar processos de modernização da vida pública e urbana, e não como a história original sobre o findar, apontando uma simples transposição de fatos e dados históricos. Nesse sentido, traçamos alguns paralelos, semelhanças e distinções com as perspectivas do norte do globo, a fim de discutir o fenômeno da morte no interior das práticas de cuidado em saúde e das instituições hospitalares brasileiras por meio de um olhar mais crítico e contextualizado, demarcando, entre outras coisas, algumas especificidades. Por óbvio, não nos é possível aprofundar essa discussão em todas as nuances que envolvem os processos de colonização e descolonização, mas, ao mesmo tempo, nosso compromisso com um método clínico, histórico e socialmente afinado ao horizonte brasileiro aponta para a importância de esclarecer, ao menos em tentativa, uma maneira de percorrer esta jornada.

Determinações ônticas no horizonte das transformações da medicina e dos hospitais modernos

Para tematizar as questões propostas, recorreremos a diferentes autores que se engajaram em estudos da história da morte no Brasil e no mundo. Como afirmado previamente, o escopo deste capítulo se circunscreve na relação entre o fenômeno da morte e do morrer e as práticas de cuidado nas instituições hospitalares, uma vez que nossa pesquisa almeja compreender a experiência de psicólogos que atuam nesses espaços e no enfrentamento às situações de terminalidade e fim de vida. Além disso, a diversidade de raízes históricas e culturais que constituem a sociedade brasileira nos atenta para a impossibilidade de tratar homogeneamente a pluralidade de territórios, práticas e identidades sociais que nos moldam de formas ricas e diversas, como já mencionado. Ou seja, não pretendemos realizar uma revisão total dos estudos sobre a história brasileira da morte, desde suas longínquas origens e suas variadas e diferentes intersecções, mas antes delinear quais incidentes e marcadores históricos e sociais contribuíram

para que o fenômeno da morte fosse confinado aos corredores das instituições hospitalares e, majoritariamente, visto como um problema a ser combatido e gerenciado pelas práticas de cuidados médicos e multiprofissionais em saúde.

Na história das ditas sociedades ocidentais e ocidentalizadas, marcos sociais e sanitários serviram de palco para que o encontro entre o progresso do desenvolvimento científico da medicina, de um lado, e as mudanças estruturais e institucionais dos hospitais, de outro, inaugurasse modelos de intervenção em saúde tecnicamente assistidos e sistematicamente disciplinados. A compreensão desses processos é fundamental para a discussão aqui proposta, pois as transformações dos paradigmas que sustentam a medicina e a consequente reorganização das instituições hospitalares, resultaram também em alterações na relação entre as ciências médicas, as práticas institucionais de cuidado em saúde e o fenômeno da morte. Sendo assim, os caminhos europeus e brasileiros revelam convergências e particularidades que contextualizam os entrelaçamentos históricos e sociais que contornam as relações humanas com a finitude no mundo moderno.

O trabalho arqueológico de Michel Foucault (1926-1984) é reconhecido por colocar em questão o caráter técnico e disciplinar da medicina e das instituições hospitalares, articulando a discussão com os conceitos de biopoder e biopolítica. Em sua obra *O nascimento da clínica*, Foucault (1963/1977) oferece um recorte remissivo de como, na passagem do século XVIII para o século XIX, uma série de eventos de ordem sanitária, política, econômica e social nas sociedades europeias resultaram na supressão das práticas médicas desenvolvidas até o período clássico⁵ (séculos XVII e XVIII) em direção à medicina moderna, o que, por sua vez, resultou na transformação dos hospitais da época em espaços dedicados à intervenção médica e à busca pela cura, aproximando sua função com as instituições que conhecemos atualmente. O autor questiona a noção comum de que esse desenvolvimento ocorreu devido ao mero acúmulo de conhecimentos científicos disponíveis para uso humano em um dado espaço e tempo, enfatizando as tensões políticas e estruturais que mobilizaram as transformações de um saber; neste caso, o saber médico (Branco, 2018; Souza, 2008).

O processo de crescimento populacional e demográfico dos espaços urbanos, além da intensificação dos intercâmbios e das expedições comerciais de ordem continental, foram determinantes para a proliferação de doenças contagiosas. Como resultado, grandes epidemias

⁵A medicina clássica era desenvolvida no contexto domiciliar e familiar, tendo como característica a compreensão da doença como entidade metafísica, nosológica e naturalmente dada. O método de trabalho do médico era a observação das manifestações sintomáticas da doença e sua classificação, via diagnóstico. Segundo Branco (2018), esta era a intervenção possível ao conhecimento da medicina clássica, voltada ao ato de decifrar e clarificar o curso de manifestação de uma doença no corpo.

assolaram os diferentes espaços de convívio humano, o que demandou uma maior participação do Estado no processo de observação e controle de doenças, como a varíola, a rubéola e a febre amarela (Souza, 2008). Este processo ocorreu tanto na Europa quanto no Brasil, porém, no caso deste último, ocorreu em uma temporalidade mais tardia; os eventos epidêmicos que assolaram o território europeu em meados do século XVIII – trazendo consequências às práticas médicas, aos hospitais e ao convívio social, em geral – foram mais evidentes em nosso solo apenas no século XIX, a exemplo do marco de crise de febre amarela no Rio de Janeiro, em 1850 (Rodrigues, 1999). Em ambas as situações, o que estava em jogo era a necessidade de que a medicina se aliasse ao Estado para desenvolver mecanismos de intervenção, controle e disciplinarização dos corpos singulares e coletivos, em vistas à prevenção do contágio por meio da higienização dos costumes e dos espaços urbanos (Branco, 2018; Rodrigues, 1999; Souza, 2008).

A atenção exigida às condições do meio, fomentada principalmente pelas crises epidêmicas, tornou a medicina uma prática de âmbito social. O discurso médico social, que nasceu do encontro entre as práticas médicas sanitárias e a intervenção estatal sobre os comportamentos e condutas humanas, trouxe a necessidade de reorganização dos espaços urbanos, em especial por parte das igrejas e dos hospitais. Essas instituições foram diagnosticadas como insalubres porque suas paredes e tetos forneciam abrigo aos pobres, aos doentes e aos moribundos, sendo locais de importante concentração de miasmas e agentes infecciosos (Rodrigues, 1999). No conjunto das práticas que se estendiam dos cuidados aos ditos moribundos até o sepultamento dos cadáveres, a proximidade cotidiana dos humanos com a doença e os mortos não era mais recomendada, de modo que os doentes foram confinados aos hospitais e os rituais de despedida deslocados das casas e das igrejas para os cemitérios, localizados nas regiões periféricas das cidades.

As mudanças descritas acima não se constituíram apenas como novas práticas de uma medicina social atualizada às exigências de seu tempo, pois estavam inseridas em um projeto maior de modernização do mundo aos moldes europeus. Este projeto de modernização que ocorreu na Europa por volta do século XVIII e início do século XIX, foi importado às cidades brasileiras a partir dos séculos XIX e XX (Silva Filho, 2012), numa tentativa de intensificar processos de ocidentalização da vida pública e urbana brasileira. Este último aspecto envolveu, em algumas regiões do Brasil, uma forte iniciativa de criminalização das práticas religiosas consideradas divergentes daquelas preconizadas pelo catolicismo, sob o argumento de que as religiões de matrizes africanas, por exemplo, propagavam hábitos insalubres (Montero, 2009). Contudo, mesmo a Igreja Católica teve suas bases e rituais – assim como seu papel de

influência no Estado – questionados pelo discurso da higienização dos espaços públicos, sendo representativo das tentativas de secularização das ditas sociedades modernas⁶ (Torres, 2018).

Em paralelo às intervenções nas condições urbanas acarretadas pelas crises epidêmicas, a medicina aprofundou seu rol de conhecimentos sobre o corpo humano. Os estudos de anatomia possibilitaram ao olhar do médico conhecer e analisar com mais profundidade o funcionamento anatômico e fisiológico do corpo humano, o que, por sua vez, alterou significativamente a compreensão de doença (Souza, 2008). A medicina de base moderna adquiriu seu estatuto de racionalidade científica ao localizar a doença nas dimensões do corpo humano, voltando a atenção do médico à busca de evidências objetivas capazes de estabelecer a relação entre o surgimento de sintomas e as alterações fisiopatológicas no funcionamento do organismo. Segundo Jaspers (1958), o crivo da objetividade foi fundamental para que o estatuto de cientificidade da medicina moderna fosse sedimentado. Em suas palavras, “(...) só se basta enquanto recebe algo perante os olhos, algo objetivo, e o torna acessível à intervenção” (p. 25). Nesse cenário, a medicina social e a medicina moderna fortaleceram seus dispositivos interventivos e disciplinares, conferindo aos médicos um espaço simbólico de autoridade e saber.

As transformações no conhecimento médico moderno sobre o corpo humano e o desenvolvimento de práticas disciplinares preconizadas pela medicina social resultaram na necessidade de reorganização dos hospitais, tornando estes ambientes propícios ao exercício da incipiente medicina moderna. Até meados dos séculos XVIII, os hospitais europeus não resguardavam qualquer ambição em desenvolver práticas curativas tal como conhecemos hoje, pois eram instituições de caráter fundamentalmente religioso e com finalidade de ordenamento social. Segundo Souza (2008), não havia qualquer intenção de cura ou de restituição da saúde, mas de expiação de pecados e de garantia de que o mal-estar e a morte dos grupos considerados desviantes – os pobres, os loucos e os ditos portadores de doenças infectocontagiosas – acontecesse em local reservado, sem perturbar o status quo.

Esclarecer a função clássica dos hospitais europeus é relevante, uma vez que este modelo de atenção hospitalar serviu de inspiração para as primeiras iniciativas hospitalares no território brasileiro, a exemplo da criação das Santas Casas de Misericórdia (Laprega, 2015).

⁶ Na tese de Torres (2018), há um binômio entre o processo de ineclesiamento e secularização, principalmente no tocante aos modelos sociais de morte no Brasil. Enquanto o primeiro se refere ao processo em que a Igreja Católica, gradativamente, começa a adquirir força política e simbólica na construção de modelos e ideais sobre o bem-viver; o segundo se refere a essa perda de força por parte do *Ethos* Católico. Apesar desse processo ocorrer no Brasil, Torres defende que a secularização não representou uma “descristianização” da sociedade brasileira, mas uma forma de significação da vida cotidiana fortemente presente no imaginário social.

Segundo Laprega (2015), desde o período da colonização até o final do século XIX, as Santas Casas de Misericórdia cumpriram um importante papel ao prover cuidados aos grupos considerados desviantes, tanto na dimensão corporal quanto espiritual. Entretanto, ainda que conferissem algum tipo de dignidade aos moribundos e mortos das classes menos abastadas, a existência das Santas Casas de Misericórdia não era dada sem controvérsias, uma vez que perpetuavam o ideal de cuidado e de oferta de uma “boa morte” atrelada aos preceitos do catolicismo, em detrimento de outras expressões identitárias e culturais.

De acordo com Torres (2018), o ideal da “boa morte” era propagado por *Manuais do Bem-Morrer*, pelos quais eram transmitidos ensinamentos religiosos sobre formas de dominação do medo da morte em virtude da apropriação dos símbolos e rituais do cristianismo. Além disso, enquanto o cuidado em saúde voltado às elites era realizado no âmbito domiciliar, o cuidado em saúde dedicado aos menos abastados socialmente era marcado por uma forte exclusão social, sendo a tutela religiosa e o confinamento institucional duas das formas mais comuns de demarcar uma importante distinção de classe (Laprega, 2015; Souza, 2008).

No percurso das transformações nas instituições hospitalares, uma série de dispositivos disciplinares e técnicas de intervenção foram incorporados; podemos citar a organização dos leitos hospitalares em setores, a repartição dos doentes de acordo com a patologia da base, os registros constantes e sistematizados da evolução e progressão das enfermidades, a eleição do corpo humano como alvo da ação dos cuidados médicos e de enfermagem, a atenção aos riscos de contaminação e infecção hospitalares, entre outros (Ferla et al., 2011).

Todas essas mudanças na estrutura e organização hospitalar na Europa foram importadas aos modelos hospitalares brasileiros no século XIX (Laprega, 2015). Os hospitais se tornaram instituições capazes de atender a propósitos terapêuticos, sociais e sanitários, favorecendo o controle e a restrição dos corpos “contaminados” pelas doenças, além de servirem de palco para as novas experiências terapêuticas que o crivo da objetividade abriu como possibilidade de intervenção médica. Diante desses novos paradigmas em jogo, a ação clínica desempenhada pelo médico se alterou substancialmente, tornando seu ofício cada vez mais técnico e dependente das tecnologias que eram aprimoradas no interior dos hospitais.

O mundo moderno diante da morte e do morrer: o horizonte da técnica em questão

Com os avanços técnicos e tecnológicos das ciências médicas, o surgimento de medicinas cada vez mais especializadas e o aumento considerável de internações hospitalares,

consolidou o processo de institucionalização das práticas médicas nos hospitais (Maranhão, 1985/2017). Como resultado, as intervenções médico-hospitalares possibilitaram aos pacientes sobreviverem aos agravos e mazelas que acometem a saúde, tornando os hospitais gerais a referência de cura das enfermidades e o lugar privilegiado para o tratamento das afecções em saúde. No campo do imaginário social, os hospitais são vistos como as “catedrais da saúde” (Pessini, 2009, p. 53), locais onde, fazendo alusão aos grandes templos antigos, endereçamos nossas súplicas aos especialistas capazes de nos guiar em direção à uma vida mais saudável e longa. Ao mesmo tempo, é no interior de suas paredes que podemos testemunhar toda a intensidade de eventos, afetos e contradições que envolvem os complexos percursos da saúde e da doença, do viver e do morrer.

A evolução do arsenal tecnológico disponível para uso da intervenção médica, especialmente nos casos em que a vida se encontra em risco, é um indício moderno de como a relação da medicina com a finitude foi estremecida (Combinato & Queiroz, 2006). Kovács (2021), ao examinar essa realidade, descreve como a morte se tornou um objeto passível de intervenção, controle e categorização científica por parte da medicina moderna, notadamente no interior das práticas hospitalares. Da tecnologia, obtivemos aparelhos avançados e terapias capazes de substituir as funções vitais do organismo, abrindo a possibilidade de uma radical intervenção sobre o corpo quando em risco de padecimento. Já do controle, o uso de medicações e sedativos que permitem tanto os momentos que antecedem a morte quanto o processo de morrer em si sejam vividos de forma silenciosa, sem expressões de sofrimento e mal-estar.

Como expressão máxima das tentativas de controle e do uso radical de tecnologias capazes de intervir na dinâmica dos processos corporais, as UTIs são reconhecidas como o setor hospitalar de alta complexidade, tendo à disposição o uso de potentes sedativos e de tecnologias que aumentam as chances de reversão de quadros fatais. Procedimentos invasivos, como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, drogas vasoativas e aparelhos de hemodiálise são exemplos de recursos característicos desse ambiente, cujo uso desmedido pode acarretar ou no adiamento ou no prolongamento do processo de morte.

Além disso, a morte atestada como “óbito” obscurece a natureza existencial do fenômeno, tornando-a um diagnóstico de ordem médica. Importante mencionar que, com o avanço técnico e tecnológico, as fronteiras entre a vida e a morte foram redesenhadas, e termos como “morte clínica” e “morte cerebral” se tornaram classificações utilizadas pela linguagem médica, gerando discussões bioéticas (Kovács, 2021). Em suma, a medicina adquiriu o prestígio de ser a profissão capaz de salvar vidas e impedir que a morte se faça presente,

tornando as instituições hospitalares seu principal campo de combate; e nos casos em que isso não for possível, optam por sua contenção.

O aperfeiçoamento tecnológico teve por consequência a redução do corpo a um mero alvo da intervenção técnica, sendo parte de um todo, de um mundo, no qual os pacientes, seus familiares e os profissionais de saúde se tornam, ao mesmo tempo, cúmplices e reféns do saber médico. Em ambos os casos, a possibilidade da morte como consequência de um processo de adoecimento grave pode nos lançar diante do desespero e dos pedidos de salvação, sendo afetações que atestam o modo como certas determinações do mundo moderno contornam as relações humanas com a finitude. Sobre isso, Maranhão (1985/2017) descreve algumas dinâmicas de relação que podem ser observadas no cotidiano, constatando a disciplinarização das condutas que envolvem as interações entre pacientes, familiares e equipe de saúde: há uma dificuldade em lidar com a chegada da morte, tanto por parte dos pacientes quanto por parte das famílias, o que, em muitos casos, resulta em tentativas de interdições e conspirações para que este fenômeno não seja sequer mencionado entre os vivos.

Os profissionais de saúde – representados na figura do médico – encaram a morte como uma experiência de fracasso profissional, situação que os levam a adotar, explícita e implicitamente, posturas de distanciamento afetivo e tratamento impessoal aos pacientes considerados “fora de possibilidade de cura” (Monteiro, Mendes & Beck, 2020). Em muitos casos, as dificuldades em lidar com a morte apresentadas pelos próprios pacientes, pelos familiares e pela equipe de saúde elevam o risco de que pacientes sejam submetidos a procedimentos invasivos desproporcionais às respostas terapêuticas de reversão do quadro. Nem mesmo as manifestações de luto escapam a este horizonte, uma vez que as expressões de sofrimento pela perda são governadas por regras e compreensões de sentido social que condenam sua exposição pública ao velamento, cabendo ao enlutado viver seu luto de modo discreto, sob o imperativo da individualização e da gestão de economia dos afetos (Koury, 2010).

Echegollen e Brito (2020) complementam essa discussão ao descreverem outras experiências afetivas e dilemas éticos que podem ser ainda mais evidenciados nesse contexto quando a morte se torna inevitável, apesar de todas as intervenções realizadas pela equipe hospitalar. Obstinações terapêuticas podem ser empregadas não apenas pela ação desmedida dos profissionais de saúde, mas, também, pela imposição dos familiares que pedem para que “seja feito tudo!” para salvar a vida do paciente. O manejo dos profissionais de saúde em relação às expectativas e solicitações dos familiares requer delicadeza, porque, em muitos casos, crenças religiosas entram em jogo, contestando quaisquer tipos de informação e

abordagem que abale este sistema de crenças. Os autores afirmam que trabalhar com a possibilidade da morte nos contextos hospitalares e da saúde, é estar com um pé na ciência e outro na religião ao mesmo tempo.

Compreendemos que a ciência fornece ao médico a racionalidade necessária para diagnosticar e prognosticar o risco de morte, o que baliza a proporcionalidade do uso dos recursos técnicos e das tecnologias prolongadoras da vida (Echegollen & Brito, 2020). Desta forma, o profissional pode propor a suspensão das terapias que perpetuam o funcionamento artificial do organismo humano, quando se constata que a morte é o desfecho inevitável da internação. Porém, o processo de tomada de decisão em conjunto com os pacientes e, mais frequentemente, com as famílias, não é fácil, pois nem sempre todos compartilham das decisões baseadas apenas na cientificidade. De um lado, a crença dos familiares na possibilidade de um milagre capaz de reverter a gravidade clínica e diminuir o risco de morte faz com que os médicos sejam confrontados em suas decisões, ainda que a retirada do suporte avançado de vida seja pensada em prol do paciente. Do outro, alguns familiares podem se sentir culpados ao concordarem com a retirada do suporte avançado de vida, insistindo para que estes sejam mantidos até que Deus faça a vontade dele (Echegollen & Brito, 2020).

A análise das determinações ônticas sobre os dilemas, impasses e desafios que podem envolver a lida com a morte, especialmente no interior dos hospitais modernos e contemporâneos, converge com os constituintes ontológicos destas questões. Heidegger (1957/2007), mais precisamente na conferência intitulada *A questão da Técnica*, dissertou sobre a essência da técnica no mundo moderno a partir de suas determinações ontológicas, ou seja, em como a técnica enseja um horizonte de possibilidades de ser que nos convoca a pensar e agir sobre o mundo a partir de suas deliberações. A crítica do filósofo se dirige ao modo como este horizonte de pensamento – nomeado como “era da técnica” (p. 386) – tensiona uma relação entre ser e mundo, que os reduz a meros recursos de exploração. Ao reduzir o mundo e, por conseguinte, o ser a um conjunto de objetos a serem explorados, seus sentidos e significados se tornam substituíveis e permutáveis, tornando-os fonte de reserva disponível ao uso humano a partir das determinações de eficiência, controle e produtividade.

Apesar da intenção original de Heidegger não abordar a relação entre a essência da técnica e a finitude, seu pensamento abriu possibilidades para que outros autores pudessem analisar como a morte e o morrer, na modernidade e no mundo de sentido atual, se encontram sob as prescrições da eficiência, do controle e da produtividade. Os avanços conquistados pela técnica moderna, representados pelo desenvolvimento de tecnologias médicas e pelo aprimoramento dos recursos de intervenção farmacológica, clínica e cirúrgica, suscitaram a

promessa de que a medicina pode asseverar uma existência livre de quaisquer perigos e sofrimentos (Teixeira, 2014). Como discorre Torres, a morte é vista mais como um problema a ser resolvido e gerenciado pelas mãos dos especialistas, e menos como um aspecto inerente ao existir humano, de modo que os procedimentos e intervenções médicas buscam garantir que a cura seja sempre alcançada e o tempo de vida perpetuado a qualquer custo. Quando isso não é possível, empreendemos tentativas de dominar o mal-estar que pode ser endereçado pela morte, na medida em que recorremos aos cuidados paliativos – ainda de que de forma incipiente em nosso país – para produzirem a estética da partida serena, ou seja, de uma morte sem qualquer rastro de dor e sofrimento. Segundo Radbruch et al. (2020), os cuidados paliativos são definidos como um conjunto de ações em saúde, dedicadas a pacientes de todas as idades que enfrentam doenças graves, especialmente perto do fim da vida, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida até o momento da morte.

Nessa perspectiva, a morte passa a representar uma ameaça à autoridade do saber e do poder da medicina moderna que, por meio dos remédios, cirurgias, aparelhos e estruturas hospitalares, pode combatê-la independentemente das consequências que tal empreendimento possa vir a gerar na qualidade de vida dos pacientes em fim de vida e seus familiares. Diante de sua inevitabilidade e da suspensão de medidas de prolongamento artificial de vida, ainda é possível maquiá-la, na pretensão de que uma morte plena deve ser vivida de forma tranquila, serena e comedida. Ou seja, se transmite a ideia de que a boa morte deve ser uma morte normatizada pela gestão eficiente de cuidados no fim da vida (Barros, 2018).

A condução de uma análise sobre como a morte e o morrer se apresentam no horizonte da técnica coloca em questão a alienação vivida pelo humano moderno em cultivar outras possibilidades de relação e lida com a finitude (Barros, 2018; Teixeira, 2014). A alienação vivida como restrição aos modos como o humano se relaciona existencialmente com o fenômeno, traduz o risco de que sejamos dominados pela técnica, o que nos priva da possibilidade de refletir mais demoradamente sobre o valor da finitude em nossa existência. Em outras palavras, ao olharmos para a morte sob as lentes das prescrições disciplinares e técnicas, somos tomados pelo impulso de enfrentá-la, seja ou no sentido de combatê-la ou no sentido de dominá-la, nos afastando de conceber e aprofundar uma relação existencial com nossa condição corporal, finita e mortal.

As determinações ônticas e ontológicas, nesta esfera, convergem para a constatação de que o horizonte da técnica oferece, como destino prescrito, um encontro com a morte que é permeado pelo desalento e pela entrega de seu cuidado àqueles considerados tecnicamente capazes de operá-lo. É a morte sendo tratada pela via de sua mera gestão no campo dos saberes

médicos e das práticas hospitalares, cujo entrelaçamento com as determinações sociais e biopolíticas produzidas historicamente, resultou em processos de disciplinarização, higienização e assepsia dos espaços urbanos, das instituições e, sobretudo, das afetações humanas diante do fenômeno da finitude. Constatar esta realidade não significa, contudo, querer abandonar os avanços e as contribuições que a medicina, os hospitais e a técnica em geral proporcionaram ao viver moderno (e ainda continuam a proporcionar à contemporaneidade), mas nos tornar abertos e cientes dos modos como os horizontes ontológicos, históricos e sociais de deliberação de sentido podem repercutir na vida cotidiana.

Capítulo IV - A psicologia diante da morte e do ideal de bem-morrer: um olhar sobre as determinações teóricas do cuidado psicológico na terminalidade e fim de vida

“Quando disserem os médicos que nada há a fazer, eu quero que tu me cantes, uma canção de bem-morrer”
(Mario Quintana)

Uma vez familiarizados com os modos como o horizonte histórico moderno postula suas determinações ontológicas, históricas e sociais sobre a relação humana com a finitude, especialmente nos contextos de saúde e nas instituições hospitalares, bem como das possibilidades de experiências afetivas que podem estar em jogo nas situações de terminalidade e fim de vida, cabe discutir sobre qual o lugar da psicologia diante da morte e do morrer. Nos inspiramos, novamente, nas palavras de Quintana para nos perguntar sobre como a psicologia pode se inserir no horizonte do cuidado a pessoas que foram – e ainda são – consideradas pela medicina moderna como “fora da possibilidade de cura”. À vista disso, atribuímos a este capítulo o objetivo de revisar e discutir os postulados teóricos de perspectivas psicológicas que se debruçam sobre o fenômeno da morte, buscando compreender suas possíveis repercussões no campo da prática em psicologia clínica e hospitalar. Para tanto, recorreremos a uma segunda revisão narrativa de literatura, visando analisar o desenvolvimento científico, social e filosófico da psicologia em seu caráter de ciência e profissão, que se dedica especialmente ao cuidado psicológico na terminalidade e no fim da vida.

Como vimos no capítulo anterior, as experiências de morte e morrer, quando situadas na técnica moderna, são frequentemente tomadas como objetos passíveis de controle que devem ser combatidos ou dominados pelo saber especializado. Este modo de se voltar à finitude coloca em questão a perda de uma certa familiaridade existencial que outrora já foi possível ao humano cultivar com relação à morte, podendo suscitar vinculações controversas entre os pacientes que enfrentam doenças graves e ameaçadoras da vida, seus familiares e os profissionais de saúde. Sobre isso, a literatura destaca que, de modo geral, os profissionais de saúde possuem dificuldades para cuidarem de pacientes com doenças incuráveis e que estão próximos da morte, resultando em posturas defensivas diante destes pacientes, como o afastamento afetivo e a banalização da morte, tornando-a uma experiência trivial e destituída de valor (Monteiro et al., 2020). Perboni et al. (2018) descrevem como as situações de terminalidade e o fim da vida podem se tornar experiências mobilizadoras de frustração e angústia na prática dos profissionais de saúde, pois estes assumem que a morte representa uma

experiência de fracasso do cuidado. Nesse sentido, é comum que estes profissionais adotem posturas de distanciamento afetivo dos pacientes e suas famílias, em especial quando se constata que “não há mais nada a ser feito” do ponto de vista da cura, reduzindo a assistência em saúde aos seus constituintes operacionais, instrumentais e técnicos.

Mesmo profissionais que atuam em áreas específicas de cuidados a pacientes em terminalidade e fim de vida, como no caso dos cuidados paliativos, podem apresentar comportamentos de rejeição a pacientes e familiares, em especial nos casos em que há uma recusa de aceitação da finitude, expressando de modo evidente angústias e inquietações diante da morte. Marinho e Arán (2011) conduziram um estudo sobre a normalização de condutas relacionadas à busca pela boa morte em contextos de assistência em cuidados paliativos. Para os autores, a boa morte se torna um ideal que baliza a experiência de pacientes, familiares e profissionais de saúde, criando uma espécie de norma explícita e implícita sobre os resultados que devem ser atingidos a fim de produzir uma boa morte aos envolvidos. Este modo de conduzir a prática médica – que se estende também à noção de prática multiprofissional – se assenta em um campo moderno de tecnologização e mecanização da vida humana, acarretando em um esvaziamento do sentido existencial e ético do cuidado e, conseqüentemente, o predomínio de um fazer objetivo, calculista e racionalizado (Jaspers, 1958; Nascimento et al., 2013).

Neste percurso, as ciências da saúde se viram cada vez mais dominadas pelas especialidades clínicas, o que, de algum modo, aponta para uma radical fragmentação da existência humana em partes isoladas e governadas por leis naturalistas, cabendo aos profissionais a tarefa de avaliar, diagnosticar e intervir por meio de ações técnicas, tendo nos hospitais seu principal local de atuação. Segundo Lina Faria e Santos (2021), tal modelo de prática em saúde se encontra enraizado em perspectivas estadunidense e europeias de formação biomédica dos séculos XIX e XX, que, posteriormente, foram incorporadas aos modelos de formação dos profissionais de saúde brasileiros, trazendo importantes implicações em como o cuidado em saúde ocorre em nosso país e ainda nos dias de hoje.

Mas e a psicologia? Como ela se insere em meio a estes modelos do fazer em saúde e no horizonte de nosso tempo? Quais encontros e desencontros em relação a esses modelos e determinações constituem seu modo de se dedicar ao fenômeno da morte?

A psicologia diante da promessa de superação do modelo biomédico

A fim de conduzir discussões para as perguntas realizadas acima, cabe apresentar a inserção da psicologia no campo da saúde e a relação dessa área do saber com os grandes modelos de formação e prática dos profissionais médicos e multiprofissionais. Percebemos que, concorrente ao modelo biomédico, as ciências da saúde desenvolveram outras formas de compreensão e cuidado, pautadas em concepções mais amplas, holísticas e integrativas do fazer em saúde, a saber: o modelo biopsicossocial e o modelo de determinação social do processo saúde-doença (Leiva-Peña et al., 2021). De acordo os autores, as perspectivas biopsicossociais e o modelo de determinação social do processo saúde-doença buscam responder aos desafios modernos e contemporâneos impostos aos sistemas de saúde, especialmente em países marcados pela desigualdade e vulnerabilidade social acentuada, nas situações que envolvem doenças crônicas e a saúde mental. Para tanto, se deve fomentar a criação de políticas públicas locais que apostam em estratégias de cuidado não exclusivamente farmacológicas e interventivas e, também, que sejam desenvolvidas próximas à região de moradia dos usuários dos serviços de saúde, ou seja, mais comunitárias e menos hospitalares.

No contexto brasileiro, a tentativa de ampliação do modelo biomédico e sua consequente superação do cuidado centrado na figura do hospital foi representada, entre outras iniciativas, pela criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio da Lei Orgânica de Saúde (Lei n. 8080/1990), o SUS estabeleceu um modelo de saúde pública e universal, estruturado e desenvolvido por meio dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, bem como pelas diretrizes de descentralização e hierarquização dos serviços de saúde. Esse novo modelo de organização e oferta de serviços em saúde implicou uma nova forma de compreensão do que constitui o processo saúde-doença, ampliando o olhar biomédico em direção a um olhar que englobasse, também, a dimensão física com a psicológica, a social e a econômica, além de expandir as perspectivas de cuidado para além da cura, ao trazer possibilidades de atuações preventivas e de reabilitação.

Os avanços e transformações no campo das políticas públicas abriram portas para que, entre outras áreas do saber, a psicologia pudesse se afirmar como uma profissão de saúde. Embora os registros históricos indicam a presença de psicólogos em instituições hospitalares brasileiras já na década de 1950, ou seja, anterior à regulamentação da profissão no Brasil e à consolidação do SUS, há o reconhecimento de que as políticas públicas fortaleceram a presença de psicólogos na área da saúde, especialmente a partir da década de 1990 e dos anos 2000 (Conselho Federal de Psicologia – CFP, 2019). Todavia, mesmo com as prerrogativas de descentralização do cuidado hospitalocêntrico, a ênfase colocada na atenção hospitalar ao longo da história do sistema de saúde brasileiro fez com que a Psicologia Hospitalar se tornasse

uma especialidade reconhecida pelo CFP (Azevedo & Maria Aparecida Crepaldi, 2016; Castro & Bornholdt, 2004) a partir da Resolução nº 13/2007. Segundo esses autores, a especialidade “Psicologia Hospitalar” é uma terminologia adotada exclusivamente no Brasil, diferentemente de outros países que reconhecem a área de atuação como “Psicologia da Saúde”. Em nossa concepção, a ênfase dada à terminologia Psicologia Hospitalar, em detrimento do reconhecimento da área como Psicologia da Saúde, recai em determinações técnicas deste fazer, uma vez que privilegia o aparecimento do campo institucional, o hospital, encobrendo a atenção sobre o fenômeno: as experiências da saúde e da doença.

A presença dos psicólogos na saúde, inicialmente nos hospitais e posteriormente em outros ambientes, como ambulatórios e unidades de saúde (Faraj et al., 2013), não ocorreu sem tensões e conflitos entre as práticas ditas tradicionais de atuação, características da psicologia clínica, com as práticas sociais e coletivas, características da psicologia comunitária. De um lado, a defesa da atuação clínica do psicólogo da saúde e hospitalar pretende alcançar dimensões da experiência humana que transcendem o biológico, o objetivo e o naturalmente dado, apostando em um cuidado em saúde que se volta à escuta da dita subjetividade e da singularidade daquele que enfrenta o adoecimento (Lazarreti et al., 2004). De outro lado, as práticas da psicologia comunitária intercedem a favor de um trabalho para além do singular, atentando-se às relações de poder que se desdobram no interior das instituições de saúde e compreendendo que o cuidado em saúde também se realiza a partir de ações sociais e políticas⁷ (Raquel Mello & Carla Teo, 2019).

Em suma, o que se revela é que a psicologia assume a promessa de contribuir com a superação dos modelos de saúde que se assentam exclusivamente nos paradigmas biomédicos e técnicos. Ainda que por caminhos distintos, há um consenso, entre diferentes autores da psicologia da saúde e hospitalar, de que essa profissão é capaz de integrar o cuidado em saúde às dimensões mais amplas da vida humana, de modo a não reduzir sua prática aos constituintes naturalistas, racionalizados e puramente técnicos, contribuindo para ações e intervenções que não estejam focadas apenas a cura. Esse debate se revela fundamental para compreendermos quais as contribuições da psicologia com relação à temática da morte, visto que os paradigmas

⁷ Embora não esteja no bojo do estudo aprofundar esta discussão em específico, é importante destacar a existência de autores como Feijoo (2022), que defende a possibilidade de uma convivência pacífica entre a psicologia clínica e a psicologia comunitária. Para tanto, propõe a suspensão das dicotomias entre o singular e o universal, o indivíduo e o social, o público e o privado, entre outras, como caminho para uma prática clínica que acolha as demandas do coletivo, ao mesmo tempo que sustenta as expressões singulares, de modo a resistir à massificação e à disciplinarização da vida. A autora contextualiza esta discussão no horizonte pandêmico, em que a busca da população em geral pelo cuidado ofertado pela psicologia se intensificou, sobretudo a partir das afetações suscitadas no enfrentamento à COVID-19.

que sustentam os modelos de saúde também repercutem em como o cuidado psicológico ocorre nas situações de terminalidade e no fim da vida; tal como veremos nos tópicos de discussão abaixo.

Postulados teóricos para uma compreensão psicológica da morte e a formação em psicologia

O fenômeno da morte foi, e ainda é, uma temática de interesse de diferentes áreas do saber, incluindo o campo dos saberes “psi”. O termo saberes “psi”, emprestado de Luis Claudio Figueiredo e Inês Loureiro (2018), se refere às diversas concepções teóricas, científicas e filosóficas desenvolvidas na psicologia e na psicanálise – e aqui, incluímos a psiquiatria – que, por sua vez, se tornam fundamentos de diversas práticas clínicas e psicoterapêuticas utilizadas no cotidiano profissional. De certo, não se trata de considerá-las como áreas equivalentes, pois há especificidades epistemológicas e deontológicas que devem ser respeitadas. Porém, no âmbito da experiência profissional, ou seja, na prática clínica e psicoterapêutica propriamente dita, essas concepções fundamentam estilos de compreensão e realização do cuidado à dimensão dita psicológica. No caso deste estudo, se volta precisamente ao cuidado psicológico dedicado aos pacientes que enfrentam doenças graves e ameaçadoras da vida, bem como de seus familiares e cuidadores.

As produções teóricas dos saberes “psi” sobre a morte e o morrer trouxeram, historicamente e conceitualmente, significativas contribuições para a área mais abrangente de estudos sobre a morte, a tanatologia (Santos, 2009). Tal afirmação se revela tanto na perspectiva das produções brasileiras quanto internacionais, dado o pioneirismo de pensadores e pesquisadores que desbravaram um tema de estudo que, até meados dos séculos XIX e XX, era pouco abordado. Previamente, cabia às diversas práticas socioculturais, à filosofia, à religião e à arte a tarefa de se empenhar sobre a morte como um tema caro à reflexão humana, suscitando discussões e questionamentos de natureza sensível, social, espiritual, entre outras.

Como exemplo de práticas socioculturais, podemos citar os rituais e as práticas culturais indígenas, que revelam os modos como os povos originários conferem dignidade aos seus mortos e as interfaces desta prática com o próprio cuidado à vida (Beltrão et al., 2015). Já em relação à segunda, Hoy (2012) cita as tradições das filosofias continentais europeias, mais precisamente em obras como *A Fenomenologia do Espírito*, de Hegel (1807); *Ser e Tempo*, de Martin Heidegger (1927) e *O Ser e o Nada*, de Jean-Paul Sartre (1943), que sob diferentes caminhos do pensar, buscaram debater e analisar as repercussões da morte e da finitude na

condição humana, entrelaçando a discussão com outros aspectos fundamentais do existir, como a consciência, a liberdade e o projeto de ser. Nas religiões ditas tradicionais, houve a criação dos manuais cristãos do bem morrer, os quais, entre outras coisas, ensinavam práticas de desapego à vida material e de enaltecimento à figura do Criador (Torres, 2014). Por fim, as artes forneciam iconografias dos afetos humanos diante da morte e do morrer, proporcionando um retrato dos modos como certos grupos sociais encaravam a morte ao longo da história (Borges, 2011).

Pelo viés cronológico, foi na década de 1950 que a psicologia revelou de forma sistematizada suas contribuições aos estudos em tanatologia, com a publicação do livro *The meaning of death*, editado pelo psicólogo estadunidense Herman Feifel (1959, citado por Kovács, 2008). Neste livro, estavam entrelaçadas análises psicológicas da morte, apoiadas em diversas perspectivas históricas, sociais, religiosas, etc., enfatizando a interdisciplinaridade que é constitutiva do campo de estudos da morte na psicologia. Duas décadas após, as inquietações provocadas pela obra de Feifel apareceriam novamente em cena, mas desta vez, apresentadas como parte de estudos de uma perspectiva psicológica existencial sobre a morte.

Em um capítulo do livro *Psicologia Existencial*, Feifel (1974) discute a morte como uma variável relevante para a psicologia a partir de cinco prismas de análise, são eles: 1) a morte é um mistério que inquieta o humano e o convoca a desenvolver sistemas de pensamento filosóficos e religiosos para debatê-la, 2) a morte não é apenas um fato consumado temporalmente, mas sua possibilidade pode ser antecipada como “presença ausente” (p. 68) capaz de rearticular a experiência da temporalidade, em termos de passado, presente e, principalmente, de futuro, 3) a morte suscita reações que convocam o humano ao seu enfrentamento e, também, sua negação, devendo ser uma tarefa assumida singularmente por cada um, 4) a morte é um tema proeminente em diversos quadros ditos psicopatológicos, sendo alvo de estudos em saúde mental, psiquiatria e psicanálise, e 5) os estudos sobre a morte podem trazer contribuições para o estudo da personalidade e em como ocorre a adaptação ao seu aparecimento em diferentes contextos, como no envelhecimento e nas vivências de doenças graves.

As perspectivas existenciais em psicologia teceram críticas aos modelos comportamentais e psicodinâmicos de compreensão da morte. De um lado, as perspectivas comportamentais estudaram as reações humanas diante da finitude, como por exemplo, em estudos que quantificam sintomas de ansiedade na exposição a cenas de morte, a partir de suas frequências estatísticas. De outro, as perspectivas psicodinâmicas interpretaram estas reações como meros derivados de processos metapsicológicos mais elementares, como a angústia de

castração e a ansiedade de separação (Feifel, 1974). Esses modos de conduzir estudos sobre a morte foram discutidos por Kovács (2008) como problemáticos, para quem as críticas de Kastenbaum e Sharon (1995), atestaram o afastamento de contato entre a clínica e a pesquisa, pois tais estudos pareciam mais preocupados em comprovar hipóteses científicas e teóricas do que se debruçar propriamente nos anseios e dilemas que eram vividos no interior das relações entre os pacientes e os clínicos.

A crítica foi levada a termo por estudiosos posteriores, em especial do campo da psicologia humanista-existencial e na análise existencial, ambos buscando inspirações em reflexões heideggerianas sobre a morte. Irvin Yalom (1980), representando a psicologia humanista-existencial, discutiu a morte como um dado da existência que deve ser explícito e diretamente tematizado no processo psicoterapêutico. Uma das teses centrais da psicoterapia de Yalom (1980) é a de que, embora a morte seja um fato aniquilador da vida mortal, a reflexão sobre o morrer pode ser um agente mobilizador de mudanças e profundas transformações, as quais auxiliam o paciente na busca de uma vida significativa.

A constatação da existência de um valor psicoterapêutico na morte também se fez presente na análise existencial de matriz europeia. O psiquiatra suíço Medard Boss (1903-1990), defendeu que aqueles que tomam consciência de sua condição de mortalidade são capazes de dispor de uma maior liberdade frente às solicitações do mundo, podendo assim desvelar sentidos e significados mais profundos em suas experiências cotidianas. Nesse processo, o psiquiatra analisa como o caráter de transitoriedade da existência e a impermanência de nossas possibilidades de ser são condições mobilizadoras de uma angústia vital. Porém, não toma a angústia como um afeto negativo, e sim uma tonalidade afetiva fundamental capaz de conduzir o paciente em direção à libertação de seu sofrimento (Boss, 1977).

Alguns poderiam questionar sobre as razões de apresentarmos perspectivas, tanto do humanismo-existencial quanto da análise existencial, oriundas de regiões do norte do globo. Fato que, como enfatizamos anteriormente em nossa escrita, temos a preocupação de trilhar um caminho de forma contextualizada ao horizonte brasileiro, de modo a não incorrer a simples transposição de saberes europeus e estadunidenses ao nosso território. Contudo, as ideias defendidas por essas duas perspectivas, chamadas amplamente de fenomenológico-existencial ou de humanista-existencial, também se enraizaram em produções teóricas e clínicas na psicologia fenomenológica brasileira. Feijoo e Mattar (2016) aponta os encontros e desencontros das perspectivas fenomenológico-existenciais e humanistas-existenciais como tentativas de inspirar uma psicologia de bases filosóficas. Com isso, buscam analisar a

incidência dessas abordagens na psicologia brasileira⁸. Mesmo atualmente, trabalhos brasileiros como os de Ellen Silva e Carmem Barreto (2020) e Oliveira et al. (2021) realizaram articulações entre angústia, morte e clínica psicológica, com o objetivo de traçar valores psicoterapêuticos para a morte e a finitude, numa evidente fundamentação fenomenológico-existencial proveniente de raízes do norte do globo.

Paralelamente aos estudos desenvolvidos nos Estados Unidos e na Europa, a partir da década de 1970, pesquisadores brasileiros começaram a divulgar suas produções em psicologia da morte e tanatologia. A psicóloga Wilma Torres (1934-2004) foi um desses grandes nomes e uma das pioneiras nos estudos psicológicos sobre a morte no Brasil, tendo conduzido pesquisas sobre a aquisição cognitiva do conceito de morte ao longo dos diferentes marcos do desenvolvimento infantil e na adolescência. Além disso, seus temas de estudo versavam sobre a educação para a morte, a pesquisa em psicologia da morte e o medo da morte no contexto da violência. A autora também foi responsável pela criação do primeiro acervo de artigos e livros sobre pesquisas em tanatologia (Kovács, 2004; 2016).

Outras figuras e ações importantes para o desenvolvimento histórico e conceitual da psicologia da morte brasileira são: as pesquisas e propostas de formação em educação para a morte, da professora e psicóloga Maria Júlia Kovács; os trabalhos sobre suicídio publicados pelo psicanalista Roosevelt Carsola; e as contribuições multidisciplinares do médico geriatra Frankin Santana Santos (Kovács, 2008). Mais próximo ainda dos dias de hoje, cabe mencionar os trabalhos de Elza Dutra sobre a temática do suicídio (Dutra, 2011; Dutra, 2012) e os trabalhos de Maria Helena Pereira Franco sobre as temáticas do luto (Franco, 2021). Além disso, os projetos de ensino, pesquisa e extensão em luto e psicologia da morte, realizados pela professora doutora Joanneliese de Lucas Freitas, da Universidade Federal do Paraná (UFPR), desde o ano de 2010 até o presente momento. Em 2016, no curso de graduação em Psicologia da UFPR, Joanneliese Freitas foi responsável pela implementação de uma disciplina optativa em Psicologia da Morte, contribuindo para a formação de novas psicólogas e psicólogos afinados às discussões éticas e profissionais sobre a morte, o morrer, o luto, o suicídio, a terminalidade e o fim da vida. No mesmo ano, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro

⁸ Necessário lembrar que, nas últimas décadas, houve um movimento crescente de descolonizar a psicologia fenomenológico-existencial de suas raízes europeias e estadunidenses. A fenomenologia crítica e decolonial tem surgido como um importante expoente de provocações e tensionamentos que revela a preocupação em fundamentar análises, também psicológicas, a partir de uma pluralidade de saberes e epistemologias ditas divergentes. O grupo de pesquisa coordenado pela Professora Doutora Joanneliese de Lucas Freitas, a qual orienta este trabalho, é um dos exemplos de autores da psicologia fenomenológica contemporânea que tem se debruçado sobre essa problemática, buscando fortalecer produções críticas e decoloniais em psicologia fenomenológica brasileira.

(UERJ), a professora Ana Maria Feijoo (2021) deu início a projetos de pesquisa-intervenção na temática do suicídio, criando um núcleo de atendimento em psicologia clínica para aqueles que tentavam ou pensavam em colocar um fim à própria vida. Além da temática do suicídio, a autora desenvolveu pesquisas sobre a dor do luto materno (Feijoo & Noletto, 2022).

Estudos de revisão de literatura apresentam as produções nacionais sobre a psicologia da morte nas últimas décadas. Faraj et al. (2013) elencaram seis categorias de análise que são investigadas pela psicologia da morte no Brasil, a saber: 1) concepções sobre a morte, que discute as variantes etárias e socioculturais das percepções humanas sobre o fenômeno, 2) família e morte, que aproxima a psicologia de discussões sobre o luto, a doação de órgãos e o apoio psicológicos a cuidadores, 3) ensino e morte, que engloba estudos de formação acadêmica e práticas de educação sobre o morrer, 4) profissionais de saúde e morte, que discorre sobre as reações e possibilidades de enfrentamento dos profissionais de saúde diante da perda de pacientes e o fim da vida, 5) instituições de saúde e morte, que analisa a morte no contexto das instituições de saúde, entrelaçando a discussão com as temáticas da humanização em saúde e os cuidados paliativos; e 6) pulsão de morte, que mostra estudos metapsicológicos sobre o tema. Os autores afirmam que, apesar da diversidade de temas e abordagens, os estudos da psicologia ainda são incipientes.

Dentre as variadas temáticas, a formação profissional nos cursos de psicologia tem se destacado como fundamental para a discussão acadêmica, uma vez que levanta problematizações sobre as competências, habilidades e aptidões necessárias para o adequado exercício do cuidado psicológico diante da morte e suas repercussões. Junqueira e Kovács (2008) apresentaram o aumento das iniciativas de formação, no nível de graduação e pós-graduação em psicologia, sobre os temas da morte e do morrer, justificado pela oferta com as demandas sociais emergentes em nosso país, como nos casos de morte por desastres naturais, as expressões da violência urbana e o envelhecimento populacional. Porém, as autoras constataram que, ainda assim, a formação em psicologia não fornece preparo adequado para que os futuros profissionais lidem com essas questões, o que acarreta em insegurança, superficialidade e, quando não, na negação do contato com a morte por parte dos(as) psicólogos(as). Estudos subsequentes corroboram esta análise, destacando os impactos emocionais nos profissionais psicólogos que lidam com a morte de pacientes e o sofrimento dos familiares nos contextos das instituições de saúde:

Quanto à formação de psicólogos para o trabalho com a morte, faz-se necessária a inclusão do tema nos currículos de graduação, com enfoque de aspectos não só teóricos e práticos, mas também para o desenvolvimento de habilidades e competências

interpessoais. Os dados revelaram que a vivência da morte provoca desgaste, uma vez que o sofrimento dos pacientes e familiares se reflete na vida dos próprios profissionais que se afligem não apenas com a inevitabilidade da morte, mas também com seu despreparo para lidar com essa demanda. (Ferreira et al., 2013, p. 75)

A partir do que foi discutido até então, foram destacadas algumas noções gerais que são significativas para a psicologia da morte, bem como apresentados certos marcos históricos e figuras representativas na área, tanto no campo internacional quanto nacional. Isso nos permitiu afirmar que a psicologia, enquanto ciência e profissão, pode contribuir para área da saúde como um todo, proporcionando uma ampliação do olhar puramente naturalista e técnico sobre o fenômeno. No entanto, esse fato não atesta que a psicologia esteja imune a certas problemáticas que podem ser endereçadas pelo seu contato com a morte e a finitude, tanto no sentido teórico como também na formação profissional em si.

Na linha das abordagens teóricas, as psicologias comportamentais e psicodinâmicas produziram afastamentos da experiência da morte, propondo formulações meramente estatísticas e metapsicológicas. Com as psicologias de base fenomenológico-existenciais nos foi possível escapar do risco de reduzir as experiências de morte e morrer a conceitos teóricos derivados, nos dando alternativa de olhar diretamente para o fenômeno na prática clínica. Porém, mesmo estas psicologias, ao menos de um ponto de vista teórico, recaíram em um viés determinista sobre a morte, uma vez que posicionaram um lugar pré-determinado para o fenômeno na relação psicoterapêutica, depositando a promessa de que sua reflexão seria capaz de nos conduzir em direção à superação e à transformação do sofrimento humano.

No campo da formação profissional, identificamos dificuldades afetivas que entram em jogo para os(as) psicólogos(as) que lidam com a morte, o que suscita a preocupação com a formação humana e profissional de lidarem com a morte e suas diversas manifestações. O crescimento das iniciativas de formação nos temas que envolvem a psicologia da morte denota, ao menos em partes, a tentativa de responder aos anseios e necessidades emergentes do nosso país, que deposita na morte um importante fator de preocupação social. Já discutiremos sobre estudos comparativos que apontam a péssima qualidade da assistência em saúde no Brasil, especialmente voltadas ao cuidado destinado aos pacientes que estão próximos do fim da vida, bem como de seus familiares (Finkelstein et al., 2022). Nesse sentido, uma psicologia que busca se inclinar e fortalecer possibilidades de atuação do psicólogo diante da morte se revela, tal como já afirmado por Dutra (2002), como uma psicologia afinada aos desafios que a contemporaneidade brasileira tem exigido do nosso fazer clínico, ético e social.

O cuidado psicológico no fim da vida e o horizonte das práticas em psicologia hospitalar

Como já descrito ao longo de nosso *metà-hodós*, esta pesquisa busca apresentar a experiência de psicólogos hospitalares que atuam em situações de terminalidade e fim de vida. Sendo assim, saímos de um olhar mais geral sobre a psicologia da morte e avançamos agora em direção às produções específicas da psicologia hospitalar, mais precisamente, nas situações que envolvem o enfrentamento de doenças graves e ameaçadoras da vida. No capítulo anterior, discutimos como a morte foi confinada ao interior das instituições hospitalares e no horizonte das práticas da medicina social e moderna. Este percurso de mudanças e transformações revela atravessamentos característicos de algumas determinações ontológicas e sociais que foram produzidas historicamente, acarretando em práticas de gerenciamento, disciplinarização e higienização da morte e do morrer, como também em fragilidades na relação entre pacientes em fim de vida, familiares e profissionais de saúde. As produções em psicologia hospitalar sobre a morte e o morrer podem ser consideradas investigações pioneiras sobre a relação entre a prática profissional e o fenômeno da finitude, uma vez que tal especialidade é representativa no desenvolvimento de ações em psicologia da saúde e ao longo da história do sistema de saúde brasileiro, sendo, como já mencionado, uma terminologia adotada exclusivamente no Brasil.

A psicologia hospitalar almeja fortalecer um movimento moderno – nomeado por Kovács (2021) como a “reumanização da morte”⁹ – enquanto tentativa de responder aos graves problemas de desassistência médica e humanitária diante do morrer, que condenam os pacientes em situação de terminalidade e seus familiares a penosas experiências corporais e afetivas, muito frequentes de serem vividas por aqueles que atravessam seus últimos dias de vida internados em hospitais. Podemos citar aqui o medo da solidão implicado pela internação, a angústia frente às dores e sofrimentos que podem estar associados à progressão de doenças graves e, ainda, as práticas de silenciamento e mentiras piedosas dos que insistem em alimentar falsas esperanças de cura e recuperação mesmo diante da irreversibilidade de quadros

⁹ Morte reumanizada é o termo cunhado por Kovács (2021) para descrever e analisar um movimento que é, principalmente, representado pelo pioneirismo das médicas, a suíça Elisabeth Kübler-Ross e a inglesa Cicely Saunders. A partir de 1960, o trabalho de Kübler-Ross e Saunders se destacaram pela tentativa de resgatar a morte domada como experiência social, produzindo repercussões importantes sobre a morte nas ciências da saúde e espaço para a criação de modelos assistenciais no cuidado de pessoas que enfrentam doenças graves e ameaçadoras da vida. Em 1969, Kübler-Ross (1969/2008) publicou o livro *Sobre a morte e o morrer* em que apresentou transcrições e análises de relatos de pacientes que estavam próximos da morte, identificando as principais reações emocionais apresentadas por estes: a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação. Já Cicely Saunders foi precursora dos cuidados paliativos modernos, por meio do seu trabalho no *St. Christopher's hospice*. Fundado em 1967, o *St. Christopher's hospice* se tornou um polo de assistência e desenvolvimento de estudos voltados a pacientes que, na época, eram considerados fora de possibilidade de cura.

potencialmente fatais, entre outros. Gláucia Porto e Maria Alice Lustosa (2010) defendem que diante do sofrimento de quem encara a possibilidade de sua morte no curso de enfrentamento de uma doença grave e ameaçadora da vida, é preciso lançar um olhar mais amplo, com foco não apenas na morte como um fim último e derradeiro, mas na vida que ainda persiste em se revelar.

No tocante às práticas em psicologia hospitalar, podemos, desde de sua representatividade bibliográfica e científica, transitar entre cuidados mais interventivos e calculistas e cuidados mais reflexivos e libertadores. Do ponto de vista dos cuidados psicológicos interventivos, verificamos autores que defendem a possibilidade de que o psicólogo hospitalar venha a conhecer, avaliar e intervir no “funcionamento emocional do paciente” (Vieira & Waischunng, 2018, p. 148). É prescrito ao psicólogo hospitalar a tarefa de atuar sobre os mecanismos de enfrentamentos, chamados de *coping*, de modo a favorecer, por meio de estratégias cognitivas e comportamentais, uma boa adaptação e um bom andamento do tratamento, especialmente em unidades em que a morte se apresenta mais frequentemente, como nas UTIs. Assim, seguindo o ritmo dos aparelhos e das tecnologias hospitalares, o próprio ser humano é tomado como uma máquina que deve funcionar de maneira adequada ao ambiente.

Frente a isso, abre-se a possibilidade de que o ajustamento e o enquadramento da experiência humana na instituição hospitalar sejam alcançados, o que revela, em certas vertentes da psicologia hospitalar, os atravessamentos da técnica moderna e suas determinações de eficiência, controle e produtividade. Nayane Silva e Freitas (2019) nos descrevem como o acercamento da psicologia e da medicina, no âmbito das diferentes práticas da saúde, impõe normas, teorias e técnicas de enquadramento social e regularização do sofrimento humano:

As técnicas são variadas, as teorias extensas, os fazeres múltiplos, as instituições graves e frias, tudo tem um rito estrito e estruturante. Nesse contexto, a dor e o sofrimento humano devem ser extirpados a todo custo. A clínica psicológica contaminou-se por uma certa clínica médica, dos exames, das intervenções e das instituições. Sem dúvida, tal determinação da clínica psicológica é ditada pelo nosso horizonte histórico de sentidos, próprio da era técnica. (p. 147)

Uma psicologia de base interventiva e calculista, dominada pelas determinações do horizonte da técnica, também pode ser verificada nas práticas psicológicas de cuidado ao luto. Freitas (2018) denuncia as teorias e técnicas psicológicas que pretendem desencadear o ordenamento das manifestações do luto firmado em etapas pré-determinadas que se iniciam, supostamente, na negação, e terminam, necessariamente, na aceitação. Essas perspectivas,

amplamente reproduzidas no discurso social e na literatura científica, acarretaram na universalização e na padronização de uma experiência profundamente variável, tanto do ponto de vista da singularidade quanto de sua diversidade cultural, dado que os modos de significação das perdas são, também, gestados no interior de um grupo social, de uma cultura e das relações singulares com as expressões gerais de um movimento histórico.

Apesar de terem o seu lugar no mundo histórico, as práticas psicológicas interventivas não são o único modo de conduzir e realizar o cuidado psicológico hospitalar. Porto e Lustosa (2010) nos convidam a cuidar do sofrimento humano diante da morte a partir do respeito e da busca pela dignidade, o que revela possibilidades mais reflexivas e libertadoras do exercício profissional. Esta perspectiva encontra ressonância em outros trabalhos de psicólogos hospitalares, como, por exemplo, o de Fabíola Langaro (2017). As autoras defendem a possibilidade de que o psicólogo acompanhe, pacientemente, as palavras e os silêncios daqueles que confrontam a finitude de si, no caso o paciente, e a finitude do outro, no caso as famílias e os profissionais da equipe multiprofissional. Langaro (2017) nos diz de um movimento de ir e voltar, destacando que as significações e o processo de enfrentamento do humano diante da morte não são lineares. Da mesma maneira, o cuidado médico, psicológico e multiprofissional deve ser flexível e dinâmico, acompanhando as diferentes necessidades e, até mesmo, as contradições que podem acometer quem, ora aceita, ora rejeita a possibilidade do encontro com a morte.

Já no cuidado psicológico, o psicólogo favorece o contato entre paciente, família e equipes de saúde, auxiliando a experiência significativa, afetiva e acolhedora para que possa aparecer em meio aos medicamentos, às injeções e aos aparelhos hospitalares. Na medida em que sustenta seu trabalho na escuta e fala com pacientes em fim de vida e seus familiares, o psicólogo hospitalar abre possibilidades de exercer diferentes práticas, as quais envolvem o estar presente, ainda que em silêncio, ao lado daqueles que vivenciam a possibilidade de morrer. Assim, entre outras atividades, o psicólogo pode auxiliar na realização de rituais de despedida dentro das instituições hospitalares, permitindo que elementos como a religiosidade e a espiritualidade, bem como a resolução de pendências e a orientação do próprio paciente aos familiares sobre diretivas de vontades após a morte (por exemplo, vestes que deseja utilizar no velório, partilha de bens, doação de órgãos, etc.), possam ser vivenciadas. Langaro (2017) e Porto e Lustosa (2010) incluem, também, a atenção psicológica no cuidado com o sofrimento das próprias equipes de saúde diante da perda.

Por meio destas ações e práticas, de cunho reflexivo e libertador, a psicologia hospitalar pode atuar no resgate do caráter de hospitalidade que tanto falta aos hospitais contemporâneos.

A hospitalidade implica na possibilidade de oferecer um espaço seguro, em que os sentimentos de angústia e a própria experiência humana possam aparecer em meio a um processo de enfrentamento da doença e da possibilidade da morte. Trata-se de oferecer uma “morada” para a experiência afetiva e existencial que, muitas vezes, é encoberta pelos sistemas de intervenção técnica, higienização e disciplinarização da vida, característicos das instituições hospitalares modernas (Mattar, 2014).

Capítulo V - Confeccionando as tramas da pesquisa: análise fenomenológica e circularidade hermenêutica na compreensão das narrativas

*“Minhas intuições se tornam mais claras
ao esforço de transpô-las em palavras”
(Clarice Lispector)*

Como descrito no segundo capítulo desta dissertação, após os percursos desvelados pelas nossas revisões de literatura, avançamos em direção à discussão de nossos dados de pesquisa, os quais foram coletados e analisados no terceiro e quarto momento significativo deste *metà-hodós*. A escolha de retomar a descrição desses momentos significativos ocorreu com o intuito de permitir uma melhor apresentação dos resultados e da discussão dos dados da pesquisa para o(a) leitor(a). Assim, o terceiro momento significativo, nomeado como “encontro fenomenológico com as experiências de mundo”, consistiu na realização de entrevistas abertas com psicólogas e psicólogos hospitalares, da região do Paraná, que trabalham com situações de terminalidade e fim de vida, tendo experiência mínima de dois anos de atuação profissional. Já o quarto momento significativo, nomeado de “análise fenomenológico-hermenêutica das narrativas”, tratou da análise e interpretação fenomenológico-hermenêutica dos materiais coletados no terceiro momento significativo, apresentados a partir de narrativas.

Neste quinto capítulo, tomamos como inspiração as palavras de Clarice Lispector (1920-1977) para o exercício fenomenológico de analisarmos nossos dados de pesquisa e colocá-los em palavras ao longo deste texto. O objetivo deste capítulo é apresentar quem foram os participantes da pesquisa, a coleta de dados com uso de entrevistas e diário de campo, os modos como conduzimos as análises das narrativas com base nos conceitos de análise fenomenológica e circularidade hermenêutica e, por fim, a apresentação das narrativas de cada entrevista. Para tanto, realizamos o detalhamento dos aspectos processuais que envolvem a confecção das narrativas, bem como a apresentação das narrativas que foram escritas para cada uma das entrevistas, a fim de que, no próximo capítulo, possamos discutir os eixos-interpretativos construídos a partir do percurso de análise desenvolvido.

Participantes da pesquisa e coleta de dados

O terceiro momento significativo da pesquisa foi formatado como um projeto de pesquisa, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, via Plataforma Brasil (CAAE: 58323622.7.0000.0102).

Depois do projeto aprovado, realizamos entrevistas abertas com psicólogos hospitalares que possuíssem registro ativo no conselho de classe profissional, em atividade direta de assistência em situações de terminalidade e fim de vida por pelo menos dois anos. Assim, foi possível nos aproximarmos das experiências de mundo tal como relatadas pelos participantes.

Foram entrevistados cinco participantes, sendo três psicólogas e dois psicólogos. Quatro deles eram atuantes em diferentes hospitais gerais da cidade de Curitiba – PR, e um deles atuante em hospital na cidade de Ponta Grossa - PR. A prevalência de participantes de Curitiba se deu, muito provavelmente, pelo fato de que resido também em Curitiba e atuo profissionalmente nesta cidade, o que delimitou um alcance regionalizado das divulgações realizadas para buscar participantes da pesquisa, mesmo com o uso de redes sociais. Além do mais, como um dos meios de divulgação da pesquisa foi a Comissão Temática de Psicologia Hospitalar do CRP - PR, que concentra representantes de serviços de psicologia hospitalar, principalmente da capital do estado, também contribuiu para que nossa amostra fosse mais expressiva em Curitiba.

Como já explanado no início e ao longo da dissertação, este estudo aconteceu majoritariamente durante o período crítico da pandemia de COVID-19. Na época de realização das entrevistas, que ocorreram entre os meses de julho e novembro de 2022, já estavam postas algumas flexibilizações em termos de recomendação de distanciamento físico, resultantes do fortalecimento do esquema de vacinação no país. Isso não significa dizer que, na época, já estavam cessados os internamentos hospitalares e as mortes pela COVID-19, pelo contrário, ainda vivíamos um momento delicado da pandemia. Porém, a realidade do período já permitia que, caso fosse do interesse do participante e viável para o entrevistador, a entrevista fosse realizada presencialmente, desde que respeitados alguns acordos sociais, como por exemplo, o uso de máscara de proteção respiratória. Portanto, tivemos a possibilidade de realizar as entrevistas nas duas modalidades, presencial e virtual.

As entrevistas presenciais ocorreram em Curitiba, com dia e horário combinados previamente, em que me desloquei até um ponto de referência dado pelo participante. Este local deveria conter condições adequadas de realização da entrevista, tanto do ponto de vista das normas sanitárias da época, quanto das normas éticas exigidas pelo estudo, ou seja, em um ambiente reservado e livre de distrações, respeitando a privacidade e o sigilo da entrevista. No caso das entrevistas virtuais, estas foram realizadas com dia e horário combinados previamente, em que me reuni junto ao participante de modo síncrono em uma sala virtual privada, via aplicativo *Google Meet*. Mesmo para aqueles que atuavam em Curitiba, foi dada a possibilidade de realização da entrevista virtual por questões de comodidade do participante.

Independente da modalidade, foi necessária a assinatura do TCLE e do Termo de Autorização para uso de Som. No presencial, estes documentos eram entregues, lidos e assinados em duas cópias físicas, no próprio dia da entrevista, ficando uma cópia guardada com o participante e a outra comigo. Já no virtual, estes mesmos documentos foram enviados digitalmente para o e-mail pessoal do participante um dia antes da entrevista, mas também sob o imperativo de sua leitura, assinatura em duas versões, uma para ser armazenada por mim e outra pelo participante. Todas as entrevistas foram gravadas e tiveram duração média de 45 minutos, sendo a mais longa com duração de 1 hora e 05 minutos e a mais curta com duração de 32 minutos. Além disso, um diário de campo foi realizado para registrar algumas impressões e afetações pessoais desveladas na interação com os participantes da pesquisa, mas cujos sentidos não foram explicitamente tematizados como conteúdo verbal da entrevista. Assim, sempre ao término de uma entrevista, e após a despedida do participante, empunhava papel e caneta para registrar suas afetações, escrevendo dúvidas, questionamentos, observações e pensamentos a respeito do encontro.

O número de participantes escolhidos para as entrevistas e o encerramento do período de coletas se deu de forma intencional e intuitiva por mim (na qualidade de pesquisador principal), sem recorrer a ideias características de pesquisas qualitativas, como por exemplo, de amostragem e saturação dos dados. Compreendemos que em uma pesquisa orientada pela fenomenologia-hermenêutica, nos debruçamos sobre as possibilidades de sentido do fenômeno que podem ser tão abertas, diversas e dinâmicas quanto o próprio existir. Sendo assim, não há como fechar o fenômeno em ideias pré-determinadas, como amostragem e saturação, uma vez que a experiência existencial sempre se articula de modo inédito em um *metà-hodós*, a partir da relação intencional entre o pesquisador e o fenômeno pesquisado.

No Quadro 1, apresentamos nossos participantes com nomes fictícios, visando resguardar o sigilo de suas identidades. Também constam as informações de tempo de experiência de cada profissional na área hospitalar até o momento da entrevista, o sistema de acesso do hospital (público, privado ou ambos), a cidade em que a atuação do profissional ocorre e sob qual modalidade foi realizada a entrevista (presencial ou virtual). Informações sociodemográficas como idade, estado civil, identidade de gênero, raça, orientação sexual, entre outros, foram suprimidas para resguardar o sigilo das identidades dos participantes, uma vez que o nicho de psicólogas e psicólogos hospitalares na região de Curitiba - PR é pequeno, o que aumentaria o risco de identificação.

Quadro 1- Informações sobre os participantes da pesquisa e as entrevistas

Nome fictício	Tempo de experiência na área hospitalar	Sistema de acesso do hospital	Cidade em que desenvolve a atuação	Modalidade da entrevista
Maria	02 anos e 09 meses	Público	Curitiba - PR	Presencial
Pedro	13 anos	Misto	Curitiba - PR	Presencial
Joca	07 anos	Público	Ponta Grossa - PR	Virtual
Júlia	08 anos	Misto	Curitiba - PR	Virtual
Larissa	02 anos e 08 meses	Misto	Curitiba - PR	Virtual

Fonte: Elaboração própria

Análise fenomenológico-hermenêutica dos dados da pesquisa: resgatando os sentidos de “análise” e circularidade hermenêutica no trabalho com narrativas

Uma vez munidos dos materiais coletados nas entrevistas com os participantes e nos registros dos diários de campo, avançamos em direção ao quarto momento significativo do *metá-hodós*, ou seja, a análise fenomenológico-hermenêutica das narrativas. Antes de adentrarmos na confecção das narrativas propriamente dita, resgatamos os conceitos de análise e circularidade hermenêutica, dado que ambos são essenciais para o desenvolvimento da compreensão existencial das entrevistas via narrativas. Em um sentido tradicional, “análise” significa a decodificação do todo em termos de suas partes, em uma ambição de que os atos de decomposição e fragmentação de um determinado fenômeno revelem os elementos mais básicos que o constituem; sendo estes elementos tomados como um conjunto de causas que determinam diretamente a origem de algo. Em *Seminários de Zollikon*, Heidegger (1987/2021) afirma que esse modo de compreender o termo “análise” é oriundo da química, destacando seu sentido naturalista, explicativo e causal.

Na tentativa de se afastar do naturalmente dado, o filósofo resgata o sentido grego de *analysis*, assumindo a compreensão de análise como “analítica”. Para desenvolver sua ideia de “analítica”, Heidegger (1987/2021) se inspira nos mitos heroicos da Grécia Antiga, mais precisamente, aqueles retratados na obra da *Odisseia*, de autoria do poeta Homero (928 a.C. - 898 a.C.). A *Odisseia* narra a jornada do herói Ulisses que, após sobreviver às batalhas na Guerra de Tróia, tenta retornar para seu reino na ilha de Ítaca, ao lado da esposa Penélope e do filho Telêmaco. Porém, o retorno de Ulisses é atravessado por diversas provações que se

desenrolam ao longo de um período de 10 anos até sua volta à casa. Durante a espera pelo retorno do marido, a esposa Penélope sofreu pressão dos homens de Ítaca que desejavam se casar com ela para assumir o poder. Penélope colocou a condição de que seu casamento ocorreria somente após o término da confecção de um tapete. Porém, como estratégia para retardar o momento da decisão, ela costurava o tapete durante o dia e, secretamente, desfazia a trama de tecidos durante a noite, sendo *analysis* o termo indicado para nomear o ato de Penélope: o tecer e o destecer de uma trama (Heidegger, 1987/2021).

O exercício de tecer e destecer de uma trama é assumido na prática clínica inspirada na filosofia heideggeriana como ato de libertação dos *a priori*, que estão dados em um horizonte histórico e, como já argumentado ao longo de nossa dissertação, circunscrevem os modos de ser do Dasein. Analisar um fenômeno não significa decompô-lo em partes elementares, mas destecer as tramas e os nós de sentidos previamente dados ingenuamente assumidos como as verdades essenciais, atemporais e eternas. Porém, o ato de destecer não nos conduz em direção à uma verdade mais original ou profunda, pois isso seria afirmar que existe uma essência a ser encontrada. Destecemos as tramas de sentidos, ao mesmo tempo em que tecemos novas tramas possíveis, mas, por sua vez, nos aproximam da condição existencial do fenômeno, ou seja, seu caráter ontológico, histórico e socialmente situado. Em outras palavras, nos aproximamos do mundo que é próprio ao fenômeno investigado, costurando e descosturando, continuamente, suas diversas condições de possibilidades de aparecimento. Sobre essa discussão, Braga et al. (2019) explicam:

Partindo da indissociabilidade eu-mundo em constante desenrolar de ser, a práxis clínica é simultaneamente descrição possível, jogo interpretativo e interrogação pela experiência, diante simultaneamente da singularidade de alguém e da pluralidade de sua experiência na conexão com outros, na multiplicidade dos entes e das próprias dimensões do existir. (p. 20)

A ideia de uma análise que se desenvolve como movimento de tecer e destecer de uma trama – sendo esta trama, o conjunto de sentidos experimentados por um Dasein e compartilhados em um horizonte histórico – nos conduz ao conceito de circularidade hermenêutica como modo de sustentação da compreensão existencial. No primeiro e segundo capítulos, discutimos como a existência do Dasein ocorre no modo de ser da compreensão que, por sua vez, se dá num movimento de circularidade hermenêutica. A circularidade hermenêutica denota a condição do Dasein de existir em um mundo cujos sentidos e significados o antecedem e, uma vez lançado neste mundo, se torna herdeiro de uma tradição histórica que circunscreve os modos como o desvelamento dos fenômenos ocorre na

cotidianidade. Assim, sob a circularidade hermenêutica, toda a compreensão que ocorre no mundo para o Dasein já é, também, um ato de interpretação de si e do próprio mundo, a partir de um ponto de vista prévio e herdado pelo horizonte histórico.

Para nos aproximarmos das implicações da circularidade hermenêutica no horizonte da pesquisa em psicologia clínica, recorreremos, novamente, a Maux e Dutra (2020), que destacaram três aspectos constituintes do método de análise fenomenológico-hermenêutica na pesquisa em psicologia: a posição prévia, a visão prévia e a concepção prévia. No contexto de nossa pesquisa, a posição prévia aponta para o reconhecimento de que o pesquisador possui ideias preliminares sobre o fenômeno, principalmente, por ser inserido em um mundo que é compartilhado pelos participantes da pesquisa, ou seja, o pesquisador principal é, também, um psicólogo hospitalar que atua no cuidado às pessoas em situação de terminalidade e fim de vida. Embora o pesquisador principal tenha suas experiências particulares como psicólogo hospitalar e seu modo de relação com as verdades do horizonte histórico que vive, foi preciso o exercício de abertura dessa posição prévia, a partir do esforço e da atenção em estar disponível para conhecer a experiência existencial dos participantes que vivenciam suas próprias afetações diante do fenômeno.

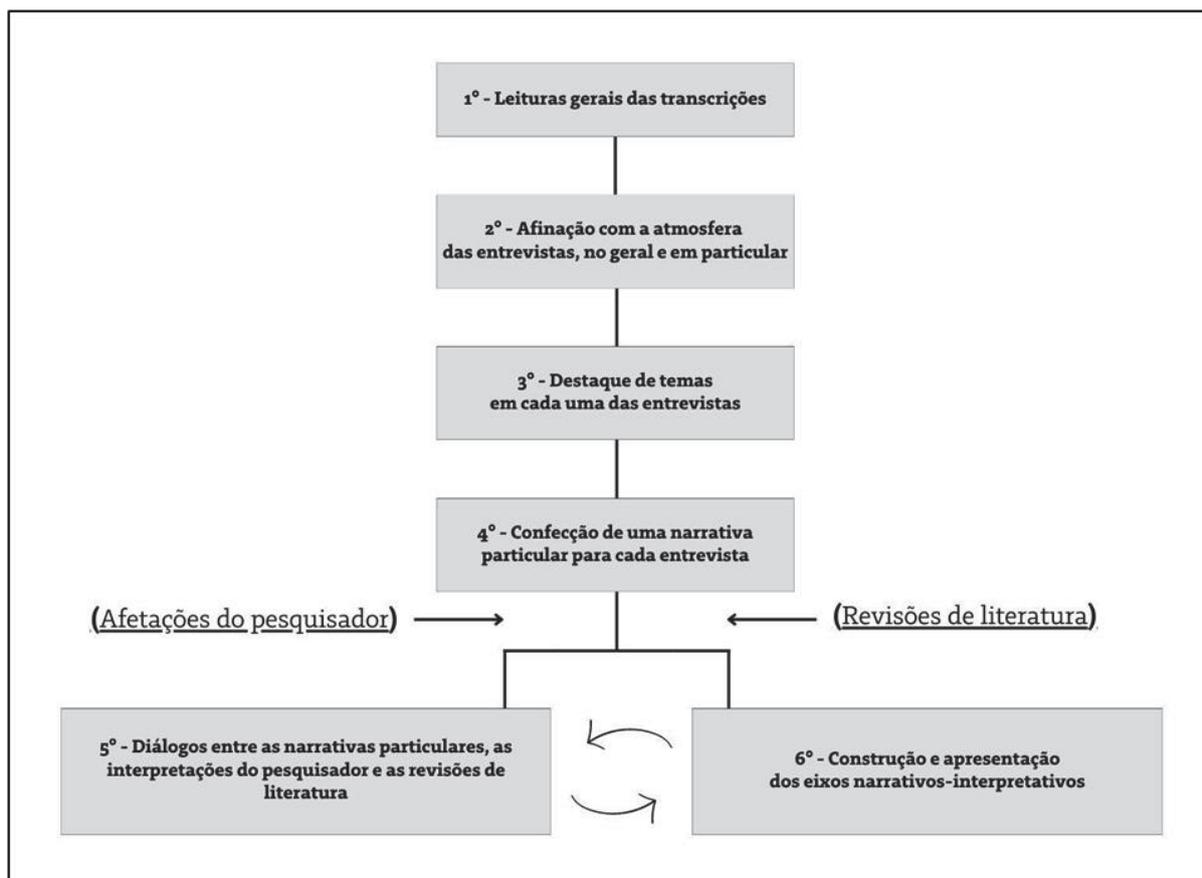
Já a visão prévia ocorreu a partir da experiência proporcionada pelas entrevistas, em que novas possibilidades de sentido sobre o fenômeno foram postas em jogo, na medida em que os conteúdos eram expostos na fala dos participantes e as afetações registradas nos diários de campo, o que implicava em novas costuras para as tramas de sentido que compunham a concepção prévia do pesquisador. Ainda que de modo intuitivo, na visão prévia já foi possível iniciar recortes de quais sentidos se desvelaram como mais significativos nas experiências dos participantes, delimitando o horizonte de possibilidades de aparecer do fenômeno a partir da relação vivida entre pesquisador e os participantes da pesquisa. Por fim, a concepção prévia diz respeito à articulação entre a posição prévia e a visão prévia, pois o que se compreendia anteriormente se transformou no encontro com o fenômeno, gerando novas nuances e tessituras. Emergem, assim, os sentidos existenciais do fenômeno, a partir das costuras entre as experiências apresentadas pelos participantes nas entrevistas, as afetações do pesquisador registradas nos diários de campo e as revisões narrativas de literatura.

Em nossa pesquisa, a concepção prévia é apresentada por meio da escrita de narrativas da experiência de cada participante. Posteriormente, estas narrativas são postas em diálogo entre si e com as revisões narrativas de literatura, sendo transformadas em eixos narrativos-interpretativos que apresentam os elementos estruturais das experiências. Explicamos melhor este processo abaixo.

Aspectos processuais das narrativas: como analisamos as experiências dos participantes

Inserimos abaixo a Figura 2 a fim de auxiliar o(a) leitor(a) na compreensão do processo de construção e análise das narrativas:

Figura 2- Processo de confecção das narrativas



Fonte: Elaboração própria

Em termos processuais, a confecção das narrativas foi realizada em etapas, que se iniciaram com a transcrição das entrevistas em sua íntegra e literalidade, sem produzir alterações de seu conteúdo¹⁰. A transcrição na íntegra e literalidade permitiu que fossem realizadas leituras completas de cada entrevista, quantas vezes fossem necessárias, buscando tanto a familiarização com o conteúdo geral da entrevista quanto a reaproximação e recordação da atmosfera afetiva que coloria a interação entre o entrevistador e o participante da pesquisa.

¹⁰ As transcrições das entrevistas não estão disponibilizadas nesta dissertação como forma de prevenir o risco de identificação dos participantes.

Desta forma, cada entrevista era lida e compreendida em seu contexto próprio, o que nos revelou o entendimento de que estávamos diante de um mundo, cujos sentidos eram desvelados no interior da relação entre o entrevistador e o participante da pesquisa. Na medida em que as leituras completas das entrevistas eram realizadas, isso nos permitia a afinação com as atmosferas afetivas de cada mundo em particular, nos levando, ainda que implicitamente, à uma atmosfera geral que perpassava as cinco entrevistas, permitindo considerá-las como um todo.

A partir da leitura geral, buscamos trabalhar minuciosamente em cada entrevista, examinando de forma detalhada as movimentações de sentido, as nuances e as particularidades presentes na fala do participante, para, assim, destacar temas que estivessem explicitamente visíveis ao olhar de quem lê. Cabe explicitar novamente o movimento da circularidade hermenêutica, uma vez que, em nosso caso, aquele que lê – o pesquisador principal desta dissertação – era também um psicólogo hospitalar que atuava profissionalmente com situações de terminalidade e fim de vida, ou seja, alguém que, de certa forma, partilhava deste mundo de afetações e dilemas na relação de lida profissional com a morte no ambiente hospitalar.

Com o rigor que nos é exigido pelo método fenomenológico-hermenêutico, foi imperativo reconhecer que este atravessamento se encontrava, a todo momento, em jogo em nossas análises e na escolha dos temas que se sobressaíam como relevantes em cada entrevista. Ao afirmarmos isso, não queremos dizer que minhas posições prévias induziram cegamente a escolher determinados temas em detrimento de outros, mas que era preciso lapidar o olhar e reconhecer a delicadeza que envolve o exercício da “análise”: um tecer e destecer que, simultaneamente, reconhece as afetações comuns que podem ser partilhadas em um mundo de semelhantes, e legitima as singularidades que se expressam de forma única na abertura de cada existente.

Uma vez destacados os temas, realizamos a escrita de uma narrativa para cada uma das entrevistas. Estas narrativas particulares tinham um caráter mais descritivo, porém já imprimiam algumas de minhas afetações, na medida em que envolviam o ato de escrita e narração sobre as falas e experiências que eram apresentadas pelos participantes nas entrevistas. Assim, neste momento, também foram utilizados os diários de campo para auxiliar na tematização de sentidos que, embora não tivessem explicitamente presentes como conteúdo verbal na entrevista, foram vividos como afetação na interação com cada um dos participantes da pesquisa. A realização de narrativas para cada entrevista já colocou em curso, de forma mais explícita, o ofício de interpretação fenomenológico-hermenêutica dos dados da pesquisa, uma vez que inicia a tarefa de (re)articulação dos sentidos das experiências que emergiram na

interação junto ao participante, no intercâmbio entre os conteúdos verbais e as afetações suscitadas na entrevista.

Em seguida, as narrativas que foram construídas para cada entrevista foram postas em diálogo entre si, incluindo, novamente (e quando necessário), consultas às transcrições de cada entrevista e os diários de campo. Deste encontro, nasceram eixos narrativos-interpretativos nomeados, apresentados e discutidos a partir do diálogo entre as narrativas e com os horizontes ontológicos, históricos e sociais que foram trabalhados nas revisões de literatura. Neste momento, mantemos nosso olhar atento para explicitar e discutir, detalhadamente, tanto o caráter singular das experiências quanto o que foi compartilhado no coletivo. Os eixos narrativos consistem nos produtos finais de nossa análise, na medida em que articulam as possibilidades de sentido que envolvem os fenômenos investigados e os determinam como experiências vividas situadas em mundo próprio e compartilhado e em um horizonte ontológico, histórico e social.

As narrativas particularidades dos participantes: Maria, Pedro, Joca, Júlia e Larissa

Após apresentar os aspectos processuais que envolveram a confecção das narrativas, damos sequências às apresentações das narrativas particularidades de cada entrevista com os participantes.

a) Narrativa da participante Maria – Data da entrevista: 12 de Julho de 2022

A primeira entrevistada foi a psicóloga Maria. Formada desde 2013, Maria acumula a experiência de 2 anos e 9 meses na área da psicologia hospitalar. Maria desenvolve atividades assistenciais em unidades de internação, prestando atendimento a pacientes e familiares que estão internados em enfermarias de clínica médica, clínica cirúrgica e em cuidados paliativos. O convite para que Maria fosse uma das participantes da pesquisa se deu de modo intencional, pois já tivemos oportunidade de compartilhar a rotina de trabalho e trocas em discussões de casos clínicos atendidos, que me permitiram reconhecer que especialmente nas situações de terminalidade e fim de vida ela desenvolvia seu trabalho de modo muito implicado e comprometido. Além disso, nós tínhamos uma convivência que eu chamaria de muito tranquila, o que acreditava favorecer um clima agradável para uma entrevista sobre sua experiência como psicóloga hospitalar atuante em situações de terminalidade e fim de vida.

Com muita solicitude e entusiasmo por parte dela, Maria aceitou conversar comigo. Da minha parte, houve um certo alívio, pois sendo a primeira entrevista que desenvolveria neste projeto de pesquisa, talvez, estivesse precisando fazer essa estreia com mais conforto e segurança. Então, conversar com alguém que eu já possuía um vínculo profissional anterior me ajudaria. Assim, combinamos um dia e horário para um encontro presencial. Este encontro ocorreu nas próprias dependências do hospital, em uma sala reservada, onde estávamos apenas eu e Maria. Antes de iniciar a entrevista, expliquei com um pouco mais de detalhes o meu tema de estudo e que havia chegado no momento da tal “coleta”, diria que foi a parte mais descontraída, era como se eu estivesse desabafando com uma amiga. Furneci uma cópia do TCLE e do Termo de Autorização para uso de Som, o qual lemos juntos e em voz alta. Neste momento, veio já uma confirmação de que estávamos em um ambiente de confiança e disposição, pois quando terminamos de ler os termos, ela falou de forma muito sorridente que estava à vontade em participar da pesquisa. Eu coletei a assinatura dela, assinei os documentos e lhe entreguei as cópias, prestando as orientações que foram determinadas pelo comitê de ética.

Antes de ligar o gravador e iniciar a entrevista com a pergunta disparadora, perguntei a Maria de forma mais pontual há quanto tempo ela era formada e há quanto tempo estava na área hospitalar, apenas para confirmar sua participação a partir dos critérios de inclusão da pesquisa (ser psicóloga hospitalar com experiência mínima de dois anos de atuação). Depois de confirmadas as informações, liguei o gravador e iniciei a entrevista com a pergunta disparadora: “Você poderia me contar como é sua experiência, sendo psicóloga hospitalar que atua em situações de terminalidade e fim de vida?”.

Logo de início, Maria já qualificou sua experiência como intensa, no sentido de ser mobilizadora de muitos afetos para ela. Estes afetos fazem referência a reflexões e sentimentos que Maria vivenciou desde que se confrontou pela primeira vez, em 2015, com a morte que se apresentava com frequência no cotidiano do hospital. Inclusive, Maria frisa que também é psicóloga clínica, trabalhando em consultório há 8 anos, mas é no hospital o lugar de atuação em que as afetações despertadas pelo encontro com a finitude se anunciam de forma mais intensa para ela, por meio do acompanhamento de situações que envolvem o internamento de pacientes com doenças crônicas, graves e limitantes, que vivenciam seus últimos dias de vida no internamento hospitalar. Com isso, já podemos compreender que o hospital é um importante vetor de manifestação das afetações de Maria, sendo o palco no qual a morte se anuncia mais fortemente para ela.

Maria lembra que no início de sua carreira como psicóloga hospitalar, se sentia muito fragilizada emocionalmente quando se deparava com a morte, por vezes cogitando até ser incapaz de lidar profissionalmente com situações que envolviam a morte de pacientes e, principalmente, do sofrimento expressado pelos familiares diante da perda de um ente querido. Este questionamento sobre sua capacidade em atuar profissionalmente era motivada por questões pessoais, pois Maria se percebia como alguém muito sensível aos temas da morte: *“Porque, como eu era uma pessoa que tinha muito, eu tinha receio assim, eu não conseguia ir em velório... Eu ficava muito mobilizada com estes temas”*.

Para além de questões pessoais associadas à percepção de si como uma alguém capaz ou não de lidar com a morte, Maria considera que as afetações suscitadas pelos encontros com a morte na vida profissional também estavam ligadas à natureza da profissão, pois não há fórmulas prontas sobre como o psicólogo deve atuar diante de situações que envolvem a morte de pessoas:

Porque eu me sentia muito fragilizada para lidar com isso. E tecnicamente também, né, porque não tem um manual que diga “olha, você [deve] agir assim, assim, assim”. E aí eu tava aqui e ficava “nossa, como é que eu vou fazer para auxiliar e para proporcionar tudo isso?”

A pergunta feita a colocou diante da necessidade de estar aberta e disponível para refletir sobre suas experiências de quando se confrontava com o sofrimento associado à morte de pessoas em fim de vida. Ela percebeu que, ao longo do tempo, foi se desenvolvendo de modo pessoal e profissionalmente, na medida em que se sentia não mais tão fragilizada emocionalmente diante da morte e descobrindo em si, como dito em suas próprias palavras, uma *“potência”*. Ela havia encontrado um modo de estar presente diante da morte, que envolvia justamente a presença, estar ali, ao lado daquele(a) que necessita de cuidado e de atenção diante do sofrimento: *“E com o passar do tempo, eu fui percebendo que o que eu tinha para oferecer enquanto pessoa e profissional era a presença, né? Era sustentar esse sofrimento”*.

O trabalho de sustentação do sofrimento que envolve os momentos de fim de vida ocorre por meio de diferentes práticas. A atuação do psicólogo nas situações de terminalidade e fim de vida é entendida por Maria como a oferta de um espaço em que o paciente e/ou a família possam falar, de forma franca e confortável, sobre as questões da finitude, abordando o aspecto da interdição social da morte. Assim, a escuta do(a) psicólogo(a) é aquela que sustenta o aparecimento da condição do sofrimento e da finitude humana, e muitas vezes não encontram espaço de legitimidade e acolhimento social: *“A gente vai desenvolvendo a*

capacidade de ouvir algo que muitas outras pessoas não conseguem ouvir. Que é ouvir desse sofrimento. Que é ouvir ponderações sobre a morte”.

Um ponto de destaque da atuação do(a) psicólogo(a) é atuar a favor da flexibilização das regras que a instituição hospitalar impõe na rotina de profissionais, pacientes e familiares, visando viabilizar a realização de desejos finais de vida, tanto do paciente quanto da família. Estes desejos podem ser, por exemplo, a entrada de uma refeição ao paciente, trazida de fora do hospital, mesmo contrário às prescrições nutricionais do que é considerado saudável dentro daquele ambiente. Ou ainda, autorizar a entrada de um violão, para que um familiar pudesse tocar uma melodia ao seu ente querido. Esta ação é entendida por Maria como uma urgência, pois atuar diante de situações de terminalidade e fim de vida é lidar com a incerteza do tempo: *“Porque a gente não sabe qual que é esse tempo, né? Então, se está aparecendo aí, tem que mobilizar na hora que precisa!”.*

Vale frisar que isso não significa atender o pedido a qualquer custo e de modo irrefletido. Maria ressalta que é necessário lapidar o olhar sobre este tipo de demanda. Ou seja, compreender estes desejos na singularidade do vivido, do que faz sentido para cada pessoa que se confronta com a finitude, estando atenta para não cair em ideais normativos que podem surgir sobre o que é o melhor para o paciente e/ou a família neste momento: *“Essa particularidade do desejo de cada um, também é muito rico pro trabalho. Porque, às vezes, a gente supõe coisas, né: ‘Ah, não, eu acho que essa pessoa tinha que...’”.* Além disso, Maria entende que existem limites, pois nem sempre a equipe auxiliará o(a) psicólogo(a) no seu trabalho. E, muitas vezes, as regras institucionais irão se sobrepor à vontade do(a) psicólogo(a) em entender a demanda do paciente e/ou da família.

Mesmo com estas dificuldades, Maria fala com entusiasmo sobre sua atuação diante da terminalidade e do fim da vida, pois reconhece que, por meio desta prática, pode testemunhar o modo como paciente e/ou familiares encontram caminhos de lida com a vida, mesmo diante das limitações impostas pela doença. Ela menciona o caso de um paciente que já estava bastante debilitado fisicamente, devido a uma doença pulmonar obstrutiva crônica, já em fase avançada, mas que ainda assim encontrou um artifício que o possibilitou fazer pequenas caminhadas, pois isso era algo prazeroso para ele. Com esta situação, Maria reafirma a capacidade de ressignificação e de autorrealização daquilo que ainda há de vital nas pessoas, mesmo com a morte se anunciando por meio da doença. Porém, ela complementa que nem todos encontram outros caminhos do mesmo modo e nem que o fato de encontrar novos caminhos seja uma possibilidade para todos, devendo o(a) psicólogo(a) exercer sua presença afinada à realidade de cada um:

Então, eu vejo pessoas que ressignificaram neste sentido, de adaptarem a sua rotina, adaptarem a sua vida, enfim... E vejo também, quem não consegue tanto, né? E eu acho que nós dois, a gente consegue oferecer a nossa escuta e a nossa presença.

O encantamento de Maria com a diversidade de modos de enfrentamento e lida dos pacientes e suas famílias provoca nela um importante sentimento de esperança, inclusive para ela pessoalmente: *“Acho que isso [me] deixa muito mais atenta e... Me dá esperança! Talvez, de que é possível encontrar outros caminhos, tanto para as outras pessoas que estão aqui, né, quanto pra mim”*. Nesse sentido, Maria destaca que estar em contato com a morte diariamente apresenta ao(à) psicólogo(a) uma necessidade de olhar para a própria vida:

Tô olhando pra morte de alguma forma, mas preciso também olhar pra vida. Então, eu acho que isso é uma questão de uma vivência bem pessoal mesmo, uma coisa muito íntima minha, né, neste sentido, né. Que é... Olhar para o que... A morte não só como um processo, ali, físico, né? Mas simbólico também! Sempre trazer este simbólico para minha vida: “como é que eu estou olhando para minha vida?”

Este olhar para a própria vida lança questionamentos e preocupações sobre como estamos cuidando da própria saúde, do processo de envelhecer e do desejo em ter uma morte que seja confortável, o que a leva a refletir sobre a própria condição de finitude do psicólogo.

Assim, a entrevista com Maria foi notadamente marcada por falas, relatos e situações em que foi possível perceber que a atuação em situações de terminalidade e fim de vida confronta o(a) psicólogo(a) com seus limites pessoais diante da morte, exigindo reposicionamento de valores pessoais em relação à vida e à morte. Por exemplo, Maria disse ser uma pessoa muito apegada às regras, mas que as situações em que se vê flexibilizando regras institucionais para atender aos desejos de pacientes em fim de vida e/ou suas famílias, a faz encarar este valor com menos apego: *“Parece que me motivo a não seguir as regras tão rigidamente. Entender quando é possível flexibilizar e como isso é possível. A terminalidade me traz muito isso”*.

Além disso, ela percebe que o aprendizado profissional permitiu desenvolver possibilidades de enfrentamento a situações de terminalidade e fim de vida em sua vida pessoal, descrevendo situações de adoecimento familiar que suscitaram estas questões. Há, assim, uma evidente ressonância entre suas afetações na vida profissional com o modo como lida com a morte na vida pessoal. Isso não significa que a dimensão da vida pessoal e da vida profissional sejam indiscriminadas, há uma necessidade de separação, na medida em que Maria entende que a vida profissional é um trabalho: *“Eu deixo o trabalho aqui, né? Hoje. Eu não levo pra casa. Eu lembro de algumas situações, mas eu consigo fazer esta separação”*. Ainda assim, ela

reconhece que reflexões oriundas de sua atuação profissional reverberam no modo como ela vive sua vida, constituindo contornos significativos em seu modo de ser.

b) Narrativa do participante Pedro – Data da entrevista: 17 de Julho de 2022

Conforme definido no projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética, uma das estratégias de divulgação e recrutamento de participantes seria por meio das redes sociais e mídias eletrônicas. Por isso, elaborei uma imagem, acompanhada de um texto explicativo sobre a pesquisa, convidando psicólogas e psicólogos hospitalares da região do Paraná a compartilharem sua experiência profissional em situações de terminalidade e fim de vida. Este convite foi compartilhado em minhas redes sociais, da minha orientadora e também em um grupo de aplicativo de mensagens instantâneas que congregava representantes de serviços de psicologia ligados à Comissão de Psicologia Hospitalar do CRP – PR; da qual também faço parte como representante do serviço em que trabalho.

Desde que iniciei a divulgação do projeto, fiquei um tanto apreensivo sobre como seria a disponibilidade e interesse dos profissionais de psicologia em falar a respeito da sua atuação profissional em terminalidade e fim de vida. Em partes, eu pensava que os profissionais poderiam se sentir acanhados em compartilhar sua experiência com alguém que também atuava nesta área, com medo de, talvez, se sentirem avaliados em sua experiência profissional ou julgados em sua competência. Vivemos em tempos marcados pela competitividade e pelo enaltecimento de imagens de sucesso profissional, o que, de algum modo, e até não plenamente tematizado por mim, sustentava esta apreensão. Havia também um lado meu que achava que estes profissionais não estariam disponíveis afetivamente para falar sobre a morte e o morrer, considerando que grande parte de nós – psicólogas e psicólogos hospitalares – vivenciamos situações extremas de exposição à morte, associado ao número elevado de internações e óbitos que ocorreram durante os períodos críticos da pandemia de COVID-19. Eu carregava em mim algo que chamo de “sequelas emocionais” deste período, o que tornava, em alguns momentos, custoso falar sobre a minha experiência profissional no hospital. Considerando tudo isso, acho que eu mesmo não me disponibilizaria a ser participante do meu projeto de pesquisa, a depender de como estivesse me sentindo no momento em que recebesse um convite para isto.

Felizmente, o psicólogo Pedro apareceu para mostrar que minhas afetações eram parciais e provisórias. E me lembrar de como, muitas vezes, é magnífico estar aberto ao mundo e ser surpreendido positivamente pela presença dos outros. Digo isso porque Pedro me mandou uma mensagem particular elogiando a pesquisa e, prontamente, se colocando à disposição para

ser entrevistado. Eu já tinha algumas referências sobre ele, no sentido de saber que ele era psicólogo hospitalar na cidade de Curitiba - PR e que representava o seu serviço nas reuniões da Comissão de Psicologia Hospitalar do CRP - PR. Porém, até então, nós nunca tínhamos tido nenhuma troca, nem conversa mais pessoal, de modo que fiquei surpreso quando recebi sua mensagem incentivadora e calorosa. Eu respondi agradecendo a disponibilidade e seguimos a conversa para agendarmos o dia e horário da entrevista.

A entrevista aconteceu presencialmente nas dependências do hospital em que Pedro trabalha. Ele avisou que estaria de plantão no dia, mas que conseguiria tirar uma pausa para conversar comigo. Cheguei no hospital com alguns minutos de antecedência e mandei uma mensagem avisando que eu o aguardava na recepção. Foram poucos minutos de espera até Pedro aparecer e seguirmos em direção à sala do serviço de psicologia, onde tínhamos espaço reservado para a entrevista. No trajeto, Pedro novamente elogiou a pesquisa e me perguntou sobre como estava sendo minha experiência na pós-graduação. Eu respondi que estava aproveitando bem, pois o mestrado me permitia aprofundar os estudos na minha abordagem de referência e nos temas que eram do meu interesse, mas, ao mesmo tempo, sentia certa dificuldade em conciliar com as atividades do trabalho e da vida pessoal. Pedro me falou, de forma leve e brincalhona, que ele não se via mais com idade e energia para estudar em nível de pós-graduação *stricto sensu*.

Já dentro da sala do serviço de psicologia do hospital, segui com as orientações exigidas pelo Comitê de Ética e disponibilizei o TCLE e o Termo de Autorização para uso de Som para leitura e assinatura do Pedro. Antes de iniciar a gravação da entrevista, solicitei algumas informações sobre sua formação e experiência profissional: formado há 16 anos, Pedro atuava há 13 anos na área hospitalar. O hospital em que trabalha é filantrópico e atende diversas especialidades, como oncologia, ortopedia e cardiologia. À época da entrevista, Pedro era o psicólogo responsável por acompanhar as internações de pacientes em tratamento oncológico na instituição.

Quando perguntei sobre como era sua experiência como psicólogo hospitalar atuante em situações de terminalidade e fim de vida, Pedro respondeu que falar sobre essa temática era algo difícil. Ele percebia que essa dificuldade se atrela ao fato de que cada caso atendido por ele possui uma especificidade a ser considerada, de modo que falar da experiência é falar de uma diversidade de situações clínicas. Nesse sentido, Pedro deu início à sua fala a partir das situações ideais, em que pôde realizar um acompanhamento do início ao fim, ou seja, desde o momento em que o paciente recebe o diagnóstico de uma doença grave e ameaçadora da vida, até os momentos finais de vida. Ele compreende que ao poder fazer o acompanhamento

longitudinal do caso, é possível aproveitar maior tempo para a construção do vínculo e fortalecimento da intimidade com o paciente e a família, bem como alinhar o trabalho com a equipe multiprofissional, o que favorece a execução do trabalho como psicólogo.

Pedro entende que o trabalho do(a) psicólogo(a) nas situações de terminalidade e fim de vida deve favorecer o amadurecimento da pessoa em relação ao modo como ela lida com a vida, a terminalidade e a finitude, já demarcando que trabalhar com a morte é, na verdade, trabalhar com a vida que é possível de ser vivida até o momento de chegada da morte. Ao falar sobre esta perspectiva de trabalho, Pedro enfatiza que, no seu entendimento, o psicólogo não trabalha com a morte em si, mas com a vida que está diante do fim, mencionando o exemplo dos cuidados paliativos:

Pra mim, o cuidado paliativo, ele sempre foi e sempre será falar da vida. Mesmo que seja do fim da vida. Porque a morte só existe a partir do momento que a vida finda e eu não vou acompanhá-lo do fim da vida pra frente. Eu vou acompanhá-lo até o fim da vida.

Porém, para a realização de um bom trabalho não basta ao psicólogo ter clareza quanto às suas perspectivas e ideais, pois ele deve se haver com questões estruturais que interferem na possibilidade de acesso aos pacientes e na oferta de um espaço seguro para a construção do vínculo terapêutico. No hospital em que trabalha, o tratamento é realizado majoritariamente no nível ambulatorial, o que faz com que a vinda dos pacientes à instituição seja pontual e breve. Isso torna o trabalho de Pedro desafiador, pois os momentos em que tem acesso para acompanhar o paciente são apenas durante os períodos de internação, o que frequentemente acontece quando a progressão da doença se encontra avançada e o paciente com poucas semanas de vida pela frente. Por muitos anos, Pedro sofreu com a ausência de uma sala particular para atendimentos em situações que exigiam mais cuidado com as questões de sigilo, o que nem sempre é garantido ao se atender pacientes em enfermarias e corredores do hospital. O psicólogo afirma também que, devido à progressão da doença, há pacientes que estão em uso de medicações que produzem alterações no nível de consciência, dificultando o acesso para o atendimento psicológico.

Diante destes desafios, Pedro destaca que o profissional deve atuar com muita atenção, cuidado e respeito, se atentando às condições que cada situação lhe oferece e aos limites que cada paciente mostra na relação. Ele reconhece que a falta de vínculo e intimidade com o paciente pode fazer com que o trabalho do(a) psicólogo(a) seja visto como invasivo. Por isso, este/esta deve ser cauteloso(a), atentando-se para não impor vivências, crenças e valores pessoais diante do processo de terminalidade do paciente, tampouco deve forçá-lo a falar sobre

o fim da vida, caso não seja seu desejo: “*eu tento ter MUITO respeito com até onde ele quer ir agora, com até onde ele quer falar agora, com o que ele está pronto*”. Notamos uma importante atenção à singularidade do vivido diante da morte, pois Pedro destaca que cada paciente possui um modo próprio de lidar com a terminalidade e o fim da vida.

Ele reconhece que há um desejo em oferecer ao paciente um final de vida que seja prazeroso, afirmando se sentir frustrado diante de situações em que o fim da vida é triste e depressivo. Contudo, ele enfatiza que é preciso ter cuidado com tais expectativas, pois o(a) psicólogo(a), ao não se atentar a estes limites, corre o risco de se tornar um(a) salvador(a) de vidas psíquicas, traçando um interessante paralelo entre a visão comum do médico como profissional salvador de vidas e do psicólogo como tal. A partir disso, Pedro nos convida a perceber que é somente com a construção de uma relação terapêutica positiva, pautada em atenção, cuidado e respeito, que o(a) psicólogo(a) poderá construir junto ao paciente a possibilidade de falar e viver, ao seu modo e em sua medida, as questões da vida e da morte que lhe cercam.

Um dos maiores desafios que Pedro enfrenta em seu cotidiano profissional é lidar com a conspiração do silêncio¹¹. Ele explica que não é incomum tentativas da família e da equipe médica em proibir que assuntos relacionados ao fim da vida do paciente sejam tratados diretamente com o próprio, independentemente de sua vontade e interesse. Pedro afirma que a conspiração do silêncio é destruidora do trabalho do psicólogo, porque destitui o(a) profissional da possibilidade de oferecer um espaço de escuta e fala livres ao paciente. Esta é uma questão árdua, e Pedro reconhece que, além de o paciente ser privado de participar ativamente de um dos momentos mais significativos de sua vida, há também uma privação imposta ao(a) psicólogo(a) que o(a) faz perder um espaço de segurança no trabalho, demonstrando uma importante implicação afetiva do(a) profissional em relação à possibilidade do seu fazer clínico.

Há familiares e membros da equipe que podem, inclusive, dificultar o acesso do(a) psicólogo(a) ao paciente, cabendo ao(a) profissional marcar uma posição que esteja afinada à sua relação com o paciente: “*Então, o que eu busco, muitas vezes, fazer para tentar quebrar isso tudo, é usar uma frase bem simples, que é ‘tudo bem, não falarei nada que ele não queira. Mas, se ele quiser falar, eu vou falar’*”. Pedro destaca que o trabalho do psicólogo no hospital é marcado por uma atenção que deve envolver o cuidado com o paciente, com a família, com

¹¹ Segundo Maria Inês Rodriguez (2015), a conspiração do silêncio é definida como um pacto, implícito ou explícito, por parte das famílias e profissionais de saúde para alterar ou omitir informações ao paciente sobre seu diagnóstico ou gravidade da sua situação clínica.

a equipe assistencial e, também, com a instituição como um todo. No entanto, nem sempre estas dimensões se encontram afinadas em uma mesma perspectiva de cuidado, como descrito nas situações que envolvem conspiração de silêncio.

Caminhando para o final da entrevista, Pedro falou mais detalhadamente de suas afetações pessoais ao estar profissionalmente em contato com a morte. Ele descreve situações em que, por estar diretamente exposto à morte do outro, articulou uma reflexão sobre sua condição de finitude, o que muitas vezes é difícil, exigindo momentos de pausa, caminhada e respiração: “*Olhar a morte do outro nos reforça cada dia nossa fragilidade. E isso é complexo, né? Porque você ser... Ser frágil ou passível de, num futuro breve, estar deitado naquela maca é muito difícil, né?*”. Em seu relato, verificamos que o(a) profissional de psicologia deve estar disponível para refletir sobre o modo como a morte lhe impacta. Ao fazer isso, o(a) psicólogo(a) pode encontrar sentidos existenciais à morte, tornando-a um marco singular da vida:

Eu tenho medo de me tornar frio, assim, sabe? Da morte ser só a morte. Porque, talvez, se a morte for só a morte, eu não sei o que vai ser. Porque a morte não pode ser só a morte. É um marco, um marco sem qualquer outro precedente.

Sendo assim, a importância deste modo de significar a relação com a morte está atrelada à possibilidade do(a) psicólogo(a) em se perceber afetado, pois a morte vista apenas como um fato em-si coloca-o sob o risco de se tornar indiferente diante do fenômeno.

c) Narrativa do participante Joca – Data da entrevista: 04 de Setembro de 2022

A terceira entrevista foi realizada com o psicólogo Joca, um profissional que também tive a oportunidade de trabalhar junto há alguns anos em um hospital público da cidade de Curitiba - PR. No momento da entrevista, Joca atuava em um hospital público em Ponta Grossa-PR. O convite para que ele participasse da pesquisa foi intencional, pois considerei interessante contar com a participação de um psicólogo que desenvolve sua atividade profissional em outra cidade do estado do Paraná. O fato de Joca desenvolver sua atuação em outra cidade poderia significar um elemento de diversidade para a entrevista. Portanto, era preciso me lançar à experiência para saber, pois, de forma preliminar, isso poderia ou significar algo ou não significar coisa alguma. Sabendo disso, enviei uma mensagem via *WhatsApp*, convidando-o a participar do projeto. Joca prontamente se disponibilizou a ser entrevistado, inclusive agradecendo por ter me lembrado dele. Agendamos um dia e horário em comum para que a entrevista fosse realizada de forma remota, via aplicativo Google Meet.

No dia anterior à entrevista, eu enviei para ele um e-mail com o TCLE e o Termo de Autorização do uso de Som, solicitando a leitura prévia e o envio dos arquivos com sua assinatura digital, caso ele estivesse de acordo com os termos. No dia da entrevista, Joca me retornou o e-mail com os termos assinados e confirmando que estaria disponível no horário combinado. Eu enviei para ele o link da sala virtual da entrevista pelo WhatsApp e aguardei sua chegada. Antes de iniciar a entrevista, houve um breve momento de conversa informal e descontraída. Lembramos de alguns momentos significativos da residência, atualizamos um ao outro sobre como estava a vida naquele momento. E, também, houve um momento de desabafo e apoio mútuo, pois ambos viviam a realidade de serem estudantes de pós-graduação stricto sensu que tinham de conciliar os compromissos da vida acadêmica com a vida profissional na área hospitalar.

Em seguida, eu pedi a Joca que confirmasse há quanto tempo estava formado e quanto tempo somava de experiência em psicologia hospitalar. Na época da entrevista, Joca estava há 8 anos formado e com 7 anos de atuação na área hospitalar. Ele esclareceu que trabalha em dois hospitais públicos da região – um hospital geral e um hospital com foco na saúde materno-infantil. Depois de feitos os primeiros esclarecimentos, comecei a entrevista com a pergunta disparadora: “Você poderia me contar como é sua experiência como psicólogo hospitalar, que atua em situações de terminalidade e fim de vida?”. De início, Joca afirmou que a pergunta disparadora ocorria em um momento em que ele considerava estar muito próximo da temática da morte no contexto hospitalar. Porque, junto a um grupo de profissionais de diversas áreas do hospital geral em que trabalha, iniciaram uma comissão sobre cuidados paliativos naquele mês, visando futuramente a construção de um serviço especializado de cuidados paliativos na instituição em que trabalha.

Joca considerou que a temática da morte sempre esteve presente em sua vida profissional, pois iniciou a atuação como psicólogo hospitalar em UTIs, rendendo a ele um caminho e trajetória de dedicação à psicologia nas situações de terminalidade e fim de vida. Com base em sua experiência, Joca considerou que um trabalho adequado com pacientes em fim de vida não pode se iniciar apenas nas últimas horas de vida do paciente, quando ele se encontra no processo ativo de morte. É necessário tentar conhecê-lo antes disso, para que seja possível a criação de um vínculo com a família e, sempre que possível, com o próprio paciente:

Então, o acompanhamento começa não só no momento, pra gente fazer uma boa intervenção na terminalidade, etc, naquele momento que o processo de morte está ativo, o óbito se concretiza, etc. A gente tem que começar muito antes, conhecer essa

família, vincular. Quando tem a possibilidade de atender esse paciente, isso é imprescindível, porque a gente tá falando da vida dele ali.

Para Joca, o trabalho do psicólogo nas situações de terminalidade e fim de vida é considerado imprescindível, qualificando a prática profissional como “*extremamente bonita e poética*”. A beleza e a poesia do trabalho do psicólogo residem na sua possibilidade de atuar com a mediação das relações entre paciente, família e equipe, com a tarefa de recordar à essa equipe de que o paciente possui uma vida que está se encerrando com a morte e, por isso, suscita sofrimento de diversas ordens. Este sofrimento, na percepção de Joca, não se resume apenas ao fato de o paciente estar morrendo dentro do hospital, mas de que com a morte também se encerram as possibilidades de quem aquele paciente era em vida, descrevendo como exemplo um paciente que é também um pai e deixa sua família e seus filhos. Para ele, o sofrimento é uma condição vital para que o trabalho do(a) psicólogo(a) possa acontecer na instituição hospitalar, sendo a bússola que orienta o(a) profissional naquilo que deve ser cuidado e no modo como cada paciente se permite ser cuidado diante de seu sofrer:

Então, o nosso trabalho em si, ele é em cima desse sofrimento aparente, que às vezes, ele não é nem para nós aparente. A equipe chama: “Ele está sofrendo”. Mas ele não quer mostrar esse sofrimento pra gente. Então, a gente não vai obrigar ele. Aí, vem a questão da subjetividade também. O sofrimento tem que aparecer porque é isso que eu tô para fazer. Paralelo com a doença: a doença tem que aparecer para que eu possa tratar ela, né? O sofrimento tem que estar embutido, tem que estar visível. Para que eu possa, de fato, saber o que precisa ser feito ali.

Cuidar desse “sofrer” envolve respeitar o espaço que paciente ou família permite ou não ao(a) psicólogo(a) ocupar neste momento da vida. Mas, ao ter essa abertura, cabe ao(a) psicólogo(a) dar permissão para que o sofrimento possa aparecer e que os envolvidos possam se sentir à vontade para falar sobre o que for preciso, inclusive tematizar explicitamente o que é a morte e o morrer. O(a) psicólogo(a) sustenta a tematização desses assuntos sem recorrer a falsas esperanças, jargões do senso comum, experiências de fé ou mesmo a um otimismo desmedido que ignora que o sofrimento e a morte são possibilidades da vida. Isso é algo importante, pois, muitas vezes, os outros membros da equipe acabam recorrendo a estas intervenções como forma de silenciar o paciente e a família, acreditando que assim estão os poupando de um sofrimento desnecessário:

Porque a equipe não dá conta de fazer, de suportar esse sofrimento. Eles jogam pra gente. Você acolher uma família que acabou de perder alguém, você não vai ver nenhum profissional perto. Eles não querem ver aquele choro, eles não querem tocar

aquilo. E nós estamos, literalmente, para isso. Para fazer esses acolhimentos. Então, esse é um exemplo que me marca muito, assim, com esse manejo que a gente faz com os pacientes nesse momento, né? Deixa chorar, deixa expressar o que está sentindo.

Joca percebe que essa sustentação é uma particularidade do trabalho de escuta do(a) psicólogo(a), sendo também sua grande potência diante do sofrimento. Ele entende que este cuidado, ao contrário do que acreditam os outros membros da equipe, não pretende “*tirar esse sofrimento*”, reconhecendo ser da ordem do impossível. Ao invés de tirar, ele opta por verbos como manejar, amenizar, instrumentalizar, estar ao lado de:

Porque alguém tem que estar do lado dele, para deixar que ele chore, para que fala da morte dele. Para que tenha possibilidade de arrumar o que for possível de ser arrumado. Deixar a vida em ordem, né? Porque ele sabe que ele pode não estar aqui. Então, alguém tem que fazer isso. E somos nós, felizmente.

Ele cita o exemplo de uma abordagem que realizou com uma paciente inserida em cuidados paliativos, em que seu papel foi, em um dado momento do atendimento, perguntar se ela estava pensando sobre a morte. Ao ouvir essa pergunta, a paciente expressou alívio por finalmente alguém se disponibilizar a falar com ela sobre isso, algo que já vinha pensando todos os dias desde seu internamento. Ao dar este espaço de fala ao paciente, o(a) psicólogo(a) está justamente “*potencializando a vida do sujeito*”. No entendimento de Joca, o trabalho do(a) psicólogo(a) nas situações de terminalidade e fim de vida: “*Não é um cuidado para a morte. É um cuidado para a vida, né?*”. Ou seja, não se trata de romantizar o processo de morte, nem negar que a morte esteja se impondo como um fato que suscita sofrimentos, afetações humanas e uma certa exposição da crueza que pode estar envolto em seu acontecimento: “*Sendo que a morte não é bonita de forma alguma. No sentido da crueza dela. O sofrimento sempre vai estar incluído ali, se existe algum tipo de vinculação, né? Afetiva*”.

De acordo com o relato de Joca, trabalhar com situações de terminalidade e fim de vida envolve lidar com a imprevisibilidade do tempo e da rápida progressão da falência do organismo do paciente, o que pode comprometer a possibilidade de acesso do profissional à experiência do paciente. Sendo assim, o psicólogo deve ser assertivo em suas colocações e tomar certos cuidados que envolvem tanto o momento do atendimento em si, mas também o que ocorre anterior a ele, por exemplo, a leitura do prontuário do paciente e a discussão do caso em equipe, para saber de dados importantes que possam envolver o internamento. O(a) psicólogo(a) também deve se recordar da possibilidade de que o paciente venha a falecer a qualquer momento, o que exige uma atenção ao modo de condução do atendimento:

Porque, talvez o tempo não seja muito vasto aí, né? Talvez, eu não consiga... Pensando em um paciente que, talvez, esteja de fato, no seu processo de fim de vida, o corpo vai começar a falhar inevitavelmente. Então, pode ser que eu hoje eu consiga atender ele, amanhã ele já esteja confuso. Talvez, até rebaixado o nível de consciência. Então, mais do que nunca, eu falo que daí sim, aquela questão do atendimento precisa ter início, meio e fim. Como se, de fato, fosse o último atendimento desse paciente. Porque pode ser que ele seja.

Joca faz um paralelo entre o início, o meio e o fim de um atendimento com o próprio ciclo vital do existir, em que há também um início, um meio e um fim. Olhar o atendimento psicológico desta forma é reconhecer que a atuação em terminalidade e fim de vida ocorre, justamente, na proximidade deste momento do fim: “*A nossa vida é um ciclo vital, de início, meio e fim. Assim como os nossos atendimentos. Então, inevitavelmente, isso vai acontecer, né? E aqui, a gente está lidando muitas vezes com esse momento, né?*”. Entender que a morte e o fim são processos naturais e fazem parte da vida, por mais que desejamos que não aconteçam, ainda assim se impõem como uma lembrança da qual não podemos esquecer: “*A gente não quer que ela aconteça, ninguém quer que isso aconteça. Mas, ela faz parte. Então, a gente tem que lembrar um pouco isso, nesse momento*”.

Joca pontuou que trabalhar com situações de terminalidade e fim de vida cobra um preço pessoal ao(à) psicólogo(a), considerando se tratar de um trabalho estressante. Diante disso, o(a) profissional deve buscar olhar para si, reconhecer seus limites frente a situações que lhe escapam ao poder de ação, empenhar-se na tentativa de buscar um equilíbrio e um modo de lidar com as consequências emocionais de estar exposto(a), diariamente, a questões do fim da vida. Ele cita uma conversa com uma colega de profissão que ela pontuou que não se percebia vivendo 10 anos trabalhando na área hospitalar com situações de morte, o que suscitou reflexões de como Joca deve se atentar para seu autocuidado:

Nunca mais esqueci. Isso ficou muito presente na minha cabeça. Não enquanto uma concordância: “Não, realmente, é só dez anos, depois não consigo mais”. Mas como um alerta. Pode ser que em algum momento isso fique tão difícil, que eu não queira mais estar aqui. Então, se alguma luz acende, amarela ali, de atenção, alguma coisa. A gente vai olhar para ela e fazer alguma coisa com isso. Porque, infelizmente ou felizmente, porque eu gosto extremamente, muito do que eu faço, assim. Então, me assusta um pouco, quando eu lembro dessa frase, porque “poxa, eu gosto tanto, eu me dedico tanto. Eu faço disso uma carreira profissional... Algum momento ela não se sustente, né?”. Então, isso me assusta, né, essa frase que ela traz. Mas, foi muito

interessante, porque é um alerta, né? “Poxa, se eu gosto tanto, então não vou deixar que isso aconteça!”.

Esta reflexão é de suma importância, pois coloca ao(à) psicólogo a tarefa de cuidar de si para viabilizar a continuidade do seu trabalho de cuidado com o outro.

d) Narrativa da participante Júlia – Data da entrevista: 07 de Setembro de 2022

A participante Júlia foi uma das psicólogas que, gentilmente, se dispôs a participar do meu estudo, após ter sido divulgado o projeto de pesquisa no grupo da Comissão de Psicologia Hospitalar do CRP-PR. Júlia é formada há 9 anos, estando há 8 anos em dedicação na área hospitalar. Ela trabalha em um hospital público de Curitiba-PR, onde atua no setor de Terapia Intensiva e também participa de um programa de atenção em saúde corporativa em um hospital particular da cidade. Conversamos em particular, por meio de um aplicativo de mensagens instantâneas, para verificarmos nossa compatibilidade de dia e horário, e qual seria a modalidade desejada para a realização da entrevista – presencial ou remota. Por questão de comodidade, a Júlia preferiu que a entrevista fosse remota, então enviei o TCLE, bem como o Termo de Autorização de Uso de Som via e-mail para que ela pudesse ter acesso com antecedência aos termos da pesquisa.

Feita a pergunta disparadora, Júlia iniciou a entrevista me contando que, em suas experiências profissionais com a terminalidade, houve uma época em que trabalhou em um hospital infantil. Ela qualificou este período como extremamente difícil, tendo se deparado com limitações pessoais e profissionais para trabalhar com crianças em situação de terminalidade e fim de vida. Embora não tenha se aprofundado nelas, entre as dificuldades enfrentadas, considerou que a equipe adotava uma postura de afastamento afetivo da criança que estava falecendo, como uma forma de se proteger diante do mal-estar que era presenciar aquela morte.

Júlia afirmou que o trabalho do(a) psicólogo(a) em situações de terminalidade e fim de vida depende da qualidade do vínculo construído com o paciente e a família, bem como de um tempo adequado que permita ao(à) profissional conhecer e compreender a dinâmica da relação do paciente com sua família. A qualidade do vínculo permite com que os familiares do paciente possam ter mais liberdade para recorrer ao(à) psicólogo(à), expor suas necessidades diante do contexto de internação do paciente, bem como a forma que estão se relacionando com a equipe. Deste modo, o(a) psicólogo(a) atua como um mediador desta relação entre a família do paciente e a equipe de saúde, cultivando um olhar empático diante da realidade do outro:

O meu papel, assim, enquanto psico, eu tô junto com a família em todos os momentos, desde quando eles internam. Então, no sentido de ser esse primeiro contato assim dentro da UTI. Até, antes deles entrarem ali, explicar um pouquinho sobre como é o fluxo, como que é o ambiente da UTI. Até as reuniões familiares, né? Nas reuniões familiares¹², geralmente é o psico quem acompanha e o médico. Então, acho que por estar mais próxima nesses momentos, a gente vê que, às vezes, o vínculo mais forte deles acaba sendo com a gente. Até no sentido de facilitar a comunicação com o médico, de solicitar reunião quando eles estão com alguma dificuldade. Então, eu percebo que eles têm mais liberdade de vir conversar com a gente do que com o próprio médico. Então, eu acho que o trabalho da psico favorece muito, até nesse meio campo, assim, entre família e equipe. E acho que a questão de transferência mesmo. Acho que a gente consegue ter uma escuta mais qualificada, um olhar mais empático.

Segundo Júlia, este trabalho também gera seus efeitos no próprio modo como a equipe se relaciona com a família, podendo eles próprios atuarem como agentes facilitadores das necessidades e demandas das famílias diante da terminalidade do paciente:

A gente percebe, assim, que a equipe passa a ficar mais próxima da família também, né? Isso era algo que, pelo menos nas minhas outras realidades de hospital, eu não via tanto. Então, às vezes, parte deles a iniciativa de pedir pra mim: “Ah, vamos liberar mais visitas para essa família.

Júlia complementa seu relato ao longo da entrevista, afirmando que desenvolver este trabalho envolve muita responsabilidade e um desejo de garantir um processo de fim de vida que seja mais confortável e menos sofrível para o paciente e a família. Para isso, o(a) psicólogo(a) deve conhecer a realidade do paciente e da família, entendendo suas particularidades, sem impor julgamentos ou pré-concepções sobre o que seria o melhor para cada um diante do fim de vida. Inclusive, em relação ao próprio entendimento ou não da família de que o paciente poderá vir a falecer, pois se há algum membro que se recusa a conceber esta possibilidade, não cabe ao(à) psicólogo(a) tentar forçar este entendimento para o familiar. Júlia considera que essa sensibilidade é uma particularidade do(a) psicólogo(a) em relação ao olhar dos demais colegas de equipe, que muitas vezes não conseguem entender os limites de cada um. Ela considera desafiador este trabalho, pois depende de muita reflexão e de estar aberto

¹² A reunião familiar é uma estratégia de intervenção multiprofissional, utilizada especialmente nos contextos de cuidados a pacientes em fim de vida. Nesta intervenção, a equipe multiprofissional se reúne com a família do paciente para esclarecer dúvidas, compartilhar percepções sobre o caso, alinhar expectativas e definir um plano de cuidados em conjunto (Silva et al. 2018).

àquilo que não pode ser previsto ou controlado, como por exemplo, a própria reação emocional da família diante da perda: “*Não tem como a gente prever como que vai ser, por mais que tenha muito vínculo. A reação de cada um, né?*”.

Desempenhar este trabalho com a atitude de cultivar um vínculo de qualidade com o paciente e a família gera um custo, no sentido do envolvimento emocional que a equipe pode desenvolver diante daquela realidade. Júlia contou sobre uma situação clínica em que ela e a equipe multiprofissional da UTI acompanharam um internamento prolongado, de uma mulher que atravessou seu processo de fim de vida internada, consciente e lúcida a maior parte do tempo. A psicóloga detalhou todo o trabalho com a família, que compreendia que a paciente viria a falecer naquele internamento, sendo então a preocupação deles a garantia do conforto e do controle da dor. Júlia refere que lidar com a possibilidade do falecimento da paciente foi uma experiência emocionalmente difícil para a equipe, havendo momentos em que considerou que a família estava acolhendo a equipe e não o contrário, como preconizam os papéis profissionais:

E era um caso que marcou muito a gente porque toda a equipe criou um vínculo muito forte com ela, né? Então, a gente fazia várias reuniões com ela e com a família, para falar da gravidade. A família tava muito ciente, mas parece que a equipe não. Então, a gente até fala, assim, que a gente fazia reunião, acho que era pra família acolher a gente e não pra gente acolher a família (risos).

Ao dar sequência no relato sobre essa situação clínica, Júlia explicou que mesmo sendo psicóloga, ela também se viu tomada em meio ao sofrimento da perda. Descreveu seu sentimento de impotência diante do sofrimento do outro, pois ainda que a paciente em questão tivesse a oportunidade de se despedir dos seus filhos e estar próxima de sua família – algo que é considerado um marco de qualidade de vida e humanização no fim de vida – ainda assim, ter presenciado essa cena foi considerado pela psicóloga como algo sofrido.

Estar em contato com a terminalidade do outro fez (e continuar fazendo) com que Júlia reflita também sobre o lugar da morte na vida humana: “*Poxa... Eu acho que a terminalidade, assim, primeiro que ela faz eu pensar... A gente pensar no nosso processo de terminalidade, né? Porque... Vê que é uma coisa que não tem idade para acontecer, né?*”. Sendo assim, como disse Júlia, a morte é uma experiência que desafia os padrões lógicos e naturais que muitas vezes acreditamos em relação a ela.

e) Narrativa da participante Larissa – Data da entrevista: 16 de Novembro de 2022

A última participante do projeto de pesquisa foi a psicóloga Larissa. Também foi uma das colaboradoras da comissão de psicologia hospitalar que se disponibilizou a ser entrevistada quando divulguei a pesquisa no grupo de mensagens. Ela optou por realizar a entrevista de maneira remota, por questão de comodidade, então agendamos um dia e horário em que tivemos compatibilidade de agenda. Enviei o TCLE e o Termo de Autorização para uso de Som, conforme as determinações do comitê de ética em pesquisa. A psicóloga Larissa é formada em psicologia há 3 anos, atuando como psicóloga hospitalar desde formada. Atualmente, ela trabalha em um hospital oncológico que atende tanto em caráter público quanto privado.

A entrevista com Larissa foi muito rica em termos de conteúdo e das reflexões compartilhadas por ela. Ela iniciou sua fala a partir da pergunta disparadora, fazendo uma comparação entre suas primeiras experiências como psicóloga hospitalar diante de situações de terminalidade e fim de vida e em como se sente atualmente em relação a isso. Ela referiu que, há três anos, sentia muita insegurança diante do sofrimento do paciente em fim de vida e dos familiares quando estes acabavam por perder o paciente. Ela nomeou que sentimentos como pânico e dúvida de si mesma eram frequentes, sendo expressos por meio de questionamentos sobre sua competência e capacidade de lidar com a finitude:

E eu lembro que era algo que me trazia muito pânico no começo. “Nossa, mas como é que eu vou lidar com isso? O que eu posso fazer para essas pessoas? Tanto que estão, por exemplo, lidando com essa terminalidade, lidando com a doença. Mas para os familiares que ficam, depois do processo ativo do óbito?”.

Segundo sua percepção, tais mobilizações afetivas eram sustentadas pela crença de que, quando um familiar expressava um sofrimento muito evidente e exacerbado, ela considerava que aquele sofrimento refletia uma falha técnica de sua atuação como psicóloga. Mas que hoje, ela compreende que não se trata de uma questão técnica, pois o sofrimento relacionado ao luto e à perda são afetações próprias ao processo de terminalidade e fim de vida, mesmo quando estes afetos aparecem de forma escancarada:

Eu acho que no começo eu me desesperava na questão técnica mesmo. “O que eu faço? Como que eu faço? Será que eu estou fazendo certo?”. E acho que hoje em dia, eu vejo que não é tanto sobre isso. Eu posso ser a psicóloga mais especialista do mundo, em óbitos e lidar com lutos (risos). Mas sempre vai escapar, né? Nunca vai ser asséptico ali, né? Não tem como. É isso. Vai ter sofrimento. Vai ter lágrimas. Vai ter gritos, algumas vezes. Vai ter olhar feio da equipe. Mas eu acho que isso vai me afetando

numa forma de: “Isso não fala do meu trabalho. Isso não fala da minha capacidade técnica”. Isso fala do processo, né? Do que está acontecendo.

Diante da questão de perceber que não se trata de algo que está circunscrito ao âmbito na técnica, questiono a psicóloga sobre do que se trataria a atuação do psicólogo diante das situações de terminalidade e fim de vida. A psicóloga responde que compreende que é um trabalho, sobretudo, afetivo! Que envolve um acompanhamento e conhecimento da realidade do paciente, da família e de quais são as possibilidades que estes envolvidos possuem de lidar com a finitude. Ela entende que, neste processo, a expressão exacerbada do sofrimento pode ser, inclusive, a necessidade do paciente ou família naquele momento, sendo a possibilidade que está aí para ser vivida. Nesse sentido, Larissa compreende que seu trabalho é dar espaço para que este sofrimento possa aparecer e, desta forma, protegê-lo das interferências de terceiros que tentam, muitas vezes, silenciar o sofrimento do paciente e da família:

Mas eu acho que é dar espaço para esse sofrer, para isso que é feio. Eu me vejo, às vezes, muito como esse profissional que é o guarda-costas daquela família. De não deixar ninguém interromper, ninguém tirar eles. Ninguém fala alguma besteira. Quantas vezes, atendendo um óbito, realmente um processo de fim de vida. Qualquer paciente internado, de familiares de outro paciente, intervir, falar alguma coisa só piora completamente a situação. Eu vejo que a psicologia tem esse lugar de proteger.

Ela destaca essa diferença na lida do(a) psicólogo(a) e os membros da equipe multiprofissional com relação à compreensão das experiências que são vividas no hospital oncológico. A seu ver, o trabalho do(a) psicólogo(a) diante das situações de fim de vida é o de refletir sobre as expressões da experiência humana que, muitas vezes, escapam ao saber e ao lidar dos demais membros da equipe:

Porque, depois que todo mundo sai, é a gente que fica, né? A gente vai continuar com aquela família depois. A gente que vai ficar ouvindo. A gente que vai tentar, talvez, refletir, fazer essa pessoa falar sobre isso que é tão dolorido. É sempre a gente que fica, depois que o médico, depois que o enfermeiro sai, depois que tiram toda a roupa e o corpo, é a gente que está lá junto com essa família.

Este trabalho de reflexão sobre a realidade e as dores daqueles que enfrentam uma doença grave e ameaçadora da vida, tal como o câncer, envolve ampliar o olhar sobre a situação, que não se limita ao momento da morte. A psicóloga explica que não se trata de trabalhar com a morte, mas com o processo de morrer, que está ligado à vida, o que suscita questionamentos sobre o sentido da vida e o que vale a pena ser vivido na realidade de cada um. Ela menciona o exemplo de pacientes que estão em processo de cirurgia para retirada de

algum tumor. A intervenção cirúrgica pode trazer sequelas permanentes naquela pessoa e, seu trabalho, é o de indagar junto ao paciente a ciência dele quanto às perdas que podem estar implicadas na cirurgia e se concebe a possibilidade de viver com elas. Esses questionamentos podem colocar em questão a própria decisão quanto à cirurgia, mesmo que contrarie indicações médicas ou aquilo que um olhar naturalista concebe como o que é ser saudável:

E, às vezes, isso não é vida para a pessoa. E é uma coisa que eu trabalho muito com esses pacientes. A gente tem feito as avaliações pré-cirúrgicas, né? Foi algo que a gente instaurou aqui. Para trabalhar isso! De tipo: “Olha, talvez, tenha essas sequelas. Isso faz sentido para você, viver desse jeito? Faz sentido viver mais vivendo dessa forma?”. Às vezes, não. Mas a equipe médica, o cirurgião, não vai olhar para isso. Quer arrancar logo, porque isso é saúde.

Ela comenta sobre a existência de uma visão naturalizada sobre o que é saúde, o que acaba reduzindo o cuidado nos processos de fim de vida à uma mera tentativa de fazer com que a pessoa viva mais tempo, impedindo a chegada da morte. Ela também afirma que o trabalho da psicologia, ao dar espaço para que os temas da morte possam surgir e serem discutidos explicitamente com os envolvidos (paciente e família), é uma atitude que traz importantes benefícios a eles, pois permite que o paciente e a família tenham contato e possam refletir sobre como será o momento da morte. A importância desta ação se mostra em um exemplo paradigmático que Larissa expôs na entrevista, em que acompanhou uma paciente já em situação de fim de vida, ciente de sua condição e que buscou, ao longo do processo, se preparar para a morte se despedindo dos familiares e se desfazendo de alguns bens materiais. Porém, conforme a evolução clínica, a paciente conseguiu alcançar uma estabilidade que a retirou do risco de morte, algo que foi muito comemorado pela equipe, mas não por ela mesma. Isso ocorreu porque ela já estava preparada para morrer, mas ter sobrevivido foi visto por ela como um problema:

Tive uma paciente, quando eu tava tomando conta do hospice... Que eu atendi. E ela foi pro hospice para morrer, mesmo. Ela estava ali em processo ativo. Todo mundo garantiu que ela estava morrendo. A família foi se despedir. E era aquela paciente que falava. Tinha uma visão muito espírita. Então, ela falava do pós, de como seria, do que era importante para ela. [Bi bi bi, bó bó bó]. E ela não morreu. Deram antibiótico para ela, para melhorar os sintomas. E sumiu a doença. Foi o clássico milagre. E essa paciente ficou muito puta que não morreu (risos). Ela ficou muito chateada. E a equipe só faltava jogar fogos de artifício, assim. Jogar confete nela. “Nossa, um milagre! Que lindo!”. Mas para ela não! Ela perdeu toda a funcionalidade dela. Já não era mais a

mesma pessoa que ela era antes daquilo. Já se despediu da família inteira. Ela já não morava mais no mesmo lugar. Na mesma cidade. Ela tinha largado tudo para morrer. E não morreu! “E agora? O que vou fazer com isso?”. Ela ficou, mas ela não queria ficar.

Lançar um olhar que busca questionar e desnaturalizar as questões da morte permite percebê-la como um processo ligado à vida em suas múltiplas dimensões. A psicóloga compreende que afetações como medo, angústia e o próprio sofrimento são partes do processo, de modo que não cabe aos profissionais romantizar o processo de fim de vida, mas entendê-lo como algo parte da vida:

Viver é morrer. Uma coisa não se separa. E acho que traz angústia, traz sofrimento, traz medo, também. A gente é humano. A gente tem que se relacionar com isso. Mas acho que ouvir. O que esse medo está falando? O que essa angústia está falando? Eu não acho que é bonito morrer. Não precisa ser bonito. Só é.

Trabalhar com situações de terminalidade e fim de vida traz custos emocionais ao(a) psicólogo(a), como descreve Larissa: *“É muito difícil. Eu chego muito desgastada em casa. Tem dias, assim, que eu não consigo nem falar direito. Eu chego assim, exausta”*. Tais afetações estão ligadas à relação que o(a) psicólogo(a) constrói com o paciente e a família que estão diante da possibilidade da morte, além do próprio caráter de indeterminação que lidar como fenômeno da morte abre em relação à experiência da vida:

Eu vim pensando isso semana passada: “Nossa, a vida é um sopro mesmo!”. Porque foram perdas muito abruptas, por mais que a gente soubesse que eram casos graves, que poderiam acontecer a qualquer momento. Foi assim, eu conversei com o paciente naquele momento e meia hora depois ele morreu.

O custo emocional, ainda que gere a sensação de cansaço e desgaste, é algo próprio a este trabalho, pois caso contrário, o(a) psicólogo(a) poderá perder sua sensibilidade e entendimento de que está lidando com pessoas: *“A gente tem que se afetar com isso. Porque se a gente não se afeta, a gente perde alguma coisa ali. Não está mais lidando com gente”*. Assim, Larissa reconhece que trabalhar com situações de terminalidade e fim de vida a coloca em uma posição de constante reflexão sobre o sentido do que é o viver e o morrer.

Capítulo VI - Eixos narrativos-interpretativos: a compreensão existencial da experiência dos psicólogos hospitalares

*“Pensar é reaprender a ver, dirigir a consciência,
fazer de cada imagem um lugar privilegiado”*
(Albert Camus)

Com base na análise das narrativas, foi possível, tal como formulado por Albert Camus (1913-1960), reaprender a ver a experiência de nossos participantes de pesquisa. Suas narrativas revelaram os modos como construíram caminhos para exercer as práticas psicológicas diante da possibilidade da morte e como foram afetados por elas. Cada profissional relatou sobre sua experiência a partir da especificidade pessoal, profissional e institucional que era própria à sua realidade de trabalho, o que trouxe uma diversidade de cenários e contextos a serem analisados. Maria, Pedro e Larissa descreveram experiências de cuidado que ocorreram em enfermarias, enquanto Joca e Júlia contemplaram experiências que ocorreram em UTIs. Em alguns casos, houve a identificação do tipo de público atendido, como Maria, que mencionou casos de pacientes com idade igual ou acima de 60 anos, pois trabalhava em um hospital referência em geriatria e gerontologia, assim como Pedro e Larissa, que trouxeram exemplos de pacientes em tratamento oncológico. Todos os participantes trabalhavam com o público de pacientes adultos, ou seja, com idade igual ou superior a 18 anos, havendo apenas por parte de Júlia uma breve menção sobre ter trabalhado em um hospital pediátrico no início de sua carreira como psicóloga hospitalar.

Em nossa pesquisa, foi possível adentrar uma realidade pouco tematizada em livros e manuais que versam sobre o cuidado psicológico nos contextos de terminalidade e fim de vida. Nos livros e nos manuais podemos encontrar teorizações da psicologia sobre a morte, bem como os conjuntos de técnicas que podem ser aplicados para atender pacientes e famílias diante da possibilidade da morte. Porém, aqui nos debruçamos sobre a experiência dos profissionais, buscando compreender aquilo que está para além das teorias e das técnicas, ou seja, o próprio modo como estes profissionais se colocam à disposição para serem afetados, tanto em um âmbito pessoal quanto profissional. Os participantes da pesquisa nos revelaram o quanto trabalhar com a morte é uma experiência afetivamente intensa, sendo assim, é uma atividade carregada de significados particulares, afetos, dilemas e questionamentos, pertinentes para o fazer do psicólogo que se propõe a atuar com este tipo de situação.

A seguir, apresentamos os seis eixos narrativos-interpretativos que emergiram das experiências vividas pelos participantes deste estudo, a saber: 1) Trabalhar com a morte é, na

verdade, trabalhar com o modo pelo qual o paciente ou a família lidam com a vida ao longo do processo de morrer; 2) Não existem receitas prontas, mas disposição e sensibilidade em se aproximar do modo singular como paciente e família lidam com o fim da vida; 3) A morte escancara o imprevisível e a incerteza diante do tempo, o que pode exigir ações urgentes e imediatas; 4) A ação do psicólogo hospitalar envolve o reconhecimento e a flexibilização do *modus operandi* da instituição; 5) Trabalhar com a morte envolve, necessariamente, se deixar afetar pelo sofrimento humano, sendo isto, fonte de aprendizado para o psicólogo; e 6) As experiências profissionais convidam o psicólogo para refletir sobre sua vida pessoal com a morte e a própria condição de finitude.

Trabalhar com a morte é, na verdade, trabalhar com o modo pelo qual o paciente ou a família lidam com a vida ao longo do processo de morrer

Ao narrarem suas experiências de atuação em situações de terminalidade e fim de vida, os psicólogos hospitalares nos mostraram que a atenção profissional repousa não na morte em si mesma, mas no modo como a vida se revela ao longo do processo de morrer. Verificamos que a literatura apresenta a morte e o morrer como conceitos polissêmicos, na medida em que, a depender da perspectiva adotada, pode variar a significação destes fenômenos, a partir de vertentes mais naturalistas ou existenciais. Do ponto de vista naturalista, a morte é conceituada como um evento único, um fato biológico constatado a partir da supressão das funções vitais do organismo (Araújo & Vieira, 2004; Kovács, 2021). Já do ponto de vista existencial, é a experiência do morrer que abre possibilidades de vida humana com o fenômeno, indo além das determinações naturalistas, com vistas a reverberar nos modos como a existência se apresenta. No caso dos profissionais que participaram de nossa pesquisa, o olhar do(a) psicólogo(a) recai sobre o processo de morrer, ou melhor, sobre os modos como a vida se mostra ao longo desse processo, sendo mais próximo de um olhar existencial.

Essa mudança de perspectiva que se desloca da morte em direção à vida, mostra uma potência vital que pode ser realçada, na medida em que o profissional se coloca à disposição para ouvir as necessidades, desejos e percepções do paciente hospitalizado e da família, incluindo a atenção ao luto familiar após a morte deste. Assim, enquanto a equipe médica e multiprofissional lida com a morte como um fato clínico a partir do risco do óbito que, uma vez constatado encerra as possibilidades de cuidado, o(a) psicólogo(a) hospitalar lida com aquilo que a possibilidade da morte pode iluminar e escancarar, ou seja, a vida mesma, que se revela ao longo do processo do morrer e após a morte, na atenção ao luto. Nesse sentido, a

superação do modelo biomédico que impõe sobre a morte um olhar puramente calcado no diagnóstico e na precisão da avaliação técnica, ocorre por meio de uma abertura sensível do(a) psicólogo(a) hospitalar que confere aos fenômenos da morte e do morrer seu caráter humano e existencial.

A isso chamamos de abertura sensível, processo que implica em diferentes possibilidades de intervenção que podem ser realizadas pelo(a) psicólogo(a), que incluem: a escuta das percepções do paciente sobre a morte, suas crenças, anseios e temores em relação ao fim da vida, o atendimento de desejos finais de vida, como proporcionar uma refeição especial ou uma música que seja significativa para o paciente, a facilitação da realização de rituais de despedidas entre pacientes e familiares no hospital, e o acolhimento do sofrimento dos familiares quando o óbito é constatado pela equipe médica. Ao realizar tais ações, o(a) psicólogo(a) hospitalar tem a possibilidade de romper com interdições e tentativas de disciplinarização do processo de morrer que ocorrem no interior da instituição hospitalar, reproduzida nas ações dos profissionais de saúde que, em muitos casos, tentam cercear e silenciar o sofrimento humano que se revela diante do agravamento da doença e a ocorrência da morte (Maranhão, 1985/2017). Ao invés da interdição e da disciplinarização, o(a) psicólogo(a) hospitalar tenta construir junto ao paciente e à família um final de vida que seja existencialmente significativo, a partir do alinhamento aos valores, às percepções e às necessidades daqueles que estão em acompanhamento psicológico. Com isso, abre-se a possibilidade de conferir um senso de dignidade e conforto no final da vida, na medida em que as ações do(a) psicólogo(a) hospitalar dão espaço para que as expressões da vida humana apareçam em meio à frieza da instituição. No entanto, o que significa essa dignidade e esse conforto? Seriam um *a priori* para o trabalho do(a) psicólogo(a) hospitalar?

Embora essas palavras possam abrir margens para o exercício de uma ação psicológica calcada nas perspectivas calculistas, em que a experiência humana é pareada ao funcionamento de uma máquina que deve bem funcionar, é importante destacar que a busca pela dignidade e conforto não significa uma exclusão do sofrimento existencial que pode ser próprio a este momento da vida. Os psicólogos participantes da pesquisa admitem que a morte pode ser uma experiência afetivamente difícil para aqueles que estão envolvidos nela, inclusive por meio de sua negação, como por exemplo, no caso de familiares que recusam encarar a possibilidade da morte, mesmo quando o paciente já está na iminência do seu falecimento; ou ainda nos casos em que as tonalidades afetivas do desespero e do desamparo se evidenciam.

Nesse sentido, devemos reconhecer que um trabalho que se apega à busca por alívio e conforto emocional esbarra em limites, pois as experiências afetivas relacionadas à

possibilidade do morrer estão para além daquilo que pode ser contido pela técnica. Ao contrário disso, tal como proposto por Mattar (2014), o trabalho do(a) psicólogo(a) hospitalar é oferecer, por meio da relação terapêutica, um espaço para que a “morada” existencial possa aparecer, ou seja, acolher as experiências de sentido humano que se inserem no horizonte das possibilidades de morte e morrer. Nessa perspectiva, as experiências afetivas do desespero e do desamparo não são resultantes de falhas técnicas do profissional, pois são compreendidas como possibilidades de afetação próprias ao existir.

Portanto, o trabalho com a vida que se revela ao longo do processo de morrer não é um trabalho marcado somente pela busca e fortalecimento dos aspectos ditos “positivos” da prática psicológica, ainda que estes aspectos se façam presentes na percepção de profissionais de psicologia hospitalar. Maria nos falou de sua motivação ao ver possibilidades de ressignificação dos pacientes e das famílias em meio ao sofrimento da doença. Pedro disse compreender a reflexão sobre valores como evidência do amadurecimento do paciente diante do fim da vida. Já Joca menciona a possibilidade de amenizar o sofrimento existencial diante da morte. Há convergências da atuação profissional com alguns dos postulados teóricos construídos nas perspectivas fenomenológico-existencial (Boss, 1977) e humanista-existencial (Yalom, 1980), que reconheceram que a reflexão sobre a morte pode ter valor terapêutico, inclusive como fator que auxilia o paciente na superação de seu sofrimento. Porém, os(as) psicólogos(as) hospitalares compreendem que sua prática não busca alcançar estas possibilidades “positivas” de lidar com a morte e o morrer de forma ingênua ou a todo e qualquer custo.

Há uma complexidade afetiva nas situações clínicas vividas pelo(a) psicólogo(a) hospitalar, as quais encontram-se entrelaçadas ao próprio caráter da vida. Isso significa que, ao longo do processo de morrer, essa vida se expressa em sua totalidade, ou seja, em possibilidades de ressignificação, alívio, aceitação e conforto, mas também como sofrimento, desespero, negação e impotência. Desse modo, não se trata, como afirmou Pedro, de ser um “salvador de vidas psíquicas” em que o psicólogo deve direcionar o paciente ou a família para viver o final da vida com alegria, animosidade e força de vontade, tampouco, como afirmou Joca, de fazer uso de jargões e frases do senso comum para confortar a dor do outro. O que está em jogo é a possibilidade de se fazer presente e disponível para acompanhar, tanto aqueles que desejam olhar diretamente para a morte e o que sua possibilidade ilumina sobre a vida e o tempo que lhe resta, quanto para aqueles que não conseguem ou não desejam refletir sobre sua possibilidade, sendo isso, também, um modo legítimo de lidar com a vida ao longo do processo de morrer.

Não existem receitas prontas, mas disposição e sensibilidade em se aproximar do modo singular como paciente e família lidam com o fim da vida

O psicólogo hospitalar que lida com o cuidado em situações de terminalidade e fim de vida se depara com uma realidade complexa, a qual lhe exige abrir mão de tentativas de predeterminação sobre como o(a) profissional deve agir, em termos de técnicas, intervenções e práticas psicológicas. Isso se deve ao fato de que as situações de terminalidade e fim de vida que se desdobram no contexto hospitalar se constituem a partir de meandros complexos, que entrecruzam as particularidades de cada paciente e família, os atravessamentos institucionais e a relação com os demais membros da equipe multiprofissional, além da própria afetação e expectativa do(a) psicólogo(a) hospitalar diante de determinada situação clínica. Estar em meio a essa complexa rede de relações implica habitar um campo no qual diferentes valores, crenças, idealizações e percepções a respeito do fim da vida e do processo de morte e morrer se encontram, tornando, em muitos casos, a atuação profissional desafiadora.

Na dimensão da experiência do paciente e da família, o(a) psicólogo(a) hospitalar encontra diferentes modos de lidar com a vida ao longo do processo de morrer. Há pacientes que dão abertura para o trabalho do(a) profissional, compartilhando percepções, desejos, anseios e temores que envolvem a vida e a proximidade com a morte. Nestes casos, além do lugar da escuta, cabe ao(a) psicólogo(a) hospitalar também a posição de um facilitador de experiências significativas, na medida em que auxilia a suprir necessidades e viabiliza a realização de desejos que sejam importantes para o paciente e sua família (Langaro, 2017). Importante destacar que tais ações não são realizadas exclusivamente pelo(a) psicólogo(a), pois dependem, também, de um alinhamento com os demais membros da equipe multiprofissional, haja vista a existência de regras e rotinas próprias à instituição hospitalar. Porém, nem sempre haverá condições para que o trabalho do(a) psicólogo(a) hospitalar aconteça desse modo. As razões são diversas e podem variar desde a própria postura do paciente que não deseja compartilhar questões pessoais com o(a) psicólogo(a), ou por razões clínicas, em que o paciente já se encontra em uso de sedativos e outras medicações que impedem uma relação direta entre paciente e profissional.

Além disso, há também situações em que o(a) psicólogo(a) deve lidar com as tentativas de cerceamento de seu trabalho por parte da família ou da própria equipe, em que a presença da conspiração do silêncio faz com que sua ação seja encarada como ameaçadora diante das tentativas de ocultar a verdade sobre a doença e sua progressão para o paciente, sendo um

movimento característico das interdições e disciplinarização do processo de morrer (Maranhão, 1985/2017). Nestes casos, a intervenção profissional exige delicadeza para se ouvir e acolher as motivações que sustentam as conспirações, ao mesmo tempo em que é preciso assertividade para situar outras possibilidades de lidar com o fim da vida, desde que afinadas às necessidades e demandas de saber do paciente.

Lidar com estes diferentes modos de vivenciar a terminalidade e o fim da vida coloca o(a) psicólogo(a) hospitalar sob uma dupla tarefa mutuamente implicada. De um lado, há a necessidade de adequar o suporte psicológico à realidade específica de cada situação clínica, o que requer do(a) profissional qualidades como disposição, sensibilidade, respeito, flexibilidade e capacidade de mediação entre as diferentes expectativas, valores e posturas assumidas por pacientes, familiares e equipe multiprofissional. A disposição e a sensibilidade são qualidades distintas do trabalho do(a) psicólogo(a), na medida em que permitem ao(à) profissional se afinar ao modo singular pelo qual paciente ou família lida com o processo de adoecimento, a hospitalização e a possibilidade de morrer. Nesse sentido, a noção de disposição carrega uma explicitação heideggeriana, sobretudo ao fazer referência ao modo como estamos afetivamente abertos para as experiências do mundo. Por isso, não se trata de uma disposição racional do(a) psicólogo(a) diante das experiências que pretende acolher no ambiente hospitalar, mas uma disposição existencial que torna o(a) profissional disponível para ser atravessado pela condição de *pathos*, própria a cada experiência de morte e morrer.

Contudo, para que disposição e sensibilidade possam se apresentar na escuta é preciso um outro trabalho, que envolve o cuidado com as suposições, idealizações e expectativas do(a) próprio(a) psicólogo(a) em relação à lida com a terminalidade e o fim da vida. A segunda tarefa implica, portanto, em reconhecer que o(a) profissional é também alguém que se encontra movido afetivamente pela possibilidade da morte e, nesse sentido, deve se atentar às próprias expectativas. Esse cuidado é imprescindível para que o trabalho realizado não assuma um caráter invasivo na vida do paciente, tampouco que imposições de valores sejam realizadas, ainda que de forma bem intencionada. Trata-se de um cuidado para que os ideais normativos de uma “boa morte”, tais como descritos por Barros (2018) e Teixeira (2014), não contaminem o olhar do psicólogo, ou seja, a tentativa de proporcionar um fim de vida que seja digno, confortável e significativo não pode se sobrepor ou anular a singularidade da experiência vivida daquele que está diante da possibilidade da morte; e que, por sua vez, pode vivê-la sob intensas contradições afetivas e existenciais. Além do mais, os atravessamentos institucionais que envolvem uma internação hospitalar nem sempre oferecem ambiente, nem tempo ideal para

que o(a) psicólogo(a) desenvolva um trabalho que seja considerado adequado para si e para o outro.

Por isso, não é possível se apegar a regras, nem exigir receitas prontas sobre como o(a) psicólogo(a) deve atuar, pois seu trabalho é guiado pela disposição e pela sensibilidade em se aproximar do modo singular como paciente e família lidam com o fim da vida, dentro das condições possíveis que estão postas pelo espaço institucional. Esta constatação coloca um outro olhar para a formação do profissional de psicologia para lidar com as situações de terminalidade e fim de vida, tal como mencionado pela literatura (Ferreira et al., 2013), pois se abre mão da ilusão de que é possível estar totalmente preparado para lidar com tais situações. Em nossa concepção, o preparo profissional adequado é aquele que indica a disponibilidade e a sensibilidade do(a) profissional como formas de atuação, ao invés de um olhar calcado em técnicas e receitas pré-determinadas.

A morte escancara o imprevisível e a incerteza diante do tempo, o que pode exigir ações urgentes e imediatas

Por lidar com situações que deflagram a possibilidade da morte, e que ocorrem no interior de uma instituição hospitalar, o trabalho do(a) psicólogo(a) é diretamente atravessado por um caráter de imprevisibilidade e incerteza sobre qual é o tempo disponível para realizar o acompanhamento e a intervenção psicológica. Por parte dos(as) profissionais, há um desejo de que o trabalho possa acontecer longitudinalmente, ou seja, acompanhando o paciente ao longo das diversas fases de progressão de uma doença incurável e ameaçadora da vida, que se inicia na descoberta do diagnóstico e avança até o momento da morte. Psicólogos(as) hospitalares compreendem que poder atuar ao longo das diferentes fases de desenvolvimento da doença é algo desejável, uma vez que viabiliza melhores condições temporais para se investir na relação com o paciente e seus familiares, de modo que a confiança e a intimidade possam abrir possibilidades de trabalho em relação à vida, à morte e ao morrer. Ao assumirem esta posição, os(as) profissionais se afinam às perspectivas éticas defendidas por movimentos de reumanização da morte (Kovács, 2021), tal como os cuidados paliativos, que defendem a atenção especial ao cuidado de pessoas que enfrentam doenças graves e ameaçadoras da vida iniciada desde a descoberta do diagnóstico e não apenas na proximidade de seus momentos finais de vida.

Porém, a realidade encontrada na maioria dos casos de terminalidade e fim de vida que ocorrem no interior dos hospitais não é aquela considerada ideal, tanto por questões pertinentes

ao progresso de uma doença incurável, quanto por questões de natureza institucional. Ainda que a terminalidade não seja sinônimo de fim de vida (Gutierrez, 2001), é comum que os pacientes sejam hospitalizados nos momentos em que há um agravamento na condição de saúde e a doença avança significativamente, tornando a morte não apenas uma possibilidade, mas algo provável de ocorrer durante a hospitalização. Assim, a morte passa a ser avaliada pela perspectiva médica como um risco. E quando se apresenta para além de mera possibilidade, ou seja, como algo provável de ocorrer durante determinado evento de hospitalização, faz com que a experiência do(a) psicólogo(a) seja afetada, tornando o conviver com a incerteza e a imprevisibilidade parte inerente ao processo de trabalho. Esse cenário escancara a condição da morte como “presença ausente” (Feifel, 1974), pois reconhece sua proximidade, afinal, o(a) psicólogo(a) lida com pacientes em condição de terminalidade e fim de vida, mas não se sabe exatamente o momento em que ocorrerá. Há, aqui, um certo vislumbre da condição ontológica da morte, tal como descrita por Heidegger (1927/2014), uma vez que o fenômeno se apresenta como possibilidade sempre à espera, ainda que não se saiba como, nem quando.

Saber da morte como evento possível e, em alguns casos, provável, não retira da experiência afetiva uma certa dose de surpresa e espanto quando o(a) psicólogo(a) lida com a morte de um paciente que estava em acompanhamento psicológico. Novamente sustentados em Heidegger (2018), reconhecemos o caráter de *pathos* desta experiência (Martins, 1999), que, em larga medida, resvala no(a) psicólogo(a) como algo da ordem do espanto. Assim sendo, ainda que a técnica confira ao saber médico a possibilidade de prognosticar o risco de morte, há algo que escapa a este horizonte, como experiência anterior à racionalização, pois é algo dado na ordem do afeto existencial. Na narrativa de Larissa, há descrições de experiências em que a psicóloga foi até o leito para prestar atendimento a um paciente com doença oncológica em fase avançada, porém, como este estava recebendo visita dos familiares, optou por retornar em outro momento. Quando retornou no dia seguinte, descobriu que o paciente havia falecido de um dia para o outro, o que a mobilizou afetivamente.

Assim, por não haver garantias quanto ao tempo disponível para o início ou a continuidade do acompanhamento psicológico durante a hospitalização, algumas medidas de prudência e cautela são empregadas, como a apropriação de informações pertinentes à condição clínica do paciente antes de se iniciar um atendimento, o cuidado para que não permaneçam lacunas e pendências entre um atendimento psicológico e outro e, também, a necessidade de que certos pedidos e demandas do paciente sejam atendidos o quanto antes, haja vista a possibilidade de que ele venha a falecer a qualquer momento. Importante destacar, como abordado na narrativa de Maria, que compreender esses pedidos e demandas como questões

que requerem urgência na resposta não significa agir de modo impulsivo e precipitado, mas de reconhecer verdadeiramente em seu processo de reflexão as incertezas e imprevisibilidades que envolvem lidar com a proximidade da morte. Além disso, mesmo ao adotarmos medidas de prudência e cautela, ainda assim, algo pode escapar, afinal, lidamos com aquilo que não pode ser contido ou controlado.

A ação do psicólogo hospitalar envolve o reconhecimento e a flexibilização do *modus operandi* da instituição

Ao habitar uma instituição que foi historicamente constituída como espaço disciplinar e técnico, onde protocolos, procedimentos e rotinas são organizados para garantir a eficiência e o controle (Branco, 2018; Souza, 2008), o(a) psicólogo(a) hospitalar lida com o desafio de mediar as diversas necessidades e particularidades dos pacientes e famílias em meio aos padrões e normas da instituição hospitalar. Em muitos casos, a partir do trabalho de escuta, pedidos e desejos de fim de vida são endereçados pelos pacientes e pelas famílias ao(a) psicólogo(a), e este/esta se coloca a serviço de ser um facilitador destas experiências dentro da instituição hospitalar; a partir disso, ocupa uma função de catalisador de mudanças na própria estrutura e funcionamento das equipes multiprofissionais. Maria trouxe exemplos da necessidade de liberar a entrada de objetos pessoais, como um violão, para o paciente hospitalizado, pois ouvir música era algo importante para ele. Já Júlia e Larissa mencionaram situações em que foi autorizada a realização de rituais de despedida dos familiares ainda dentro da instituição, algo que não era habitual nos hospitais em que trabalhavam.

Desempenhar esta função envolve lidar com uma tensão, às vezes inerente, entre a rigidez e sistematização das rotinas do ambiente hospitalar e as experiências singulares dos pacientes e das famílias dentro da instituição, nem sempre contempladas pelos protocolos e procedimentos habituais do hospital. Nesse sentido, o psicólogo hospitalar reconhece que a instituição possui suas regras que, em alguma medida, devem ser cumpridas e respeitadas. Porém, ao mesmo tempo, por conduzir seu trabalho com disposição e sensibilidade em se afinar ao modo singular como paciente e família lidam com a possibilidade da morte, o(a) psicólogo(a) compreende a importância de que certas rotinas e protocolos sejam flexibilizados, de modo que a terminalidade e o fim da vida sejam marcados por experiências significativas para o paciente e sua família, dentro de suas particularidades e demandas. Por isso, a função do(a) psicólogo(a) hospitalar lida diretamente com o reconhecimento e a flexibilização das

normas explícitas e implícitas que se desenrolam na instituição hospitalar, ou seja, seu *modus operandi* de funcionamento.

As normas explícitas se apresentam por meio das regras e dos fluxos da rotina de cuidados que asseguram o bom funcionamento dos hospitais. Como discutido em nossas revisões de literatura, esse modo de funcionamento do espaço hospitalar foi desenvolvido no interior das tensões históricas, sanitárias e políticas que conferiram à estas instituições seu caráter disciplinar voltado à cura (Branco, 2018; Souza, 2008). Conduas como o controle de objetos que podem entrar no hospital, visando a prevenção de contaminação hospitalar, a delimitação dos horários de visita dos familiares para não interferir na programação dos procedimentos da equipe multiprofissional e os cuidados de enfermagem para preparação e higienização do corpo logo após constatado o óbito do paciente, são exemplos clássicos de sistematização das práticas de cuidado que são próprias às instituições hospitalares. Porém, ainda que sejam explicitamente declaradas como regras e, nesse sentido, justificadas como meio de organização para as equipes, estas mesmas normas também desempenham uma função implícita de controle e silenciamento das experiências afetivas que podem estar envolvidas no processo de morte e morrer do paciente.

Como compartilhado na narrativa de Larissa, a psicóloga nos conta da pressão das equipes para que as famílias sejam retiradas do leito do paciente após seu óbito, para que possam higienizar e retirar o corpo daquele espaço, o que explicitamente é parte da rotina de cuidado para o momento, mas implicitamente cumpre a função de eliminar rapidamente a cena da despedida para a família, cerceando o aparecimento do sofrimento e do luto. Neste exemplo, verificamos uma tentativa de gestão econômica de afetos, tal como descrito por Koury (2010), na medida em que estas equipes parecem considerar que o sofrimento do luto deve ser discreto, sem atrapalhar a rotina da instituição. Contudo, na medida em que a profissional de psicologia permite que a família tenha mais tempo no leito do paciente, podendo já iniciar alguns rituais de despedidas na própria instituição, o(a) psicólogo(a) intervém sobre as normas explícitas e suas repercussões implícitas, legitimando as experiências afetivamente significativas para os pacientes e familiares no momento da morte. Ao permitir que as expressões humanas sejam vividas no interior das instituições, mesmo nos momentos de sofrimento intenso pela morte, o(a) psicólogo(a) hospitalar também resgata o caráter de hospitalidade que tanto carece em meio do sistema técnico e disciplinar dos hospitais contemporâneos (Mattar, 2014).

Trabalhar com a morte envolve, necessariamente, se deixar afetar pelo sofrimento humano, sendo isto, fonte de aprendizado para o psicólogo

Nas narrativas dos participantes, foi constatado um importante elemento na experiência de psicólogos hospitalares, que consiste na capacidade de se deixar afetar pelo sofrimento humano que envolve a condição de terminalidade e o fim da vida. Este elemento foi assinalado enquanto os psicólogos hospitalares descreveram suas experiências de trabalho como intensas e mobilizadoras, pois são constantemente atravessados por afetos, reflexões e questionamentos sobre o sentido da vida e da morte na existência humana. E, também, em que medida estão aptos a oferecerem o cuidado psicológico neste importante momento da vida dos pacientes e dos familiares, dentro das circunstâncias impostas pela doença, pelas particularidades de enfrentamento de cada um dos envolvidos e pelas condições dadas pelo espaço institucional.

Acompanhar as experiências de pacientes com doenças graves e ameaçadoras da vida e que, provavelmente, vivenciam seus últimos dias de vida no internamento hospitalar envolve deparar com situações complexas que atestam tanto as possibilidades de mudança, resignificação e adaptação às adversidades, quanto restrições e limites diante da realidade crua imposta pela doença, pela hospitalização e pela morte. Em muitos casos, há de se encarar o desespero e o desamparo diante da morte, como compartilhado nas narrativas de Larissa e Júlia, que nos contaram sobre experiências de familiares que, mesmo estando sob acompanhamento psicológico, tiveram reações emocionais exacerbadas diante da morte do paciente. Estas experiências colocaram os profissionais a se questionar se haveria algo de diferente que poderia ter sido ofertado na experiência de cuidado a estes familiares, mas eventualmente se deram conta de que esta é uma possibilidade de expressão humana que pode ocorrer diante de uma perda de alguém significativo.

O(a) psicólogo(a) hospitalar é testemunha desses horizontes de possibilidade de lida com a vida, a morte e o morrer, o que se configura como uma tarefa que, frequentemente, exige uma disponibilidade para a reflexão sobre o lugar do sofrimento e da morte na vida humana, tanto em relação a si quanto em relação à morte do outro. Isso também implica assumir que a morte não é apenas um fato em si mesmo, que uma vez constatado como óbito, marca o fim da vida do paciente, mas um fenômeno catalisador de intensos afetos e dilemas existenciais, colocando o profissional em uma atenção peculiar sobre como pode executar a prática do cuidado. Ocupar o lugar da reflexão sobre a morte e se deixar afetar pelo sofrimento que pode ser próprio a este momento da vida é uma experiência que exige um custo pessoal e emocional, na medida em que o profissional se mantém disponível para meditar a respeito das próprias

expectativas, anseios, inseguranças e impotências diante do sofrimento do outro e de como é para si olhar para a morte como fenômeno que é parte da vida humana.

Nesse sentido, a experiência revela que, ao se deixarem se afetar pelo sofrimento humano e refletir sobre o lugar da morte como fenômeno que é parte da vida, os(as) psicólogos(as) encontram uma potência para melhor desempenhar as práticas psicológicas em situações de terminalidade e fim de vida. Conforme adquirem experiências e se colocam à disposição para refletir sobre elas, percebem melhor quais são os aspectos fundamentais para exercer o seu trabalho, assumindo a existência de profundas implicações afetivas em sua atuação. Esse compromisso ressalta a verdade de que se envolver com o sofrimento humano não é somente inevitável, mas também uma valiosa fonte de aprendizado para o(a) profissional. E, ainda que seja custoso pessoal e emocionalmente, é a condição *sine que non* para que o trabalho do(a) psicólogo(a) possa acontecer. Apesar de a literatura assinalar que a prática dos profissionais de saúde com pacientes em situação de terminalidade e fim de vida pode ser atravessada por dificuldades afetivas, como sentimentos de frustração, angústia e sensação de despreparo (Perboni et al. 2018), compreendemos que essas afetações não devem ser afastadas ou evitadas pelos profissionais, mas sim, meditadas, refletidas e cuidadas.

Reconhecer esse aspecto nos auxilia a lançar um novo olhar para as afetações e sentimentos que psicólogos(as) hospitalares podem vivenciar em sua prática profissional. O estudo de Ferreira et al. (2013) destaca a preocupação com os impactos emocionais que a terminalidade e o fim da vida podem despertar no(a) psicólogo(a), sendo a formação profissional colocada como uma solução para as dificuldades das experiências. Reiteramos que a formação profissional adequada é aquela que acolhe a pertinência destes sentimentos e a reflexão sobre eles, assinalando isso enquanto condição fundamental para o exercício da atuação profissional.

As experiências profissionais convidam o psicólogo para refletir sobre sua vida pessoal com a morte e a própria condição de finitude

Todos os participantes de nossa pesquisa reconheceram a existência de uma ressonância entre as experiências profissionais de vida com a terminalidade e o fim da vida e a própria dimensão de sua vida pessoal. A ideia de uma ressonância entre as experiências profissionais e a vida pessoal do(a) profissional da psicologia indica a existência de uma influência mútua entre a dimensão pessoal e a dimensão profissional no trabalho com as situações de terminalidade e fim, o que não é o mesmo que dizer que estas dimensões são indiscriminadas

na experiência. Não há uma confusão entre o que é o modo pessoal de enfrentamento e reflexão sobre a finitude do(a) psicólogo(a) com o do paciente e/ou família, mas se admite que o processo de acompanhar pacientes com doenças graves e ameaçadoras da vida, bem como a experiência de luto dos familiares, tem por consequência uma significativa contemplação sobre as condições da própria existência do(a) psicólogo(a), em especial sua vulnerabilidade e a natureza finita da própria vida.

De início, lidar com os chamados para refletir sobre a própria existência, a partir do encontro com a possibilidade de morte do outro, pode não ser uma tarefa fácil. Isso ocorre porque o(a) psicólogo(a) hospitalar testemunha diversos modos de lidar com a vida diante da morte que podem tanto atestar possibilidades de ressignificação e adaptação a adversidades da doença, como também a impossibilidade de encontrar novas possibilidades, restando apenas o se fazer presente diante do sofrimento existencial, em toda sua intensidade e até mesmo crueza. Ser testemunha dessas possibilidades de experiências humanas diante da morte é algo que mobiliza questionamentos e afetações que resultam em interrogações importantes, como: “Quem sou eu diante deste sofrimento? E como é para mim lidar com a doença, o envelhecer e a própria morte?”

Estar diante da possibilidade da morte do outro e dos modos como este outro lida com essa possibilidade é uma experiência que remete à reflexão sobre a própria vida do psicólogo com a morte em sua vida pessoal e a sua própria condição mortal e finita. Isso nos indica que o reconhecimento da morte como experiência que pode ocorrer não apenas na vida do paciente, mas também na vida pessoal do(a) psicólogo(a), reposiciona certos valores e percepções do(a) profissional sobre seu modo de conduzir e cuidar da existência, o que pode levá-lo(a) a operar mudanças em sua vida, no que diz respeito a percepções, rotinas, hábitos de cuidado e atenção aos próprios desgastes emocionais que são vividos na profissão. Padrões lógicos e verdades naturalistas de que há uma idade certa para morrer ou de que a morte ocorre apenas para o outro são colocadas em xeque, percebendo que a morte é uma possibilidade que pode ocorrer a qualquer instante. Apesar de Heidegger (1927/2014) afirmar que a morte do outro é um modo inautêntico de relação com a finitude, aqui verificamos que estar diante da morte do outro é uma experiência que oferece condições de possibilidade para uma abertura contemplativa diante da experiência da própria finitude, sendo catalisadora da reflexão existencial.

Assim sendo, constatamos pontos de encontro entre o profissional e o pessoal, sendo essa uma experiência significativamente mobilizadora para o(a) psicólogo(a). Lidar com essa realidade de entrecruzamentos e reverberações entre a esfera profissional e pessoal coloca a tarefa do cuidado de si como um imperativo ético para o cuidado do outro, uma vez que olhar

para o modo como a doença, o envelhecimento e a morte ocorrem na vida, diz respeito também à pessoa do(a) psicólogo(a) hospitalar, seu modo de existir e lidar com esta vida. Assim, assumir a própria condição corporal, finita e mortal é uma experiência da qual o(a) psicólogo(a) hospitalar que lida com situações de terminalidade e fim de vida não pode se furtar a enfrentar.

Considerações finais

Esta dissertação de mestrado teve por objetivo compreender as experiências de psicólogas e psicólogos hospitalares que atuam em situações de terminalidade e fim de vida. Para tanto, recorreremos à metodologia de inspiração fenomenológico-hermenêutica a fim de situar essa compreensão a partir de seus constituintes ontológicos, históricos e sociais, buscando desvelar a experiência existencial. Em nosso caminhar de pesquisa, pudemos reposicionar certas verdades postuladas pelo nosso horizonte histórico, nos modos como o mundo moderno e contemporâneo lidou, e ainda lida, com os fenômenos da finitude, da morte e do morrer; ao menos nas manifestações que são endereçadas ao contexto da saúde, por meio das práticas de cuidado médico e multiprofissional nas instituições hospitalares. Ao propormos um caminhar sustentado no método fenomenológico-hermenêutico, nos atentamos ao modo como olhamos para as teorias e os estudos que abordam a finitude enquanto tema caro à reflexão humana. Essa atenção permitiu que verdades fossem questionadas e compreendidas como produtos de deliberações históricas e sociais que culminaram em um horizonte contemporâneo de lida técnica e disciplinar com a morte.

Destacamos que esta pesquisa oferece uma interpretação circunscrita a espaços urbanos, em que há a presença de estruturas hospitalares capazes de ofertar o cuidado disciplinar e técnico que, em alguma medida, são característicos de nosso tempo. Não se trata de uma interpretação geral e universal, uma vez que existem variantes sociais e culturais em jogo, as quais apontam outros modos de lida humana com a morte diferentes daqueles que foram tematizados em nosso *metà-hodós*. O compromisso e o respeito com a diversidade da experiência existencial pertencente à contemporaneidade brasileira, nos alerta para esse cuidado, a fim de não tomarmos posições homogeneizantes e excludentes de outros estratos sociais e existenciais que podem co-existir em meio a nosso solo, e muitas vezes não ganham visibilidade. Ao pensar na experiência de psicólogas e psicólogos hospitalares, nossa investigação se limita a um campo notadamente urbano e moderno, onde há maior expressão e representatividade de instituições hospitalares como modelos de cuidado em saúde.

Em nossa pesquisa, observamos na experiência das psicólogas e psicólogos hospitalares entrevistados, que a morte não é tomada como fenômeno puramente técnico, tampouco indiferente. Muitas vezes, no cotidiano das instituições, estes profissionais são vistos pelos colegas da área multiprofissional como “sobre-humanos”, no sentido de que, em tese, a formação profissional em psicologia, por abordar questões da experiência humana, torna-os

imunes aos dilemas, inquietações e ao próprio sofrimento, a partir de uma expectativa de que haveria uma técnica mais apropriada para lidar com o drama da vida diante da possibilidade da morte. Porém, como vimos, nossos participantes não são imunes a tais questões, pelo contrário, reconhecem que trabalhar com a morte é trabalhar com uma experiência visceral e afetiva, que suscita questionamentos e profundas reflexões existenciais sobre os limites e as possibilidades de sua ação.

Não só, também nos foi apresentado pelas falas que trabalhar com a morte é uma experiência que transforma a vida do profissional, na medida em que abre outras possibilidades de lidar com a morte na vida pessoal, reconhecendo não apenas o paciente como finito e mortal, pois o próprio psicólogo vê sua mortalidade e finitude escancaradas em meio às situações clínicas. Nesse sentido, independente da abordagem teórica adotada pelo profissional, é notável a percepção da morte em seu estatuto existencial, na medida em que se mantém disponível e aberto para lidar com este fenômeno como algo da ordem do existir e não como objeto puramente técnico, a ser gerenciado por um saber técnico e especializado.

Em outras palavras, ainda que o cuidado a pacientes em situação de terminalidade e fim de vida esteja entregue aos preceitos da técnica moderna, o que está em jogo para as psicólogas e psicólogos hospitalares é algo cuja técnica não pode jamais abarcar: a experiência humana, afetiva e existencial. Mais do que isso, os psicólogos hospitalares parecem ocupar um lugar de resistência aos ditames da técnica, tal como postulado por Heidegger (1957/2007), e dos modos como esse horizonte técnico repercute nas experiências de morte e morrer no mundo contemporâneo (Barros, 2018; Teixeira, 2014), uma vez que suas práticas psicológicas permitem que a experiência humana possa aparecer em meio ao sistema disciplinar e controlador da instituição hospitalar. Essas situações envolvem o lidar diretamente com o sofrimento existencial, suas contradições e exacerbações, que abalam as rotinas e as sistematizações dos hospitais contemporâneos que se recusam a assumir a morte como possibilidade própria ao existir humano; ou que, quando o fazem, é somente por meio da normatização de uma “boa morte” que deve ser vivida de modo comedido, confortável e silencioso.

Nesse sentido, a experiência que pudemos acompanhar, compreender e, sobretudo, defender é de que a “boa morte” almejada pela psicologia é a “morte possível” de ser vivida, a partir das condições de possibilidade daquele que está diante de seu morrer. Tratam-se de condições de possibilidade não óbvias, normatizadas ou previsíveis, pois se mostram por meio de experiências afetivas intensas que, por sua vez, abalam e transformam valores, crenças e pré-concepções sobre o que é o viver e o morrer. Assumir essa posição de estar afinado à “morte

possível” de ser vivida, e não a partir de um ideal de bem morrer, não é algo que se conquista uma única vez, mas um processo de construção e cuidado, permanente e constante, que é parte fundamental da atuação profissional e da vida pessoal. Portanto, atuar em situações de terminalidade e fim de vida coloca o imperativo de um olhar atento a si como necessário para a formação profissional, pois confere a dimensão pessoal e profissional a possibilidade de se entrelaçarem na própria experiência humana de estar diante da possibilidade de morte e morrer.

Defendemos que uma formação profissional adequada para o exercício de uma psicologia que se importa com a morte como experiência de sentido humano é uma formação que reconhece aquilo que está além das teorizações e da técnica. Ou seja, é a formação que reconhece a experiência humana que se deixa afetar pelas vicissitudes do morrer, compreendendo que o “se deixar afetar” é condição de possibilidade para uma reflexão que permite o desenvolvimento profissional do psicólogo para lidar com a terminalidade e o fim de vida. Podemos, assim, contribuir para que a formação de novos profissionais de psicologia abarque o cuidado à dimensão humana – de si e do outro – como tema necessário para uma reflexão apropriada sobre a morte e o morrer, o que, por sua vez, pode fortalecer a conquista de um espaço pertinente da psicologia hospitalar em equipes de cuidados paliativos, a saber: um espaço de afinação com as condições de possibilidades existenciais da experiência humana diante da morte e do morrer.

Por fim, como último destaque desta dissertação, foram apresentadas algumas reflexões sobre o fato de nossa pesquisa ter ocorrido majoritariamente durante o período crítico da pandemia de COVID-19. Embora o foco desta pesquisa não tenha sido os impactos da pandemia de COVID-19 sobre a experiência de psicólogas e psicólogos hospitalares em situações de terminalidade e fim de vida, tanto eu quanto os participantes somos todos psicólogos hospitalares que viveram as experiências afetivamente desgastantes e cruéis que envolveram o morrer nos hospitais durante esse período crítico. Em um primeiro momento, consideramos que nenhum de nossos participantes abordou explicitamente a temática da pandemia como uma variável relevante para a experiência profissional sobre terminalidade e fim de vida. Ou mesmo colocou em questão sua experiência pessoal de lida com a morte a partir dos dilemas e problematizações que a pandemia conferiu a todos aqueles que se mantiveram sensíveis aos desafios impostos à vida cotidiana.

Porém, ao refletirmos retrospectivamente sobre as razões que poderiam sustentar essa aparente ocultação, percebemos que, na verdade, eu, enquanto pesquisador principal deste estudo, estava profissionalmente e emocionalmente desgastado, o que comprometeu a sensibilidade e escuta dos momentos em que a pandemia se fazia presente – ainda que de modo

velado – na narrativa dos participantes. Como psicólogo hospitalar que esteve na linha de frente durante momentos de morte acentuada pela pandemia, me vi confrontado com lembranças penosas deste período, o que suscitou uma experiência complexa de sofrimento e vulnerabilidade diante da possibilidade de ter que lidar, diretamente, com a tematização da pandemia em meu trabalho de pesquisa. Fazer isso seria me forçar a revisitar lugares e memórias difíceis que são parte de um episódio de minha jornada profissional e existencial que ainda não está “totalmente processada”. Assim, percebi que realizar esta pesquisa, neste momento histórico de minha vida pessoal e, também, da vida coletiva brasileira, me lançou a desafios inesperados, em que meandros de reflexão e emoção tomaram conta de meu olhar de pesquisador. Diante dessas considerações, não me resta muito a não ser assumir esse limite de minha pesquisa e reconhecer que o pesquisar como um debruçar-se diante de determinado tema não é uma simples atividade acadêmica, mas uma atividade inerentemente humana, que envolve testemunho, contemplação, reflexão e, sobretudo, cuidado com nossos modos de existir.

Referências

- Ariès, P. (1977). *História da morte no ocidente* (P.V. Siqueira Trad.). Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1975).
- Arima, A. C., & Freitas, J. D. L. (2017). O Luto Velado: A Experiência de Viúvas Lésbicas em uma Perspectiva Fenomenológico-Existencial. *Trends in Psychology*, 25(4), 1467-1482. <https://doi.org/10.9788/TP2017.4-01Pt>
- Assis, A. S. de, & Safra, G. (2019). Existência e História na clínica fenomenológico-hermenêutica. *Revista Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 8(1), 44-63. <https://doi.org/10.37067/rpfc.v8i1.958>
- Barros, M. F. de (2018). *A Morte na Era da Técnica: reflexões a partir da filosofia de Martin Heidegger* (Dissertação de Mestrado), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/35898/35898.PDF>
- Beauvoir, S. de (2020). *Uma morte muito suave*. (3a ed.). Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1984).
- Beltrão, J. F., Santos Lopes, R. C., Cunha, M. J. S., Nazaré Mastop-Lima, L., Domingues, W. C. L., & Tomé, T. P. F. (2015). Vida & morte entre povos indígenas. *Espaço Ameríndio*, 9(1), 206-206. <https://doi.org/10.22456/ea.v9i1.54951>
- Branco, R. M. (2018). *Michel Foucault e a medicina: sobre o nascimento da clínica moderna*. (Tese de Doutorado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. <https://repositorio.pucsp.br/handle/handle/21440>
- Borges, M. E. (2011). Imagens da Morte: monumentos funerários e análise dos historiadores da arte. *XXVI Simpósio Nacional de História, ANPUH*. São Paulo: USP. Recuperado de <https://www.artefunerariabrasil.com.br/wp-content/uploads/2019/08/XXVI-ANPUH2011.pdf>
- Boss, M. (1977). *Angústia, culpa e libertação: ensaios de psicanálise existencial*. (2a ed., B. Spanoudis, Trad.). Livraria Duas Cidades.
- Cardinalli, I. E. (2011). *Transtorno de estresse pós-traumático: um estudo fenomenológico-existencial da violência urbana*. (Tese de Doutorado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. <https://repositorio.pucsp.br/handle/handle/15033>
- Cardinalli, I. E. (2012). *Daseinsanalyse e esquizofrenia um estudo na obra de Medard Boss*. Escuta.
- Cardinalli, I. E. (2015). Heidegger: o estudo dos fenômenos humanos baseados na existência humana como ser-aí (Dasein). *Psicologia Usp*, 26, 249-258. <https://doi.org/10.1590/0103-656420135013>
- Carman, T. (2012). O conceito de autenticidade. In H. L. Dreyfus & M. A. Wrathall (Orgs.), *Fenomenologia e Existencialismo* (C. C. Bartalotti & L. Pudenzi, Trans.) (Cap. 15, pp. 213-222). Edições Loyola.

- Casanova, M. A. (2010). *Compreender Heidegger*. (2a ed.). Vozes.
- Castro, E. K. D., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: ciência e profissão*, 24, 48-57. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. D. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11, 209-216. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>
- Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M. D., Rentería, J. M., & Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do colégio brasileiro de cirurgiões*, 34, 428-431. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>
- Conselho Federal de Psicologia (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS*. CFP. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf
- Critelli (2006), D. M. *Analítica do Sentido: Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. (2a ed.). Brasiliense.
- Dichtchekenian, N. (2002). *Direito de resposta - a fenomenologia*. Fenô&Grupos. Recuperado de http://fenoegrupos.com.br/JPM-Article3/pdfs/nichan_resposta.pdf
- Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(2), 371-378. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200018>
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(2), 381-387. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200021>
- Dutra, E. (2008). Afinal, o que significa o social nas práticas clínicas fenomenológico-existenciais?. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(2), 224-237. <https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844626008.pdf>
- Dutra, E. (2011). Pensando o suicídio sob a ótica fenomenológica hermenêutica: algumas considerações. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 17(2), 152-157. <https://www.redalyc.org/pdf/3577/357735515006.pdf>
- Dutra, E. (2012). Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(3), 924-937. <https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844639013.pdf>
- Echegollen, M. A. Z., & Brito, R. M. (2020). La muerte en la institución hospitalaria. *Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*, 5(9), 9-24. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2020.v5i9.9-24>
- Faraj, S. P., Cúnico, S. D., Quintana, A. M., & Beck, C. L. C. (2013). Produção científica na área da Psicologia referente à temática da morte. *Psicologia em Revista*, 19(3), 441-461. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2013v19n3p441>
- Faria, L., & Santos, L. A. C. (2021). Influências dos modelos de formação e prática médicas no Brasil. *Revista História: Debates e Tendências*, 21(3), 80-98. <https://doi.org/10.5335/hdtv.21n.3.12685>

- Feifel, H. (1974) Morte - Variável Relevante em Psicologia. In R. May (Org.) *Psicologia existencial* (E. P. Xavier, Trad.). (pp. 66-82). Globo.
- Feijoo, A. M. L. C. D. (2018). Metà-hodós: de la fenomenologia hermenêutica hacia a la psicologia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(3), 329-339. <http://dx.doi.org/10.18065/RAG.2018v24n3.7>
- Feijoo, A. M. L. C., & Mattar, C. M. (2014). A fenomenologia como método de investigação nas filosofias da existência e na psicologia. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 30, 441-447. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ptp/a/YPGVfdBZzVfsgXYKQtHyYcN/?format=pdf&lang=pt>
- Feijoo, A. M. L. C., & Mattar, C. M. (2016). Encontros e desencontros nas perspectivas existenciais em psicologia. *Psicologia em Revista*, 22(2), 258-274. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P258>
- Feijoo, A. M. L. C. D., & Noleto, M. C. M. F. (2022). O Imensurável da Experiência do Luto Materno. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003240345>
- Ferla, A. A., Oliveira, P. D. T. R. D., & Lemos, F. C. S. (2011). Medicina e hospital. *Fractal: Revista de Psicologia*, 23, 487-500. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922011000300004>
- Figueiredo, L. C. & Loureiro, I. (2018). *Os saberes Psi em questão: sobre o conhecimento em Psicologia e Psicanálise*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Finkelstein, E. A., Bhadelia, A., Goh, C., Baid, D., Singh, R., Bhatnagar, S., & Connor, S. R. (2022). Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021. *Journal of pain and symptom management*, 63(4), e419-e429. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015>
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. (R. Machado, Trad.). Forense-Universitária. (Trabalho original publicado em 1963).
- Franco, M. H. P. (2021). *O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno*. Summus Editorial.
- Freitas, J. D. L. (2018). Luto, pathos e clínica: uma leitura fenomenológica. *Psicologia USP*, 29(1), 50-57. <https://doi.org/10.1590/0103-656420160151>
- Gutierrez, P. L. (2001). O que é o paciente terminal?. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47, 92-92. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000200010>
- Heidegger, M. (2007). *A questão da técnica*. *Scientiæ studia*, 5, 375-398. (Trabalho original publicado em 1958). <https://doi.org/10.1590/S1678-31662007000300006>
- Heidegger, M. (2011). *Os conceitos fundamentais da metafísica: mundo, finitude e solidão*. Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1929)
- Heidegger, M. (2014). *Ser e Tempo* (F. Castilho, Org., Trad.). Unicamp. Vozes. (Trabalho original publicado em 1927).
- Heidegger, M. (2018). *Que isto: a filosofia?* (E. Stein, Trad.). Petrópolis: Vozes.

- Heidegger, M. (2021) *Seminários de Zollikon* (P. Trawny, Org.; M. A. Casanova, Trad.). Via Verita. (Trabalho original publicado em 1987).
- Hoy, D. C. (2012). Morte. In H. L. Dreyfus & M. A. Wrathall (Orgs.), *Fenomenologia e Existencialismo* (C. C. Bartalotti & L. Pudenzi, Trads.) (Cap. 20, pp. 261-270). Edições Loyola.
- Junqueira, M. H. R., & Kovács, M. J. (2008). Alunos de psicologia e a educação para a morte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28, 506-519. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000300006>
- Kellehear, A. (2016). *Uma história social do morrer* (A. O. Araujo, Trad.). São Paulo: Editora Unesp.
- Klüber-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes* (9a ed.; P. Menezes, Trad.). São Paulo: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969).
- Koury, M. G. P. (2010). Ser discreto: um estudo sobre o processo de luto no Brasil urbano no final do século XX. *Revista Brasileira de sociologia da Emoção-RBSE*, 9(25), 9-95. Recuperado de <http://www.cchla.ufpb.br/grem/KouryArt.pdf>
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 18(41), 457-468. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300004>
- Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, 22(1), 94-104. <https://doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011>
- Kovács, M. J. (2016). Curso Psicologia da Morte. Educação para a morte em ação. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 36(91), 400-417. <https://www.redalyc.org/pdf/946/94649376010.pdf>
- Kovács, M. J. (2021). *Educação para a morte: quebrando paradigmas*. Sinopsys.
- Laprega, M. R. (2015). *Os Hospitais de Ensino no Brasil: História e Situação Atual*. (Tese de Livre-Docência), Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Langaro, F. (2017). “Salva o Velho!”: Relato de Atendimento em Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Psicologia: ciência e profissão*, 37, 224-235. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000972014>
- Lazaretti, C. et al. (2007). *Manual de Psicologia Hospitalar*. Unificado.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília.
- Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>

- Maranhão, J. L. de S. (2017). *O que é morte*. Brasiliense. (Trabalho original publicado em 1985).
- Marinho, S., & Arán, M. (2011). As práticas de cuidado e a normalização das condutas: algumas considerações sobre a gestão sociomédica da “boa morte” em cuidados paliativos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 15, 7-20. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000039>
- Martins, F. (1999). O que é phatos?. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 2, 62-80. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999004005>
- Mattar, C. M. (2014). Psicologia hospitalar e Psicossomática na perspectiva fenomenológico-existencial. *Revista latinoamericana de Psicologia Existencial: un enfoque comprensivo del ser*, 4(7), 26-31. Recuperado de https://www.fundacioncapac.org.ar/REVISTA_LATINOAMERICANA_8.pdf
- Maux, A. A. B., & Dutra, E. M. do S. (2020). Pensando o Círculo Hermenêutico como um Caminho para a Pesquisa em Psicologia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(4), 1034-1048. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.56649>
- Mello, R. A. D., & Teo, C. R. P. A. (2019). Psicologia: entre a Atuação e a Formação para o Sistema Único de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003186511>
- Menezes, R. A. (2004). A solidão dos moribundos: falando abertamente sobre a morte. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14, 147-152. <https://www.scielo.org/article/physis/2004.v14n1/147-152>
- Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Beck, C. L. C. (2020). Percepções dos Profissionais da Saúde sobre a Morte de Pacientes. *Revista subjetividades*, 20(1). <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i1.e9164>
- Montero, P. (2009). Secularização e espaço público: a reinvenção do pluralismo religioso no Brasil. *Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia*, 13(1), 7-16. <https://doi.org/10.4000/etnografica.1195>
- Morato, H. T. P., & Sampaio, V. F. (2019). A escuta clínica como uma pesquisa fenomenológico existencial: uma possibilidade no horizonte de realização da existência. *Arquivos do IPUB Online*, 1(1), 102-115. Recuperado de <https://www.ipub.ufrj.br/wp-content/uploads/2019/04/v1n1a08.pdf>
- Moritz, R. D., Lago, P. M. D., Souza, R. P. D., Silva, N. B. D., Meneses, F. A. D., Othero, J. C. B., & Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 20, 422-428. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ramb/a/Lc5MYWZHrMb8vGpRWWdx3qF/?format=pdf&lang=pt>
- Nascimento, M. C. D., Barros, N. F. D., Nogueira, M. I., & Luz, M. T. (2013). A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 3595-3604. Recuperado de https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n12/a16v18n12.pdf

- Perboni, J. S., Zilli, F., & Oliveira, S. G. (2018). Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *Persona y bioética*, 22(2), 288-302. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.7>
- Portaria nº 188 de 03 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União. Distrito Federal: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Recuperado de <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
- Porto, G., & Lustosa, M. A. (2010). Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. *Revista da SBPH*, 13(1), 76-93. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.13.454>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., ... & Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *Journal of pain and symptom management*, 60(4), 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Resende, R. (2021, 22 de outubro). Relatório acusa governo federal de atraso na compra de vacinas e de negociações ilícitas no caso Covaxin. In *Rádio Senado* (online). Recuperado de <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2021/10/22/relatorio-acusa-governo-federal-de-atraso-na-compra-de-vacinas-e-de-negociacoes-ilicitas-no-caso-covaxin>
- Resolução Conselho Federal de Psicologia. *Resolução nº 013/2007*. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf
- Rodrigues, C. (1999). A cidade e a morte: a febre amarela e seu impacto sobre os costumes fúnebres no Rio de Janeiro (1849-50). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 6, 53-80. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000200003>
- Rodriguez, M. I. F. (2014). Despedida silenciada: Equipe médica, família, paciente—cúmplices da conspiração do silêncio. *Psicologia Revista*, 23(2), 261-272. <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/22771>
- Sá, R. N. (2017). *Para além da técnica: ensaios fenomenológicos sobre psicoterapia, atenção e cuidado*. Via Verita.
- Santos, A. (2021, 4 de março). Em pior momento da pandemia, Bolsonaro critica 'mimimi' e diz que brasileiro tem que enfrentar vírus - BBC News Brasil. In BBC News Brasil (online). Recuperado de <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56287135>
- Santos, F. S. (2009). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. (F. S. Santos, Org.). Atheneu.
- Sapienza, B. T. (2015). *Encontro com a Daseinanalyse: a obra Ser e tempo, de Heidegger, como fundamento da terapia daseinsanalítica*. Escuta
- Schmidt, L. K. (2014). *Hermenêutica*. (3a ed.). Vozes.
- Silva, E. F. G. da (2018). Pesquisa qualitativa em psicologia clínica: uma possibilidade metodológica em diálogo com a fenomenologia hermenêutica. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 6(11), 145-159. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2018.v.6.n.11.176>

- Silva Filho, S. R. (2012). Práticas sociais como modos de vida: higienização e o seu discurso disciplinador na cidade de Manaus-1891 a 1910. *Embornal*, 3(5), 147-174. Recuperado de <https://revistas.uece.br/index.php/embornal/article/view/3186/2700>
- Silva, E. F. G., & Barreto, C. (2020). Anguish as constitutive of existence: resonances for the psychological clinic. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 26(2), 220. <https://doi.org/10.18065/2020v26n2.9>
- Silva, N. A. D. C., & Freitas, J. D. L. (2019). “A questão da técnica” em Heidegger: considerações sobre a clínica psicológica. *Revista do NUFEN*, 11(1), 137-156. <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.nº01ensaio46>
- Silva, R. S. D., Trindade, G. S. S., Paixão, G. P. D. N., & Silva, M. J. P. D. (2018). Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 206-213. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0055>
- Sionek, L., Assis, D. T. M., & Freitas, J. D. L. (2020). “Se eu soubesse, não teria vindo”: implicações e desafios da entrevista qualitativa. *Psicologia em Estudo*, 25. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44987>
- Souza, W. L. (2008). Da medicina não hospitalar ao hospital médico: uma leitura das análises de Michel Foucault sobre a história da medicina. (Dissertação de Mestrado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. <https://repositorio.pucsp.br/handle/handle/11769>
- Teixeira, P. D. B. A. (2014). A lida com a morte na era da técnica: morte ou mamba? (Dissertação de Mestrado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/15351>
- Teixeira, C. F. D. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. D. M., Andrade, L. R. D., & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciencia & saude coletiva*, 25, 3465-3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Torres, V. A. (2018). *Diante da morte ainda não somos todos modernos: o ideário do Bem Morrer e o Ethos Católico no Brasil*. (Tese de Doutorado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/21641/2/Val%C3%A9ria%20Aparecida%20Rocha%20Torres.pdf>
- Vieira, A. G., & Waischunng, C. D. (2018). A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. *Revista da SBPH*, 21(1), 132-153. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n1/v21n1a08.pdf>
- World Health Organization. (2020, 11 de março). WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19. In World Health Organization (online). Recuperado de <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. BasicBooks.