

Religiosidade e atitude diante da morte em idosos sob cuidados paliativos

Kely de Azevedo Barbosa

Marta Helena de Freitas

RESUMO: Diante da percepção das vivências de idosos em estágio final de câncer crônico-degenerativo, hospitalizados na ala de cuidados paliativos, constata-se que a religiosidade tem-se mostrado útil por se apresentar como fonte de recursos, e facilitar o lidar com problemas, podendo oferecer alívio para as experiências emocionais negativas, que comprometem o bem-estar dos indivíduos nestas condições. Nessa perspectiva, este estudo procura ilustrar a importância de se investigar a manifestação do fenômeno religioso nos indivíduos, de modo a se obter alternativas para a adequada atuação profissional no atendimento ao idoso em contexto das práticas de saúde.

Palavras-chave: religiosidade; enfrentamento religioso; morte; idoso.

ABSTRACT: *In view of the perception regarding the experience of elderly patients in the terminal stage of chronic degenerative cancer, hospitalized at the palliative care ward, it is observed that religiosity has proved to be a useful source of resources. It facilitates dealing with problems, offering relief to negative emotional experiences that endanger the welfare of individuals in this condition. In this perspective, this work aims to illustrate the importance of investigating the manifestation of the religious phenomenon in individuals, so as to obtain alternatives for an adequate professional action concerning care for the elderly in the context of health care practices.*

Keywords: *Religiosity; Religious Coping; Death; Old age.*

Pouco do que é significativo pode ser dito sobre tais assuntos.

Eles podem apenas ser mostrados.

Ludwig Wittgenstein

Introdução

O estudo da religiosidade no envelhecimento é de fundamental importância por se apresentar como fenômeno vital e singular na vida do ser humano, especialmente num país em que grande parte da população expressa alguma modalidade de fé em Deus ou crença numa dimensão transcendente. Ou seja, algo (uma “lei”, uma “sabedoria”, uma “força”, uma “energia”, um “sentido”) para além da vida concreta ou meramente humana. Este, entretanto, não é um assunto simples de ser investigado, por vários motivos, dentre eles: a) os limites da própria linguagem para se chegar à conceituação e operacionalização precisa dos termos neste campo – o da fé ou da crença religiosa; b) as dificuldades de se formular uma metodologia capaz de abordar toda a complexidade do tema; c) a frequente imprecisão das fronteiras entre crença pessoal e conhecimento científico quando se entra no campo da descrição e da interpretação de assuntos relacionados à religião.

Acerca das dificuldades apontadas acima, dentre outras complementares, vários autores já se pronunciaram, dentre eles Moberg (1965), Beit-Hallahmi (1989) e Emmons e Paloutzian (2003). Entretanto, mesmo assim, é notável o desenvolvimento do que se convencionou chamar de Psicologia da Religião nos últimas décadas, sendo que, mais recentemente, alguns destes estudos se voltam especificamente para a Gerontologia (Bearon e Koenig, 1990; Goldstein e Neri, 1993; Koenig, Pargament e Nielsen, 1998; Goldstein e Sommerhalder, 2002; Teixeira e Lafèvre, 2003; Pessini e Bertachini, 2004; Pessini, 2005), numa perspectiva interdisciplinar, chamando a atenção para a importância da religiosidade na fase final da vida. Em geral, todos estes estudos têm reconhecido, na religiosidade ou na espiritualidade, não apenas a função de proteger o indivíduo da confrontação com a realidade (a qual

ficou tradicionalmente conhecida a partir das posições psicanalíticas ou marxistas), mas, sobretudo, sua função de dar sentido à vida e ao sofrimento humano que, muitas vezes, a acompanha.

Estudiosos e profissionais da área de saúde reconhecem presentes em urgências pessoais dos indivíduos crenças e práticas religiosas (prece, peregrinação, jejum) que podem facilitar a resolução de problemas, além de prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas. Sendo assim, embora o estudo da religiosidade, em Gerontologia, continue não sendo simples, é preciso enfrentar o desafio dos limites da linguagem e da metodologia, buscando-se alternativas condizentes com a natureza do objeto de estudo. Como já enunciado por uma de nós em outro trabalho (Freitas, 2006), partimos do princípio de que o primeiro passo em direção ao enfrentamento desse desafio é, justamente, o de se reconhecer e de se valorizar a própria complexidade e ambiguidade do tema, e ver nisso não exatamente um problema, mas uma ilustração da riqueza da própria experiência humana, que não se deixa sempre encapsular por modelos teóricos previamente concebidos, apesar de todos os nossos esforços em direção à formulação de um conhecimento pronto e acabado e, portanto, supostamente fiável do ponto de vista técnico-científico.

Movidas, então, por este desafio e, ainda, em meio à carência e à necessidade de mais estudos acerca do tema, neste trabalho trazemos algumas descrições e reflexões decorrentes de uma pesquisa mais detalhada e mais ampla (que não será integralmente descrita aqui), desenvolvida pela primeira autora (Barbosa, 2008), sob orientação da segunda. Como tal, ele se organiza da seguinte maneira: inicialmente, apresentamos alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos, informando ao leitor os principais referenciais com os quais dialogaremos; em seguida, fazemos uma breve apreciação geral da literatura disponível, apontando para a importância da religiosidade no enfrentamento à finitude da vida; num terceiro momento, procuramos ilustrar, com depoimentos de idosos entrevistados, como a religiosidade se fez presente para eles no contexto dos cuidados paliativos; e, por último, finalizamos com

ficou tradicionalmente conhecida a partir das posições psicanalíticas ou marxistas), mas, sobretudo, sua função de dar sentido à vida e ao sofrimento humano que, muitas vezes, a acompanha.

Estudiosos e profissionais da área de saúde reconhecem presentes em urgências pessoais dos indivíduos crenças e práticas religiosas (prece, peregrinação, jejum) que podem facilitar a resolução de problemas, além de prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas. Sendo assim, embora o estudo da religiosidade, em Gerontologia, continue não sendo simples, é preciso enfrentar o desafio dos limites da linguagem e da metodologia, buscando-se alternativas condizentes com a natureza do objeto de estudo. Como já enunciado por uma de nós em outro trabalho (Freitas, 2006), partimos do princípio de que o primeiro passo em direção ao enfrentamento desse desafio é, justamente, o de se reconhecer e de se valorizar a própria complexidade e ambiguidade do tema, e ver nisso não exatamente um problema, mas uma ilustração da riqueza da própria experiência humana, que não se deixa sempre encapsular por modelos teóricos previamente concebidos, apesar de todos os nossos esforços em direção à formulação de um conhecimento pronto e acabado e, portanto, supostamente fiável do ponto de vista técnico-científico.

Movidas, então, por este desafio e, ainda, em meio à carência e à necessidade de mais estudos acerca do tema, neste trabalho trazemos algumas descrições e reflexões decorrentes de uma pesquisa mais detalhada e mais ampla (que não será integralmente descrita aqui), desenvolvida pela primeira autora (Barbosa, 2008), sob orientação da segunda. Como tal, ele se organiza da seguinte maneira: inicialmente, apresentamos alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos, informando ao leitor os principais referenciais com os quais dialogaremos; em seguida, fazemos uma breve apreciação geral da literatura disponível, apontando para a importância da religiosidade no enfrentamento à finitude da vida; num terceiro momento, procuramos ilustrar, com depoimentos de idosos entrevistados, como a religiosidade se fez presente para eles no contexto dos cuidados paliativos; e, por último, finalizamos com

algumas considerações gerais sobre o papel do profissional em gerontologia neste contexto e a importância de sua sensibilidade no trato com a religiosidade dos idosos aí atendidos.

Esclarecimentos conceituais e metodológicos

Religiosidade e espiritualidade são termos que recebem, na literatura, várias definições, nem sempre coincidentes entre si, de modo que, com muita frequência, se interpenetram mutuamente, não sendo adequado que os tomemos como incompatíveis entre si. Desta forma, neste trabalho, apresentaremos o sentido pelo qual tomamos a noção de religiosidade, mas partindo do princípio de que ela mantém relações com a espiritualidade, conforme esclarecemos a seguir.

Boa parte dos autores, dentre eles Lukoff (1992) e Worthington, Kurusu e McCullough (1996), definem a religiosidade como a adesão individual a crenças e concepções religiosas específicas, geralmente vinculadas a uma instituição ou doutrina (religião), reservando o termo espiritualidade para a capacidade humana de abrir-se a um sentido que ultrapassa as situações concretas e imediatas de sua existência, sentido este que pode receber várias designações, como por exemplo, “força superior”, “transcendência”, “lei maior”, “energia suprema”, dentre outras. Neste trabalho, empregaremos preferencialmente o termo religiosidade, abarcando os aspectos individuais da crença, mas podendo vincular-se tanto aos aspectos institucionais de uma religião abraçada pelo idoso como também à sua própria abertura ao transcendente, nos moldes definidos acima. Este termo está em maior consonância com os estudos desenvolvidos por Pargament (1997) e seus colaboradores, um autor com o qual dialogaremos com frequência, justamente por ter desenvolvido um modelo teórico que procura responder de modo bastante interessante aos desafios conceituais e metodológicos colocados por este tema.

Baseando-se na estrutura conceitual de Lazarus e Folkman (1984), Pargament (1997) emprega o conceito de enfrentamento religioso (ER) para referir-se ao processo pelo qual as pessoas, por meio de sua religiosidade, interpretam e lidam com importantes exigências

pessoais ou situacionais de suas vidas. A noção de ER tem, portanto, como pressupostos: a) a existência de uma experiência estressante; b) a avaliação que a pessoa faz da situação: ameaça, dano ou desafio; c) os recursos disponíveis para lidar com ela; d) a responsabilidade ao lidar com determinada experiência. O modelo permite, portanto, analisar as diversas funções da religião (Pargament e Park, 1995), além da mera fuga ou esquiva dos fatos reais, dentre elas: o alívio, o conforto, o consolo, a busca de sentido, a busca de intimidade, a interação social, a compreensão de si mesmo e a busca pelo sagrado, sendo este último a característica mais singular da religiosidade, segundo o próprio Pargament (1996, apud Paiva, 2003). Com base nas diversas funções da religiosidade, Pargament (1997) também descreve os vários estilos de ER.

Uma das avaliações mais importantes quanto aos estilos de ER, segundo Paiva (1998), é a que se refere à atribuição do *locus* de responsabilidade e do nível de participação da pessoa na resolução de problemas. Dessa perspectiva, portanto, são descritos três estilos de ER, a saber:

- a) Autodirigido (*self-directing*), no qual a responsabilidade pela solução dos problemas é atribuída totalmente ao indivíduo, que segue suas próprias intenções, atribuindo seus ganhos e vitórias a si mesmo. Deus é visto, então, como aquele que concede a liberdade à pessoa para conduzir sua própria vida.
- b) Delegante (*deferring*), em que a responsabilidade pela solução do problema é delegada a Deus. Nesse caso, então, a pessoa assume uma postura passiva diante do problema e espera que as soluções venham por meio dos esforços d'Ele.
- c) Cooperativo (*collaborative*), por meio do qual a responsabilidade é atribuída tanto ao próprio indivíduo quanto a Deus, ambos percebidos como participantes ativos, pois trabalham juntos na resolução do problema.

No que diz respeito à atitude diante da morte, um tema também bastante complexo e, com frequência, evitado socialmente, contaremos com as contribuições trazidas por Kastenbaum e Aisenberg (1983), segundo os quais a principal resposta humana perante a morte é o

pessoais ou situacionais de suas vidas. A noção de ER tem, portanto, como pressupostos: a) a existência de uma experiência estressante; b) a avaliação que a pessoa faz da situação: ameaça, dano ou desafio; c) os recursos disponíveis para lidar com ela; d) a responsabilidade ao lidar com determinada experiência. O modelo permite, portanto, analisar as diversas funções da religião (Pargament e Park, 1995), além da mera fuga ou esquiva dos fatos reais, dentre elas: o alívio, o conforto, o consolo, a busca de sentido, a busca de intimidade, a interação social, a compreensão de si mesmo e a busca pelo sagrado, sendo este último a característica mais singular da religiosidade, segundo o próprio Pargament (1996, apud Paiva, 2003). Com base nas diversas funções da religiosidade, Pargament (1997) também descreve os vários estilos de ER.

Uma das avaliações mais importantes quanto aos estilos de ER, segundo Paiva (1998), é a que se refere à atribuição do *locus* de responsabilidade e do nível de participação da pessoa na resolução de problemas. Dessa perspectiva, portanto, são descritos três estilos de ER, a saber:

- a) Autodirigido (*self-directing*), no qual a responsabilidade pela solução dos problemas é atribuída totalmente ao indivíduo, que segue suas próprias intenções, atribuindo seus ganhos e vitórias a si mesmo. Deus é visto, então, como aquele que concede a liberdade à pessoa para conduzir sua própria vida.
- b) Delegante (*deferring*), em que a responsabilidade pela solução do problema é delegada a Deus. Nesse caso, então, a pessoa assume uma postura passiva diante do problema e espera que as soluções venham por meio dos esforços d'Ele.
- c) Cooperativo (*collaborative*), por meio do qual a responsabilidade é atribuída tanto ao próprio indivíduo quanto a Deus, ambos percebidos como participantes ativos, pois trabalham juntos na resolução do problema.

No que diz respeito à atitude diante da morte, um tema também bastante complexo e, com frequência, evitado socialmente, contaremos com as contribuições trazidas por Kastenbaum e Aisenberg (1983), segundo os quais a principal resposta humana perante a morte é o

medo, pelo fato de ela se caracterizar como um estímulo nocivo e aver-sivo. Os autores referidos citam os estudos de Choron (1964), os quais distinguem três tipos de medos da morte: o que se relaciona ao que vem depois da morte; o que se relaciona ao evento do morrer; e o do deixar de existir. Cada uma dessas modalidades de medo pode aparecer em separados ou de modo combinado entre si. Este modelo, embora supersimplificado justamente por tratar a morte como um estímulo e a reação humana, perante esse estímulo, como uma resposta, tem se mostrado útil para uma sistematização das possíveis atitudes diante da morte (Freitas, 1991), pois permite descrever reações conscientes do homem em face da mesma. Para Kastenbaum e Aisenberg (1983), da própria morte surgem: o temor indesejável do sofrer, de mostrar-se fraco ou de tornar-se dependente; o medo do castigo e o da rejeição do transcendente (quando acreditam). E, em relação à morte dos outros, podem ser experimentados o medo de sofrer e a fragilização ante o sofrimento alheio; o da retaliação, o de sofrer as perdas; o do abandono e o da vulnerabilidade.

Por último, contaremos também, para nossas reflexões, com as contribuições advindas dos estudos de Kubler-Ross (1981), ao descrever os estágios da morte e do morrer, a partir da experiência de escuta aos pacientes sob cuidados paliativos e da observação de comportamentos comuns diante da doença e da proximidade da morte. Embora designadas como estágios, as várias etapas do processo de morrer e suas características comuns e principais, conforme sintetizadas a seguir, não se apresentam de forma estática e nem necessariamente sequenciados.

- a) Negação: apresenta-se como uma recusa da existência da doença ou a perspectiva de morte, e sua intensidade e duração dependem de como a pessoa é capaz de lidar com a dor da perda;
- b) Raiva: acompanhada por sentimentos de revolta, inveja e ressentimentos que hostilizam ambientes ou pessoas e surge a partir da impossibilidade de manter a negação e o isolamento inicial, que protegia o indivíduo de ter que lidar com a profunda frustração advinda de sua condição de gravemente doente e vulnerável;

- c) Barganha: tentativa de troca de favores, realizada normalmente com Deus (promessas, penitências, p. ex.), assumindo frequentemente características de súplica, num esforço de ganhar mais tempo e adiar a morte;
- d) Depressão: sentimentos de profundo desânimo, desinteresse, apatia, tristeza, que surgem a partir da tomada de consciência da profunda debilidade física e da gravidade da doença, tornando evidente a irreversibilidade da perda ou morte;
- e) Aceitação: estado de repouso e serenidade, geralmente acompanhado do desejo de ficar só e descansar, do esvaecimento da dor e do cessar da luta, caracterizando um processo de entrega final.

Quanto aos depoimentos dos idosos sob cuidados paliativos, que serão apresentados ao final com o intuito de ilustrar as questões abordadas neste trabalho, deram-se num contexto de escuta aos seus relatos subjetivos, dados a partir de entrevistas informais ou semiestruturadas, fenomenologicamente orientadas, nos moldes em que o descreve Amatuzzi (2001). Essas entrevistas foram conduzidas junto ao leito dos mesmos, na própria unidade de cuidados paliativos, onde se encontravam internados, e a postura da entrevistadora foi profundamente inspirada em Kubler-Ross (1981).

O papel da religiosidade na vida de idosos sob cuidados paliativos

Velhice e morte, por serem temas próprios, expressivos e inerentes à vida humana, variam no modo de percepção positiva ou negativa, de acordo com a experiência subjetiva. Goldstein e Sommerhalder (2002) acreditam que as crenças religiosas podem, além de explicarem questões existenciais referentes ao processo de envelhecimento, promover a superação de eventos estressantes e descobrir ferramentas psicológicas que busquem equilibrar o indivíduo. A influência da religiosidade na vida do idoso pode representar motivação, compreensão e adequação

- c) Barganha: tentativa de troca de favores, realizada normalmente com Deus (promessas, penitências, p. ex.), assumindo frequentemente características de súplica, num esforço de ganhar mais tempo e adiar a morte;
- d) Depressão: sentimentos de profundo desânimo, desinteresse, apatia, tristeza, que surgem a partir da tomada de consciência da profunda debilidade física e da gravidade da doença, tornando evidente a irreversibilidade da perda ou morte;
- e) Aceitação: estado de repouso e serenidade, geralmente acompanhado do desejo de ficar só e descansar, do esvaecimento da dor e do cessar da luta, caracterizando um processo de entrega final.

Quanto aos depoimentos dos idosos sob cuidados paliativos, que serão apresentados ao final com o intuito de ilustrar as questões abordadas neste trabalho, deram-se num contexto de escuta aos seus relatos subjetivos, dados a partir de entrevistas informais ou semiestruturadas, fenomenologicamente orientadas, nos moldes em que o descreve Amatuzzi (2001). Essas entrevistas foram conduzidas junto ao leito dos mesmos, na própria unidade de cuidados paliativos, onde se encontravam internados, e a postura da entrevistadora foi profundamente inspirada em Kubler-Ross (1981).

O papel da religiosidade na vida de idosos sob cuidados paliativos

Velhice e morte, por serem temas próprios, expressivos e inerentes à vida humana, variam no modo de percepção positiva ou negativa, de acordo com a experiência subjetiva. Goldstein e Sommerhalder (2002) acreditam que as crenças religiosas podem, além de explicarem questões existenciais referentes ao processo de envelhecimento, promover a superação de eventos estressantes e descobrir ferramentas psicológicas que busquem equilibrar o indivíduo. A influência da religiosidade na vida do idoso pode representar motivação, compreensão e adequação

das respostas, principalmente quando em situações-limite (eventos estressantes e não controláveis), como no acometimento de doenças crônico-degenerativas.

Na velhice, o idoso depara-se com um processo declinante, progressivo e caracterizado por alterações biológicas (Burlá, 2002). Envoltos por esses eventos, sujeita-se à queda de reservas e à diminuição da capacidade de defesa, propiciando o aparecimento de doenças crônicas oportunistas (Freitas, Miranda e Nery, 2002). Dentre essas doenças, o câncer mostra-se presente como a segunda maior morbidade na vida do idoso (Burlá, 2002). Causadora de intenso sofrimento físico e psíquico, a doença representa, para alguns idosos, ao receberem tal diagnóstico, uma notícia prévia do fim da vida, o que intensifica ainda mais sua preocupação com a morte. Com o passar do tempo, mesmo com tratamento, os sintomas físicos se agravam em intensidade e frequência, não adiantando intervir no processo, pois a doença de base é irreversível clinicamente. Quando a doença se torna refratária ao tratamento, intensificam-se as crises e a hospitalização torna-se inevitável. Tida primeiramente como um fator positivo na recuperação da saúde, a hospitalização torna-se um dos fatores de risco e agravamento ao restabelecimento, já que pode provocar infecções, isolamento social, iatrogenias, perda de independência e autonomia (Maia, Duarte, Lebrão e Santos, 2006). Trata-se de momento delicado, porque o paciente já não mais se beneficia com tratamento antitumoral.

Pacientes que não possuem mais perspectiva de tratamentos curativos, quando possível, são encaminhados para alas assistenciais dedicadas exclusivamente aos cuidados paliativos, que primam pelo alívio do sofrimento e dos sintomas físicos, além de humanização do tratamento em busca de qualidade de vida dos pacientes sob acompanhamento (Pessini e Bertachini, 2005). Por meio da medicina paliativa, as técnicas tendem a aumentar o conforto, sem interferir na sobrevivência (Burlá, 2002). Entretanto, mesmo com a tendência a aliviar os sintomas, por força dos efeitos negativos da doença e do ambiente hospitalar no

paciente, o câncer mobiliza o indivíduo emocionalmente a ponto de associá-lo intimamente à morte. Essa vivência tende a produzir uma perspectiva clara, concreta e aversiva da finitude.

A morte, apesar de ser condição dada pela própria vida e existência humana, tende a ser temida e, tanto quanto possível, afastada pelo homem, por ser vista como causadora de grande sofrimento psíquico. É encarada como representante de dor, angústia e solidão, roubando-lhe a existência. A perspectiva de morte também pode gerar um temor no ser humano perante a ruptura da existência física e espiritual. Em pesquisa realizada com pacientes idosos e não idosos sobre a expectativa do fim da vida, Vieira (2004) relata que as maiores dificuldades enfrentadas pelos colaboradores diz respeito à não realização de metas, o medo do sofrimento físico, do desconhecido, do que pode acontecer com a família, além da inveja diante de pessoas saudáveis. Segundo Vieira (*ibid.*, p. 218), “a morte é cercada de incertezas, tristezas e ausência de perspectivas”.

No contexto dos cuidados paliativos, a vivência do sofrimento físico tende a acentuar a fragilidade emocional e o temor relacionado ao processo do morrer. Nesse contexto, a religiosidade pode induzir o indivíduo a mobilizar cognições, motivações e pulsões, de modo a atingir uma força pessoal maior que o estimule a apreciar o que não consegue controlar (Argyle, 1990). Como propõe Pargament (1997), o fenômeno religioso se apresenta como um mecanismo acessível e útil, fonte de recursos em situações de *stress*, em caso de doença, hospitalização e morte, já que na vida do ser humano ele tem a capacidade de responder a numerosas necessidades, de maneiras diversas. Esta forma de compreender o papel da religiosidade pode parecer, em princípio, meramente utilitarista. Por isso, é importante esclarecer que, para o autor, é justamente a característica mais singular da religião – o sagrado, que faz com que a procura religiosa seja algo tão significativa, distintiva e potencialmente tão poderosa (Pargament, 1996, apud Paiva, 2003). Sendo assim, da perspectiva religiosa, “o sagrado é um fim em si mesmo, que não pode ser reduzido a outras finalidades psicológicas ou sociais” (*ibid.*, p.13). Ocorre que não cabe à Psicologia

paciente, o câncer mobiliza o indivíduo emocionalmente a ponto de associá-lo intimamente à morte. Essa vivência tende a produzir uma perspectiva clara, concreta e aversiva da finitude.

A morte, apesar de ser condição dada pela própria vida e existência humana, tende a ser temida e, tanto quanto possível, afastada pelo homem, por ser vista como causadora de grande sofrimento psíquico. É encarada como representante de dor, angústia e solidão, roubando-lhe a existência. A perspectiva de morte também pode gerar um temor no ser humano perante a ruptura da existência física e espiritual. Em pesquisa realizada com pacientes idosos e não idosos sobre a expectativa do fim da vida, Vieira (2004) relata que as maiores dificuldades enfrentadas pelos colaboradores diz respeito à não realização de metas, o medo do sofrimento físico, do desconhecido, do que pode acontecer com a família, além da inveja diante de pessoas saudáveis. Segundo Vieira (*ibid.*, p. 218), “a morte é cercada de incertezas, tristezas e ausência de perspectivas”.

No contexto dos cuidados paliativos, a vivência do sofrimento físico tende a acentuar a fragilidade emocional e o temor relacionado ao processo do morrer. Nesse contexto, a religiosidade pode induzir o indivíduo a mobilizar cognições, motivações e pulsões, de modo a atingir uma força pessoal maior que o estimule a apreciar o que não consegue controlar (Argyle, 1990). Como propõe Pargament (1997), o fenômeno religioso se apresenta como um mecanismo acessível e útil, fonte de recursos em situações de *stress*, em caso de doença, hospitalização e morte, já que na vida do ser humano ele tem a capacidade de responder a numerosas necessidades, de maneiras diversas. Esta forma de compreender o papel da religiosidade pode parecer, em princípio, meramente utilitarista. Por isso, é importante esclarecer que, para o autor, é justamente a característica mais singular da religião – o sagrado, que faz com que a procura religiosa seja algo tão significativa, distintiva e potencialmente tão poderosa (Pargament, 1996, apud Paiva, 2003). Sendo assim, da perspectiva religiosa, “o sagrado é um fim em si mesmo, que não pode ser reduzido a outras finalidades psicológicas ou sociais” (*ibid.*, p.13). Ocorre que não cabe à Psicologia

ou à Gerontologia pronunciar-se sobre o sagrado, visto que isto seria já entrar no terreno da Teologia, mas cabe a ambos ajuizar sobre a adequabilidade e o importante papel da religiosidade nos contextos de suas respectivas atuações, neste caso, no acompanhamento aos idosos sob cuidados paliativos.

Em diferentes estudos, pesquisadores, ao associarem os temas religiosidade e morte na vida do ser humano, perceberam a existência de uma relação própria e íntima, vivenciada a partir da percepção subjetiva do indivíduo. Para Doll e Py (2005), no momento de proximidade com a morte, a religiosidade reforça o suporte e o apoio, e estes atuam como suportes de importantes reformulações internas. Siegel e Schrimshaw (2002) depararam-se com as crenças religiosas e seus possíveis benefícios perante os desconfortos vivenciados na expectativa da morte: enfrentamento, conforto emocional, alívio do medo e das incertezas. Estas considerações estão em consonância com as proposições de Pargament (1997), que, por meio da noção de ER, investigou e descreveu como as crenças e os comportamentos religiosos permitem lidar com importantes exigências pessoais ou situacionais na vida das pessoas. Diante de um evento excedente, como é o caso de uma doença grave e com péssimo prognóstico do ponto de vista estritamente médico, a religiosidade auxilia na avaliação e na regulação da resposta, afetando o sentido que o indivíduo dá às dificuldades, aos limites e ao sofrimento, algo fundamental no contexto das práticas de saúde.

A religiosidade também é empregada para motivar esperança de cura e caminhos para a organização da vida durante a reabilitação. Em pesquisa realizada com cinco capelães que atendiam idosos portadores de câncer vivendo sob cuidados paliativos, Teixeira e Lafrève (2003) chamam a atenção para três pontos importantes em relação à religiosidade dos pacientes: o primeiro é que a fé religiosa ajuda-os a encarar a própria doença; o segundo é que a fé religiosa adquire contexto conservador na vida dos idosos com câncer; e o terceiro é que o discurso coletivo assinala que os idosos são mais reconciliadores com a vida e mais bem preparados para as adversidades. Koenig, Pargament e Nielsen (1998), em pesquisa realizada no contexto hospitalar, buscaram investigar o

emprego ou não do ER, associando-o à saúde clínica dos pacientes. Geralmente, aqueles que se encontravam hospitalizados expressaram atitudes de ER, variando entre positivas e negativas, dependendo da forma como encaravam a doença e a religião. A tradição religiosa pode promover uma discrepância na forma de ajustar e moldar as avaliações dos eventos feitas pelos indivíduos.

Também a grande pioneira em Tanatologia, Kübler-Ross (1981), constatou, logo no início de seus estudos, que, diante da morte eminente, os pacientes costumam adotar recursos calcados na religiosidade que muito os auxiliam no modo de lidar e encarar a doença, e com isso ela ofereceu importantes contribuições nas práticas dos cuidados paliativos. Adotando uma postura inspirada na fenomenologia, disponibilizava-se a escutar e compreender as angústias vivenciadas pelo paciente em estágio final de doença. Nos diálogos, tentava extrair o que o incomodava, em busca de consolo e respostas para angústias reprimidas. Após as entrevistas, pacientes e acompanhantes compreendiam e aceitavam melhor o tratamento, a equipe de saúde, e o trabalho desempenhado. Tal modelo de diálogo, também adotado na pesquisa de base para as reflexões conduzidas neste trabalho, tem inspirado cuidadores, profissionais ou voluntários, no intuito de minimizar as mobilizações emocionais ou de possibilitar suas adequadas elaborações por partes de quem recebe seus cuidados, em situações paliativas.

Ilustrando o papel da religiosidade com depoimento de idosos sob cuidados paliativos

Selecionamos, para ilustrar o papel da religiosidade e as atitudes diante da morte em idosos, fragmentos de falas de três idosos, com idade entre 61 e 72 anos, portadores de câncer no estágio final, hospitalizados na ala de cuidados paliativos de um hospital da rede pública de saúde do Distrito Federal. Inspirando-se na postura de Kübler-Ross (1981), a pesquisadora dispôs-se a ouvi-los, de modo a apreender suas vivências sobre a doença, a hospitalização, a expectativa da finitude e o papel da religiosidade naquele atual contexto de suas vidas. Os

emprego ou não do ER, associando-o à saúde clínica dos pacientes. Geralmente, aqueles que se encontravam hospitalizados expressaram atitudes de ER, variando entre positivas e negativas, dependendo da forma como encaravam a doença e a religião. A tradição religiosa pode promover uma discrepância na forma de ajustar e moldar as avaliações dos eventos feitas pelos indivíduos.

Também a grande pioneira em Tanatologia, Kübler-Ross (1981), constatou, logo no início de seus estudos, que, diante da morte eminente, os pacientes costumam adotar recursos calcados na religiosidade que muito os auxiliam no modo de lidar e encarar a doença, e com isso ela ofereceu importantes contribuições nas práticas dos cuidados paliativos. Adotando uma postura inspirada na fenomenologia, disponibilizava-se a escutar e compreender as angústias vivenciadas pelo paciente em estágio final de doença. Nos diálogos, tentava extrair o que o incomodava, em busca de consolo e respostas para angústias reprimidas. Após as entrevistas, pacientes e acompanhantes compreendiam e aceitavam melhor o tratamento, a equipe de saúde, e o trabalho desempenhado. Tal modelo de diálogo, também adotado na pesquisa de base para as reflexões conduzidas neste trabalho, tem inspirado cuidadores, profissionais ou voluntários, no intuito de minimizar as mobilizações emocionais ou de possibilitar suas adequadas elaborações por partes de quem recebe seus cuidados, em situações paliativas.

Ilustrando o papel da religiosidade com depoimento de idosos sob cuidados paliativos

Selecionamos, para ilustrar o papel da religiosidade e as atitudes diante da morte em idosos, fragmentos de falas de três idosos, com idade entre 61 e 72 anos, portadores de câncer no estágio final, hospitalizados na ala de cuidados paliativos de um hospital da rede pública de saúde do Distrito Federal. Inspirando-se na postura de Kübler-Ross (1981), a pesquisadora dispôs-se a ouvi-los, de modo a apreender suas vivências sobre a doença, a hospitalização, a expectativa da finitude e o papel da religiosidade naquele atual contexto de suas vidas. Os

colaboradores, citados com nomes fictícios foram: D. Mariana, idosa de 65 anos, evangélica, analfabeta, portadora de câncer de mama e metástase no pulmão; Sr. Joaquim, 61 anos, evangélico, com ensino fundamental incompleto, portador de câncer epidermóide de pelve; e Sr. Paulo, 72 anos, católico, ensino fundamental incompleto, portador de câncer epidermóide da cavidade oral.

A partir da escuta às falas dos idosos, foi possível apreender os modos como elaboravam suas expectativas de finitude, acompanhadas de medos que puderam ser classificados segundo as modalidades descritas por Kastenbaun e Aisenberg (1983). Os temores principais foram o medo do sofrimento no processo do morrer, de deixar coisas ou pessoas para trás, de encarar a morte dos outros e da morte iminente. Esses medos eram suscitados tanto pelas crenças pessoais como pela vivência diária do contato com a morte, fatos constantes na ala dos cuidados paliativos.

No depoimento de D. Mariana, observou-se a presença de duas modalidades de medo: a do sofrimento e a de deixar coisas ou pessoas para trás. Com relação ao medo do sofrimento no processo do morrer, apesar de somente D. Mariana ter verbalizado claramente, os outros idosos também se manifestavam indiretamente. Kastenbaun e Aisenberg (1983) referem-se a esse medo como um temor de sofrimento físico. Pessini (2005) acrescenta que o medo abarca, além do sofrimento físico, as várias questões inerentes à fragilidade humana, ou seja, diz respeito à dificuldade de lidar com difíceis questões existenciais, sentir-se um peso, dependente e inútil: *“a única coisa que eu tenho medo da morte (...) é você ficar sofrendo, isso é que eu tenho medo. (...) um dia, dois, três dias, uns meses, vamos dizer, sofrendo, isso é que é ruim né? (...) Tô perdendo 24 horas, meu Deus!”* Outra modalidade relatada por D. Mariana ainda trata do medo de morrer e deixar seu filho. Para Kastenbaum e Aisenberg (1983), esse temor refere-se ao deixar coisas e pessoas para trás, às perdas e ao abandono. Em seu depoimento, a colaboradora deixa clara sua angústia de morrer e abandoná-lo. Nos momentos que se entregava a Deus, lembrava-se do filho e recuava, de modo que, para que pudesse

se libertar dessa preocupação entregava, além de sua vida, também o destino do filho à Deus: “*Eu tenho um filho homem. Eu tô morrendo, mas tô nas mãos de Deus. Então, se eu for, Deus escolha o lugar certo pra ele*”.

Com muita frequência, D. Mariana referia-se, espontaneamente, à sua religiosidade como recurso para lidar com a doença e com a morte, numa tentativa de encontrar resposta e solução para o seu problema. Por meio da representação divina, a colaboradora organizava sua vida, atribuindo a Deus autoridade, poder, responsabilidade e decisão pela cura e pela sua vida, caracterizando o estilo delegante, descrito por Pargament (1997). Supõe-se que a colaboradora acreditava que as súplicas pela sua vida, direcionadas a Deus, minimizava a sua própria responsabilidade, submetendo-se totalmente à vontade d’Ele, o que parecia tranquilizá-la. Nesse caso, a religiosidade, além de aliviá-la, livrava-a de uma culpa pessoal. A tranquilidade promovida por sua crença foi fundamental para a aceitação da finitude.

Tenho Deus no meu coração! (...) Ele é o dono do mundo! Ele é o médico dos médicos, o advogado dos advogados (...). Nós sem Ele não somos nada! (...) Tem que ter uma solução, porque só Ele mesmo. Da maneira que Jesus achar que tem que ser. (...) Eu quero que Ele me dê força! (...) que Ele esteja comigo em todas as horas. Eu pedi pra Ele: seja meu protetor, me guia nos teus caminhos.

Nos depoimentos do Sr. Joaquim, ficaram caracterizadas duas modalidades de medo relacionados à morte: primeiro, a reação negativa perante a morte dos outros; depois, a morte iminente. Além da vivência da perda da mãe (com câncer de mama), Sr. Joaquim fez menção à sua dificuldade em aceitar a morte da esposa, que também falecera devido a um câncer no fígado. Ele não só sentia a ausência dos familiares, mas também temia passar pelo mesmo sofrimento. Colocar-se no lugar das pessoas queridas, que passaram por tal experiência, tornava sua expectativa negativa e angustiante. “*Quando a esposa faleceu, eu senti um abalo horrível (...). (...) Perdi, foi triste, adoeci*”. Também a alta frequência de óbitos na ala dos cuidados paliativos contribuía para reforçar essa modalidade de medo. Para o idoso que lá permanece, cada óbito sus-

se libertar dessa preocupação entregava, além de sua vida, também o destino do filho à Deus: “*Eu tenho um filho homem. Eu tô morrendo, mas tô nas mãos de Deus. Então, se eu for, Deus escolha o lugar certo pra ele*”.

Com muita frequência, D. Mariana referia-se, espontaneamente, à sua religiosidade como recurso para lidar com a doença e com a morte, numa tentativa de encontrar resposta e solução para o seu problema. Por meio da representação divina, a colaboradora organizava sua vida, atribuindo a Deus autoridade, poder, responsabilidade e decisão pela cura e pela sua vida, caracterizando o estilo delegante, descrito por Pargament (1997). Supõe-se que a colaboradora acreditava que as súplicas pela sua vida, direcionadas a Deus, minimizava a sua própria responsabilidade, submetendo-se totalmente à vontade d’Ele, o que parecia tranquilizá-la. Nesse caso, a religiosidade, além de aliviá-la, livrava-a de uma culpa pessoal. A tranquilidade promovida por sua crença foi fundamental para a aceitação da finitude.

Tenho Deus no meu coração! (...) Ele é o dono do mundo! Ele é o médico dos médicos, o advogado dos advogados (...). Nós sem Ele não somos nada! (...) Tem que ter uma solução, porque só Ele mesmo. Da maneira que Jesus achar que tem que ser. (...) Eu quero que Ele me dê força! (...) que Ele esteja comigo em todas as horas. Eu pedi pra Ele: seja meu protetor, me guia nos teus caminhos.

Nos depoimentos do Sr. Joaquim, ficaram caracterizadas duas modalidades de medo relacionados à morte: primeiro, a reação negativa perante a morte dos outros; depois, a morte iminente. Além da vivência da perda da mãe (com câncer de mama), Sr. Joaquim fez menção à sua dificuldade em aceitar a morte da esposa, que também falecera devido a um câncer no fígado. Ele não só sentia a ausência dos familiares, mas também temia passar pelo mesmo sofrimento. Colocar-se no lugar das pessoas queridas, que passaram por tal experiência, tornava sua expectativa negativa e angustiante. “*Quando a esposa faleceu, eu senti um abalo horrível (...). (...) Perdi, foi triste, adoeci*”. Também a alta frequência de óbitos na ala dos cuidados paliativos contribuía para reforçar essa modalidade de medo. Para o idoso que lá permanece, cada óbito sus-

cita fortes estímulos aversivos, pois todos ali presentes são vistos como companheiros no mesmo caminho, lutando pelo mesmo objetivo, sendo então o óbito relacionado a um fracasso geral. A imagem da morte das pessoas queridas, associada aos constantes óbitos da ala, confrontava Sr. Joaquim à sua própria finitude, para ele, iminente.

Sr. Joaquim dizia-se um homem muito religioso e confiante na presença divina, recorrendo frequentemente à sua fé em Deus e às práticas religiosas (orações, idas à missa), para lidar com a expectativa de fim da vida. Conforme seu depoimento, antigamente só rezava pelos outros, mas mudou após ter levado um “atropço” (referindo-se ao câncer). Desenvolveu uma estratégia de oração, rezando criteriosamente três vezes por dia, pedindo a cura para sua enfermidade. Atribuía a Deus a superioridade e a crença de que sua cura viria exclusivamente por Ele. Para o Sr. Joaquim, a ideia do transcendente jamais poderia dissociar-se de sua vida. Ao contrário, a presença divina deveria ser estimulada e reforçada, pois, segundo suas crenças particulares, tanto a melhoria de sua saúde como a cura da enfermidade só viriam através de Deus. Cabe ressaltar que, apesar da relação de intimidade com o transcendente, que buscava alcançar por meio de suas preces e idas à missa, continuava temendo o sofrimento e o confronto com a morte.

Acredito muito n'Ele. (...) eu não estou sozinho, Jesus está comigo. (...) A minha fé, só em Jesus Cristo. (...) vou passando com a fé em Deus. (...) Jesus é o meu caminho. Pra Jesus não tem nada difícil. Peça a Jesus tudo o que quiser. (...) Peça. Tinha tempo que eu tinha uma impinge grandona (...) mas Jesus curou, (...) curou com muita oração. (...) eu falei com Deus, pois tudo agora é com Ele. (...) Só Ele adianta. Ninguém mais. Ninguém pode me ajudar.

De novo, também nos depoimentos do Sr. Joaquim, fica mais caracterizada a modalidade delegante, conforme descrita por Pargament (1997), no enfrentamento religioso à sua condição terminal.

Embora em fase final de vida, Sr. Paulo refere ter descoberto, durante a hospitalização, ter muito a contribuir na vida, por meio de projetos a serem executados. Pelo discurso, apreendeu-se o medo do

deixar coisas para trás (Kastenbaum e Aisenberg, 1983): “*Eu não esperava que depois que eu vim pra qui eu olhei pra trás, tanta coisa que precisava de eu fazer (...) nesses oitenta anos, eu poderia fazer ainda muita coisa. (...) a pessoa nunca termina o que ele começa, ele pode parar, mas terminar, ele não termina*”. Supõe-se que tal reação adveio de uma ligeira melhora na saúde, experimentada nos cuidados paliativos, ou seja, ação defensiva à confrontação com a finitude. Pela relação intersubjetiva pesquisado-pesquisadora, compreendeu-se que o colaborador acreditava que, enquanto tivesse projetos, sonhos ou alguma função na vida, ser-lhe-ia permitido continuar vivendo. Essa modalidade de medo relaciona-se à dificuldade de entrega e à expectativa de permanecer no controle da própria vida. Sr. Paulo, em depoimentos, fez referência ao nervosismo que sentia pelo óbito de “um irmão na mesma estrada”. Para ele, cada interno que morria lembrava-lhe a própria finitude e, assim, um sentimento de fracasso e de derrota: “*quando eu vi, ele já tava morrendo. Fiquei um pouco chocado, nervoso, mas depois eu controlei. Pra falar a verdade, eu tô um pouco agitado. Eu vejo ele como um irmão, na mesma estrada que eu*”.

Sr. Paulo recorreu à sua crença religiosa em busca da reconciliação com o Deus. Em seus depoimentos, apreendeu-se um sentimento de culpa pessoal, causado pela desobediência à lei dos homens (devido aos seus relacionamentos extraconjugais), e culpa religiosa pela seu afastamento da Igreja. Sr. Paulo obrigava-se a fazer tudo o que a sua consciência ordenava, fundada na concepção religiosa que passou a cultivar. Ele ressaltou, sucessivas vezes, em seus depoimentos, como acreditava, amava e estava feliz com Deus. Parecia reforçar para si mesmo essa relação, intuindo que Deus atestaria, verdadeiramente, o arrependimento das escolhas que fez na vida. Para ele, o câncer era um castigo pelas opções erradas cometidas, mas nem por isso acusava a “Deus”, ao contrário, livrava-o: “o homem é que procura o pecado”. Antes de morrer, Sr. Paulo manifestou seu desejo de contrair matrimônio, na tentativa de se reconciliar com Deus, mas faleceu antes de assinar o divórcio do primeiro casamento. Sr. Paulo, apesar da crença na indulgência, temia a retaliação divina, talvez um dos motivos do seu grande temor da morte. Sua crença religiosa tinha o papel de pacificar a relação de Deus e do homem. Pela culpa sentida internamente, assumia com resignação a ideia de castigo a ele atribuído:

deixar coisas para trás (Kastenbaum e Aisenberg, 1983): “*Eu não esperava que depois que eu vim pra qui eu olhei pra trás, tanta coisa que precisava de eu fazer (...) nesses oitenta anos, eu poderia fazer ainda muita coisa. (...) a pessoa nunca termina o que ele começa, ele pode parar, mas terminar, ele não termina*”. Supõe-se que tal reação adveio de uma ligeira melhora na saúde, experimentada nos cuidados paliativos, ou seja, ação defensiva à confrontação com a finitude. Pela relação intersubjetiva pesquisado-pesquisadora, compreendeu-se que o colaborador acreditava que, enquanto tivesse projetos, sonhos ou alguma função na vida, ser-lhe-ia permitido continuar vivendo. Essa modalidade de medo relaciona-se à dificuldade de entrega e à expectativa de permanecer no controle da própria vida. Sr. Paulo, em depoimentos, fez referência ao nervosismo que sentia pelo óbito de “um irmão na mesma estrada”. Para ele, cada interno que morria lembrava-lhe a própria finitude e, assim, um sentimento de fracasso e de derrota: “*quando eu vi, ele já tava morrendo. Fiquei um pouco chocado, nervoso, mas depois eu controlei. Pra falar a verdade, eu tô um pouco agitado. Eu vejo ele como um irmão, na mesma estrada que eu*”.

Sr. Paulo recorreu à sua crença religiosa em busca da reconciliação com o Deus. Em seus depoimentos, apreendeu-se um sentimento de culpa pessoal, causado pela desobediência à lei dos homens (devido aos seus relacionamentos extraconjugais), e culpa religiosa pela seu afastamento da Igreja. Sr. Paulo obrigava-se a fazer tudo o que a sua consciência ordenava, fundada na concepção religiosa que passou a cultivar. Ele ressaltou, sucessivas vezes, em seus depoimentos, como acreditava, amava e estava feliz com Deus. Parecia reforçar para si mesmo essa relação, intuindo que Deus atestaria, verdadeiramente, o arrependimento das escolhas que fez na vida. Para ele, o câncer era um castigo pelas opções erradas cometidas, mas nem por isso acusava a “Deus”, ao contrário, livrava-o: “o homem é que procura o pecado”. Antes de morrer, Sr. Paulo manifestou seu desejo de contrair matrimônio, na tentativa de se reconciliar com Deus, mas faleceu antes de assinar o divórcio do primeiro casamento. Sr. Paulo, apesar da crença na indulgência, temia a retaliação divina, talvez um dos motivos do seu grande temor da morte. Sua crença religiosa tinha o papel de pacificar a relação de Deus e do homem. Pela culpa sentida internamente, assumia com resignação a ideia de castigo a ele atribuído:

[...] eu creio que eu sei que eu estou com Deus, sei que eu amo a Deus. Eu adoro o meu Deus, então eu tô muito feliz. (...) Deus é o Deus todo poderoso (...). Eu creio nisso. Mas eu tenbo que cumprir, né, cumprir até o dia que Deus quiser. Deus sabe a hora que dá e a hora que tira nossa vida. (...) Eu tô aqui sob os cuidados de Deus. (...) Jesus vai na frente, e a gente atrás.

Não é simples caracterizar as modalidades de ER apresentada pelo Sr. Paulo, porque parecem incorporar alguns elementos do estilo delegante com o estilo cooperativo, conforme descritos por Pargament et al. (1988), na medida em que ele assume responsabilidade pela própria doença, mas de um modo culposo, como se Deus estivesse lhe castigando por uma má ação. Então, de um modo ou de outro, acaba delegando a esse Deus o poder absoluto, de puni-lo ou absolvê-lo, conforme suas más ou boas ações.

Com relação aos estágios descritos por Kubler-Ross (1981), foi possível acompanhar e observar suas características com predominância para o encaminhamento das etapas de barganha e depressão para a de aceitação. O Sr. Paulo apresentou, algumas vezes, comportamentos e atitudes características da negação e da revolta, como se ilustra, por exemplo, na fala “O homem nasceu pra viver com a bonança. O homem não nasceu pra ser destruído assim, por qualquer bobagem não...”, demonstrando o inconformismo com a sua situação. Os três apresentaram algumas características próprias do estágio da barganha, principalmente em suas súplicas dirigidas a Deus: “*Eu tenbo que fazer alguma coisa pra Ele, para que Ele sempre olhe por mim*” (Sr. Paulo); “*Não (...) é só querer pra chegar num lugar. (...) É preciso rezar! Quando pedir uma coisa, faça isso só três vezes. Se não conseguir de uma vez, você conseguirá da outra*” (Sr. Joaquim); “*Eu pedi para Ele: seja meu protetor, me guia nos teus caminhos, dá tudo certo*” (Sra. Mariana). Nos três casos, ficou caracterizado o papel da religiosidade no sentido de favorecer a passagem da depressão para a aceitação, na medida em que, a partir dela, passavam a “entregar nas mãos de Deus” o seu destino. Isso fica bem caracterizado, por exemplo, na fala da Sra. Mariana, já com expressão de serenidade e conforto a

partir da compreensão da própria realidade, ao afirmar: “*Ab sim. É a vontade d’Ele. Eu te falei: Todo mundo quer ser curado, mas às vezes não é a vontade d’Ele. Chegou a hora, chegou a hora de eu ir descansar*”.

Considerações finais

A experiência de escuta aos idosos sob cuidados paliativos ilustra a importância do fenômeno religioso na vida do ser humano e o seu papel em permitir a tolerância e elaboração não só das ocorrências felizes da existência, mas, essencialmente, das de padecimentos. Desse modo, a religiosidade pode promover tanto explicações como recursos e sentidos para os mais variados acontecimentos da vida, seja a velhice, a enfermidade ou a própria morte. Perceber a imagem de um Deus subjetivo, por meio da escuta à voz de idosos, exigiu uma abertura à expressividade da condição humana, desafio participativo não só para quem se expressa, como também a compreensão do ouvinte.

A leitura fenomenológica apontou vários elementos do processo caracterizado por Pargament (ibid.) como enfrentamento religioso, e a sua especificidade em pessoas idosas sob cuidados paliativos. Pode-se afirmar, de acordo com as declarações proferidas pelos colaboradores no momento das entrevistas, que a perspectiva religiosa promove-lhes apoio, bem-estar e conforto. Entretanto, é importante ressaltar também que a presença do elemento culposo, em especial ilustrada pelos depoimentos do Sr. Paulo, pareceu relacionar-se muito mais à religião institucionalizada que à própria religiosidade. Se considerarmos as observações de Pargament (1997), sobre a adequação do emprego das modalidades de ER e os contextos no qual elas ocorrem, essa dimensão da culpabilidade, respaldada pela crença em um Deus Todo Poderoso e também Vingativo, pode se constituir um ER negativo, pois aumenta o sofrimento do idoso em condições terminais, ao invés de lhe trazer alívio. Aqui, parece então se confirmar um dos achados dos estudos de Teixeira e Lafrève (2003), no que se refere à tendência ao conservadorismo religioso por parte de alguns idosos com câncer, sob cuidados paliativos.

De todo modo, fica caracterizada, neste trabalho, a importância da sensibilidade às questões de ordem religiosa por parte de profissio-

partir da compreensão da própria realidade, ao afirmar: “*Ab sim. É a vontade d’Ele. Eu te falei: Todo mundo quer ser curado, mas às vezes não é a vontade d’Ele. Chegou a hora, chegou a hora de eu ir descansar*”.

Considerações finais

A experiência de escuta aos idosos sob cuidados paliativos ilustra a importância do fenômeno religioso na vida do ser humano e o seu papel em permitir a tolerância e elaboração não só das ocorrências felizes da existência, mas, essencialmente, das de padecimentos. Desse modo, a religiosidade pode promover tanto explicações como recursos e sentidos para os mais variados acontecimentos da vida, seja a velhice, a enfermidade ou a própria morte. Perceber a imagem de um Deus subjetivo, por meio da escuta à voz de idosos, exigiu uma abertura à expressividade da condição humana, desafio participativo não só para quem se expressa, como também a compreensão do ouvinte.

A leitura fenomenológica apontou vários elementos do processo caracterizado por Pargament (ibid.) como enfrentamento religioso, e a sua especificidade em pessoas idosas sob cuidados paliativos. Pode-se afirmar, de acordo com as declarações proferidas pelos colaboradores no momento das entrevistas, que a perspectiva religiosa promove-lhes apoio, bem-estar e conforto. Entretanto, é importante ressaltar também que a presença do elemento culposo, em especial ilustrada pelos depoimentos do Sr. Paulo, pareceu relacionar-se muito mais à religião institucionalizada que à própria religiosidade. Se considerarmos as observações de Pargament (1997), sobre a adequação do emprego das modalidades de ER e os contextos no qual elas ocorrem, essa dimensão da culpabilidade, respaldada pela crença em um Deus Todo Poderoso e também Vingativo, pode se constituir um ER negativo, pois aumenta o sofrimento do idoso em condições terminais, ao invés de lhe trazer alívio. Aqui, parece então se confirmar um dos achados dos estudos de Teixeira e Lafrève (2003), no que se refere à tendência ao conservadorismo religioso por parte de alguns idosos com câncer, sob cuidados paliativos.

De todo modo, fica caracterizada, neste trabalho, a importância da sensibilidade às questões de ordem religiosa por parte de profissio-

nais que atendem aos idosos no contexto dos cuidados paliativos. Uma sensibilidade que deve estar atenta ao papel da religiosidade tanto como provedora de recursos, mas também, em alguns casos, como favorecedora da rigidez ou da autocondenação, comprometendo o bem-estar do idoso. No trato a essas questões, o profissional cuidador deve ter muito tato, pois não cabe simplesmente buscar “desmontar” a crença do idoso, já que ela cumpre um importante papel regulador nessa etapa final da vida. É importante buscar alternativas onde, em se respeitando a fé de cada um, busque-se também favorecer a leveza, o acolhimento e, tanto quanto possível, a ressignificação de suas crenças, tornando-as mais flexíveis e condescendentes.

Estas reflexões reforçam o entendimento de que a atenção aos idosos sob cuidados paliativos não pode se restringir ao tratamento clínico convencional. Esta necessita abranger as experiências da vida como um todo, nela inserida a religiosidade, a qual pode inclusive permitir a reconstrução da possibilidade de conviver com a doença, sem que isso signifique um prolongamento de vida inadequado, forçosamente, um protelar da morte. Vale lembrarmos aqui, para finalizar, uma importante observação de Pargament, e que é citada por Paiva (2003, p. 13), ao discutir a possibilidade do enfrentamento religioso da doença. Tal observação aponta o quanto a cultura ocidental acentua “a eficácia, o controle, o individualismo e a realização” e, por isso mesmo, quando confrontada com o insuperável, como a morte inevitável, por exemplo, tem muito menos a dizer ou a oferecer. Nessas situações, mais do que em outras, entra o papel da religiosidade, em especial quando dada pela sua articulação com o sagrado, ao apontar para o mistério, a esperança, a rendição, e a redenção, favorecendo a dimensão da entrega, em lugar da dimensão do controle. Assim, não seria propriamente exagerado dizer que a medicina, a psicologia e a gerontologia, enquanto ciências representantes da cultura ocidental, podem ajudar as pessoas a adquirirem o controle de suas vidas, enquanto que a religiosidade e seus fundamentos, ancorados na religião ou na espiritualidade, podem ajudar as pessoas a melhor lidarem com os limites do seu controle, favorecendo, no contexto da finitude, uma entrega confiante ao mistério absoluto, que se inicia com a instauração da própria morte.

Referências

- AMATUZZI, M. M. (2001). "Pesquisa fenomenológica em Psicologia". In: BRUNS, M. A. T. e HOLANDA, A. F. (orgs.). *Psicologia e pesquisa fenomenológica – Reflexões e perspectivas*. São Paulo, Ômega.
- ARGYLE, M. (1990). The psychological explanation of religious experience. *Psyke and Logos*, v. 11, n. 2, pp. 267-274.
- BARBOSA, K. A. (2008). *Religiosidade e o enfrentamento religioso em idosos sob cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Brasília, Universidade Católica de Brasília.
- BEARON, B. L. e KOENIG, H. G. (1990). Religious cognitions and use of prayer in health and illness. *The gerontologist*, v. 30, n 2, pp. 249-253.
- BEIT-HALLAHMI, B. (1989). *Prolegomena to the psychological study of religion*. Lewinsburg / London and Toronto, Bucknell University Press / Associated University Presses.
- BURLÁ, C. (2002). "Palição: cuidados ao fim da vida". In: FREITAS, E. V. et al. (orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- CHORON, J. (1964) *Modern man and mortality*. Nova York, Macmillan.
- DOLL, J. e PY, L. (2005). "Espiritualidade e finitude". In: PACHECO, J. L. (org.). *Tempo: rio que arrebatá*. São Paulo, Setembro.
- EMMONS, R. A. e PALOUTZIAN, R. F. (2003). The psychology of religion. *Annual Reviews Psychology*, n. 54, pp. 377-402.
- FREITAS, M. H. (1991). *A (de) negação da morte no contexto hospitalar. Um estudo teórico clínico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Brasília, Universidade de Brasília.
- (2006). "Diretrizes metodológicas para a investigação do senso religioso em gerontologia: uma abordagem fenomenológica". In: LOUREIRO, A. M. L. e FALEIROS, V. P. (orgs.). *Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz*. Brasília, Universa.

Referências

- AMATUZZI, M. M. (2001). “Pesquisa fenomenológica em Psicologia”. In: BRUNS, M. A. T. e HOLANDA, A. F. (orgs.). *Psicologia e pesquisa fenomenológica – Reflexões e perspectivas*. São Paulo, Ômega.
- ARGYLE, M. (1990). The psychological explanation of religious experience. *Psyke and Logos*, v. 11, n. 2, pp. 267-274.
- BARBOSA, K. A. (2008). *Religiosidade e o enfrentamento religioso em idosos sob cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Brasília, Universidade Católica de Brasília.
- BEARON, B. L. e KOENIG, H. G. (1990). Religious cognitions and use of prayer in health and illness. *The gerontologist*, v. 30, n 2, pp. 249-253.
- BEIT-HALLAHMI, B. (1989). *Prolegomena to the psychological study of religion*. Lewinsburg / London and Toronto, Bucknell University Press / Associated University Presses.
- BURLÁ, C. (2002). “Palição: cuidados ao fim da vida”. In: FREITAS, E. V. et al. (orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- CHORON, J. (1964) *Modern man and mortality*. Nova York, Macmillan.
- DOLL, J. e PY, L. (2005). “Espiritualidade e finitude”. In: PACHECO, J. L. (org.). *Tempo: rio que arrebatá*. São Paulo, Setembro.
- EMMONS, R. A. e PALOUTZIAN, R. F. (2003). The psychology of religion. *Annual Reviews Psychology*, n. 54, pp. 377-402.
- FREITAS, M. H. (1991). *A (de) negação da morte no contexto hospitalar. Um estudo teórico clínico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Brasília, Universidade de Brasília.
- (2006). “Diretrizes metodológicas para a investigação do senso religioso em gerontologia: uma abordagem fenomenológica”. In: LOUREIRO, A. M. L. e FALEIROS, V. P. (orgs.). *Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz*. Brasília, Universa.

- FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D. e NERY, M. R. (2002). "Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global". In: FREITAS, E. V. et al. (orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- GOLDSTEIN, L. L. e NERI, A. L. (1993). "Tudo bem, graças a Deus! Religiosidade e satisfação na velhice". In: NERI, A. L. (org.). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, Papirus.
- GOLDSTEIN, L. e SOMMERHALDER, C. (2002). "Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice". In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI e ROCHAS, S. M. (orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- KASTENBAUM, R. e AISENBERG, R. (1983). *Enfrentando o pensamento de morrer. Psicologia da morte*. São Paulo, Pioneira.
- KOENIG, H. G.; PARGAMENT, K. I. e NIELSEN, J. B. A. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of nervous and mental disorders*, v. 186, n. 9, pp. 513-521.
- KÜBLER-ROSS, E. (1981). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, Martins Fontes.
- LAZARUS, R. S. e FOLKMAN, S. (1984). "Coping and adaptation". In: GENTRY, W. D. (org.). *Handbook of behavioral medicine*. Nova York, Guilford.
- LUKOFF, D. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV (psychoreligious and psychospiritual problems). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, n. 180, pp. 673-682.
- MAIA, F. O. M.; DUARTE, A. O. Y.; LEBRÃO, M. L. e SANTOS, J. L. F. (2006). Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Revista de saúde pública*, v. 40, n. 6, pp. 1-8.
- MOBERG, D. O. (1965). Religiosity in old age. *Gerontologist*, v. 5, pp. 78-87.
- PAIVA, G. J. (1998). AIDS, psicologia e religião: o estado da questão na literatura psicológica. *Psicologia Teoria e pesquisa*, v. 14, n. 1, pp. 27-34.

- PAIVA, G. J. (2003). Enfrentamento religioso da doença: uma possibilidade? In: FREITAS, M. H. (org.). Saúde e religião. Brasília, Universa (Série Texto Didático – DPP, n. 1).
- PARGAMENT, K. I. (1997). The psychology of religion and coping. Theory, research, practice. Nova York, Guilford.
- PARGAMENT, K. I. et al. (1988). Religion and the problem. Solvin process: three styles of coping. *Journal for the scientific study of religion*, v. 27, n. 1 pp. 90-104.
- PARGAMENT, K. I.; TARAKESHWAR, N.; ELLISON, C. G. e WULFF, K. M. (2001). Religious coping among the religious. The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders and members. *Journal for the scientific study of religion*, v. 40, n. 3, pp. 497-513.
- PARGAMENT, K. I. e PARK, C. L. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends. *Journal of social issues*, v. 51, pp. 13-32.
- PESSINI, L. (2005). Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *Mundo saúde*, v. 29, n. 4, pp. 1-19.
- PESSINI, L. e BERTACHINI, L. (2004). Humanização e cuidados paliativos. São Paulo, Loyola.
- SIEGEL, K. e SCHRIMSHAW, E. (2002). The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the scientific study of religion*, v. 41, n. 1, pp. 91-102.
- TEIXEIRA, V. e LAFÈVRE, F. (2003). O capelão e o paciente idoso com câncer: a busca do conforto e da espiritualidade na religião. *Mundo e saúde*, v. 27, n. 1.
- VIEIRA, E. (2004). Manual de gerontologia. Um guia teórico para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro, Revinter.
- WORTHINGTON, JR., E. L; KURUSU, T. A. e McCULLOUGH, M. E. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, n. 119, pp. 448-487.

Data de recebimento: 22/6/2008; Data de aceite: 6/9/2008.

- PAIVA, G. J. (2003). Enfrentamento religioso da doença: uma possibilidade? In: FREITAS, M. H. (org.). Saúde e religião. Brasília, Universa (Série Texto Didático – DPP, n. 1).
- PARGAMENT, K. I. (1997). The psychology of religion and coping. Theory, research, practice. Nova York, Guilford.
- PARGAMENT, K. I. et al. (1988). Religion and the problem. Solvin process: three styles of coping. *Journal for the scientific study of religion*, v. 27, n. 1 pp. 90-104.
- PARGAMENT, K. I.; TARAKESHWAR, N.; ELLISON, C. G. e WULFF, K. M. (2001). Religious coping among the religious. The relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders and members. *Journal for the scientific study of religion*, v. 40, n. 3, pp. 497-513.
- PARGAMENT, K. I. e PARK, C. L. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends. *Journal of social issues*, v. 51, pp. 13-32.
- PESSINI, L. (2005). Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *Mundo saúde*, v. 29, n. 4, pp. 1-19.
- PESSINI, L. e BERTACHINI, L. (2004). Humanização e cuidados paliativos. São Paulo, Loyola.
- SIEGEL, K. e SCHRIMSHAW, E. (2002). The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the scientific study of religion*, v. 41, n. 1, pp. 91-102.
- TEIXEIRA, V. e LAFÈVRE, F. (2003). O capelão e o paciente idoso com câncer: a busca do conforto e da espiritualidade na religião. *Mundo e saúde*, v. 27, n. 1.
- VIEIRA, E. (2004). Manual de gerontologia. Um guia teórico para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro, Revinter.
- WORTHINGTON, JR., E. L; KURUSU, T. A. e McCULLOUGH, M. E. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, n. 119, pp. 448-487.

Data de recebimento: 22/6/2008; Data de aceite: 6/9/2008.

Kely de Azevedo Barbosa – Psicóloga clínica com formação em Psicologia junguiana, mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. E-mail: kelypsi@yahoo.com.br

Marta Helena de Freitas – Psicóloga, mestre em Psicologia Social e da Personalidade, doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília e Professora Pesquisadora dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia e Gerontologia da Universidade Católica de Brasília. E-mail: mhelena@ucb.br

O idoso institucionalizado e a reflexão sobre a própria morte

Juliana Augusto Soares

Rilza Freitas Silva

Larissa Jardim Rosa

Érica Aparecida Galvão

Raquel Noel Ribeiro

RESUMO: Este artigo discute o significado de morte para idosos institucionalizados. Para tanto, foram realizadas seis entrevistas semidirigidas individuais com idosos moradores da Casa dos Velhinhos Ondina Lobo (São Paulo), de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos. Na análise das entrevistas, foram estabelecidas as categorias temáticas velhice, perdas e morte. Observou-se a necessidade de abordagens que favoreçam a reflexão a respeito da morte e da velhice.

Palavras-chave: idoso; institucionalização; significado de morte.

ABSTRACT: *This article discusses the meaning of death for institutionalized seniors. Six individual semi-directed interviews were performed with seniors aged over 60, both male and female, residing at Casa dos Velhinhos Ondina Lobo, in São Paulo. Analysing the interviews, three main subjects were identified: old age, losses and death. It was demonstrated that new approaches that favor reflection regarding old age and death are needed.*

Keywords: *senior; institutionalization; meaning of death.*

O objetivo deste artigo é apresentar temas de discussão levantados com idosos residentes em uma instituição de longa permanência em São Paulo acerca da velhice e da própria morte.