

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP
PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM DESENVOLVIMENTO E
SOCIEDADE – PPGDS**

ALINE DANIELLE STÜEWER

**A ATUAÇÃO DA CAPELANIA HOSPITALAR NO CUIDADO A PACIENTES DE
COVID-19**

**CAÇADOR
2023**

ALINE DANIELLE STÜEWER

**A ATUAÇÃO DA CAPELANIA HOSPITALAR NO CUIDADO A PACIENTES DE
COVID-19**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Sociedade - PPGDS, Linha de Pesquisa Sociedade, Cidadania e Segurança, da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Joel Cezar Bonin

**CAÇADOR
2023**

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo Fonte, elaborada pela Bibliotecária: Célia De Marco / CRB14-692 da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP – Caçador – SC.

S933a

Stüewer, Aline Danielle

A atuação da capelania hospitalar no cuidado a pacientes de covid-19. / Aline Danielle Stüewer./ Caçador, SC: EdUniarp, 2023.
96f.

Orientador: Prof. Dr. Joel Cezar Bonin

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Sociedade - PPGDS, Linha de Pesquisa Sociedade, Cidadania e Segurança, da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento e Sociedade.

1. Pandemia. 2. Covid-19. 3. Capelania Hospitalar. 4 Espiritualidade. 5. Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil I. Bonin, Joel Cezar II. Título.

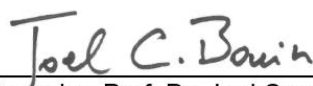
CDD: 610

ALINE DANIELLE STÜEWER

**“A ATUAÇÃO DA CAPELANIA HOSPITALAR NO CUIDADO A PACIENTES
DE COVID-19”.**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada no Programa de Mestrado Acadêmico em Desenvolvimento e Sociedade (PPGDS), da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestra em Desenvolvimento e Sociedade**.

BANCA EXAMINADORA



Orientador: Prof. Dr. Joel Cezar Bonin



Membro Titular Externo: Prof. Dr. Nilton Eliseu Herbes



Membro Titular Interno: Profa. Dra. Eliana Rezende Adami

Caçador, 20 de abril de 2023.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que atuaram no enfrentamento à Covid-19, que resistiram ou sucumbiram, a pacientes e a profissionais que com fé, perseverança e amor lutaram para transformar o medo, a insegurança e a solidão em espaço de cura e de calor humano.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para a realização desta pesquisa, especialmente aos entrevistados. Aos capelães, pelo seu tempo e pela dedicação abnegada no acompanhamento de pessoas enfermas, sabendo atuar com sabedoria e perseverança. Também, às pessoas que foram vítimas da Covid-19 e que, por meio dos seus relatos, abriram os seus corações, confiaram em mim e permitiram que as suas trajetórias pudessem ser transformadas em fontes de pesquisa. Os resultados aqui apresentados dedico a vocês.

Agradeço, igualmente, ao meu orientador professor doutor Joel Cezar Bonin pelas esperas e leituras do texto e as valiosas contribuições. Gratidão também à professora doutora Eliana Rezende Adami, membro titular interno do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento e Sociedade da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe; e ao professor doutor Nilton Eliseu Herbes, membro titular externo das minhas bancas de qualificação e de defesa. As suas críticas e sugestões foram decisivas para a lapidação da pesquisa e do texto.

Agradeço ao meu marido, Joel Haroldo Baade, por ter me incentivado e me animado a realizar esta pesquisa. De igual modo, à minha tia Laurita, por seu exemplo de fé, coragem e persistência na luta contra a Covid-19. Gratidão e um pedido de desculpas à minha filha, Laura Danielle, pelas múltiplas ausências e por ter aprendido a entender a importância do meu trabalho.

Registro aqui o agradecimento à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela viabilização e manutenção do sistema brasileiro de pós-graduação.

Agradeço, ainda, ao Governo do Estado de Santa Catarina, por meio de Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina (Bolsas UNIEDU), pela concessão de bolsa de estudo para o segundo ano da pesquisa.

A cura (ou No tempo da pandemia)

Catherine M. O'Meara

E as pessoas ficaram em casa
E leram livros e ouviram música
E descansaram e fizeram exercícios
E fizeram arte e jogaram
E aprenderam novas maneiras de ser
E pararam
E ouviram mais fundo
Alguém meditou
Alguém rezava
Alguém dançava
Alguém conheceu a sua própria sombra
E as pessoas começaram a pensar de forma diferente.
E as pessoas curaram.

E na ausência de gente que vivia
De maneiras ignorantes
Perigosos, perigosos.
Sem sentido e sem coração,
Até a terra começou a curar
E quando o perigo acabou
E as pessoas se encontraram
Eles ficaram tristes pelos mortos.
E fizeram novas escolhas
E sonharam com novas visões
E criaram novas maneiras de viver
E curaram completamente a terra
Assim como eles estavam curados.

RESUMO

A Pandemia da Covid-19 levou muitas pessoas a desenvolverem quadros graves de infecção respiratória. Essas precisaram de internação hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), permanecendo vários dias internadas em isolamento, sem poderem usufruir da companhia de um familiar. A capelania hospitalar em muitas instituições hospitalares viabilizou que pacientes com Covid-19 recebessem acompanhamento espiritual e contribuíram para fomentar um tratamento mais humanizado. A presente pesquisa objetivou evidenciar a atuação da capelania hospitalar da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil no cuidado a pacientes de Covid-19. Para tanto, realizou-se uma pesquisa de natureza aplicada com abordagem qualitativa do problema de pesquisa. Entrevistaram-se pessoas que tiveram Covid-19 e precisaram de internação, bem como capelães hospitalares da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil que atuaram no acompanhamento de pacientes com Covid-19. A pesquisa buscou assim compreender a atuação da capelania hospitalar no contexto da pandemia. O presente trabalho evidenciou a importância da espiritualidade no enfrentamento da Covid-19 e o papel fundamental da capelania hospitalar da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil no acompanhamento aos profissionais de saúde, aos pacientes com Covid-19 e aos seus familiares.

Palavras-chave: Pandemia. Covid-19. Capelania Hospitalar. Espiritualidade. Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil.

ABSTRACT

The Covid-19 Pandemic has led many people to develop serious respiratory infections. These people needed hospitalization in Intensive Care Units (ICU), staying several days in isolation, without being able to have the company of a family member. The hospital chaplaincy in many hospital institutions made it possible for patients with Covid-19 to receive spiritual guidance and contributed to fostering a more humane treatment. The present research aimed to highlight the performance of the hospital chaplaincy of the Evangelical Church of the Lutheran Confession in Brazil in the care of Covid-19 patients. Therefore, an applied research was carried out with a qualitative approach to the research problem. People who had Covid-19 and needed hospitalization were interviewed, as well as hospital chaplains from the Evangelical Church of Lutheran Confession in Brazil who worked in the follow-up of patients with Covid-19. The research thus sought to understand the performance of hospital chaplaincy in the context of the pandemic. This work highlighted the importance of spirituality in coping with Covid-19 and the fundamental role of the hospital chaplaincy of the Evangelical Church of Lutheran Confession in Brazil in monitoring health professionals, patients with Covid-19 and their families.

Keywords: Pandemic. Covid-19. Hospital Chaplaincy. Spirituality. Evangelical Church of the Lutheran Confession in Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Prontuário afetivo.....	34
Figura 2 - Técnica da mãozinha.....	35
Figura 3 - Videochamada em UTI.....	36
Figura 4 – Brunna Falluh de Alarcão e seu violão.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução de casos em nível mundial.....	21
Gráfico 2 – Evolução do número de mortes decorrentes da Covid-19.....	21
Gráfico 3 – Casos confirmados por continente.....	22
Gráfico 4 – Evolução dos casos de contágio no Brasil.....	24
Gráfico 5 – Número de óbitos no Brasil decorrentes da Covid- 19.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IECLB – Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil

JCI – Joint Commission International

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SARS-CoV-2 – Designação do vírus causador da Covid-19 ou coronavírus

Covid-19 – Nome da doença causada pelo SARS-CoV-2 ou coronavírus

ESPII – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

RSI – Regulamento Sanitário Internacional

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

Sumário

INTRODUÇÃO	14
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
1.1 PANDEMIA E A COVID-19	19
1.2 CRISE SANITÁRIA	22
1.3 OS EFEITOS PSICOSSOCIAIS DA PANDEMIA.....	24
1.4 DIGNIDADE HUMANA	28
1.5 CUIDADO À PESSOA HUMANA	31
1.6 EQUIPES DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES	36
1.7 ESPIRITUALIDADE E SAÚDE	38
1.8 CAPELANIA HOSPITALAR.....	39
2 METODOLOGIA DA PESQUISA	43
2.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	43
2.2 SUJEITOS DA PESQUISA	44
2.2.1 Critérios de inclusão	45
2.2.2 Critérios de exclusão	45
2.2.3 Benefícios da pesquisa para os sujeitos	45
2.2.4 Riscos que os participantes poderiam correr	46
2.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	47
2.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA	48
2.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS.....	48
3 RESULTADOS E ANÁLISE	50
3.1 FRAGILIDADE.....	50
3.2 SOLIDÃO.....	53
3.3 MEDO	57
3.4 ANSIEDADE	62
3.5 ESPERANÇA.....	64
3.6 EMPATIA	66
3.7 CUIDADO	70
3.8 GRATIDÃO.....	74
3.9 ESPIRITUALIDADE	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICES	92
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM CAPELÃES	92
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES DE COVID-19	93
ANEXO 1 – PARECER DO CEP.....	94

INTRODUÇÃO

Em novembro de 2019, começaram a se propagar notícias referentes à existência de um vírus que estava se espalhando rapidamente a partir da cidade de Wuhan na China. Tratava-se do novo coronavírus (Covid-19), uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2. Em fevereiro de 2020, confirmou-se o primeiro caso de Covid-19 no Brasil. A partir daquele momento, uma série de medidas restritivas começaram a ser adotadas para tentar diminuir os casos de contaminação.

A pandemia causada pela Covid-19 trouxe grandes mudanças na vida das pessoas. A música “O dia em que a Terra parou”, composta por Raul Seixas em 1977, nunca havia mostrado tanto sentido. O isolamento social, o uso de máscaras, a higienização constante de produtos de mercado, o distanciamento social, o medo. O mundo parou: lojas fechadas, eventos cancelados, escolas vazias, igrejas vazias, hospitais lotados, falta de leitos, falta de respiradores.

Em muitas pessoas, a doença evoluiu para um nível grave, afetando, em especial, a condição respiratória. Com o agravamento da doença, muitos pacientes careceram de internação e alguns necessitaram de longo período de cuidados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os pacientes que necessitaram de intubação passaram muito tempo no hospital e, devido às restrições existentes, a maioria não pôde receber visitas. Essas restrições foram ainda maiores no início da Pandemia.

Apesar de sentir cada mudança e restrição vividas pela Pandemia, nunca imaginei que veria uma pessoa próxima evoluir para um quadro respiratório grave, precisar permanecer em UTI e ser intubada. Entretanto, a experiência vivida como familiar de uma pessoa que desenvolveu a forma grave da doença despertou o interesse pela pesquisa. Além disso, como pastora luterana, estar na UTI COVID e presenciar a espiritualidade entre os familiares, pacientes e alguns profissionais da saúde suscitou a vontade de pesquisar sobre a atuação da capelania hospitalar no acompanhamento de pacientes graves com Covid-19. Certamente, este trabalho é fruto da experiência vivida como familiar de pessoa, que desenvolveu a forma grave da doença e como pastora luterana.

Em junho de 2021, surpreendi-me com a notícia de que uma tia, muito próxima, estava com Covid-19. O caso dela evoluiu rapidamente para uma das formas graves. Com 95% do pulmão comprometido, foram 41 dias de internação, sendo 39 dias na UTI e 24 intubada. Cada dia, à espera por notícias, havia uma mistura de angústia e

de esperança. Enquanto minha tia lutava para que seus pulmões recebessem ar, senti que nossa família “parara de respirar”.

Internada numa UTI COVID, nos primeiros dias, minha tia precisou ficar isolada da família e podia ser vista somente por uma janelinha de vidro. Passado o tempo de transmissão do vírus, a política de humanização do hospital permitiu, diariamente, a entrada de uma pessoa da família, devendo estar paramentada com avental, luvas, toca, máscara N-95 e sapatos especiais.

Fui a pessoa que realizou as visitas quase que diariamente. Além de ser sua sobrinha e estar ali como familiar, as visitas sempre foram marcadas por muita espiritualidade. Mesmo estando em coma, conversava com ela, orava e cantava hinos de louvor. A sua recuperação foi lenta e, muitas vezes, ouviu-se dos médicos a respeito da improbabilidade da cura. Apesar de todos os prognósticos contrários recebidos no leito da UTI, ela se recuperou completamente e não carrega, hoje, nenhuma sequela. Ao receber alta da UTI, os relatos dos médicos afirmavam que a sua fé tinha sido uma aliada no tratamento e a sua recuperação era um milagre. A possibilidade de estar presente ao lado dela nesses momentos fez toda a diferença. Ter um acompanhamento espiritual num momento difícil certamente fortalece a fé e a esperança, dando à pessoa uma força interior capaz de auxiliar no tratamento.

Contudo, nem todas as pessoas tiveram o direito ou mesmo a oportunidade de receber visitas de familiares ou de ministros religiosos nos hospitais. Devido às restrições, alguns hospitais possibilitaram o contato do paciente com a família, somente por meio de chamadas de vídeo. Mesmo assim, esse contato por meio de videochamadas, apesar de minimizar a dor e o sofrimento da distância, não evitou que muitas pessoas viessem a morrer sozinhas, destituídas de qualquer conforto ou de companhia familiar. Muitos pacientes lutaram pelas suas vidas sem poder ter a presença de seu familiar nem mesmo um acompanhamento espiritual.

Alguns hospitais, apesar de haver alta demanda de pacientes, buscaram realizar um atendimento humanitário. Um dos desafios foi aproximar os pacientes e os seus familiares por meio de chamadas de vídeo. Muitas vezes, o paciente se encontrava em coma e uma pessoa da equipe possibilitava o contato com a família.

A capelania hospitalar atuou junto às equipes de saúde em muitos hospitais, proporcionando momentos de espiritualidade com a pessoa doente, os seus familiares e a equipe de cuidados. Tendo em vista a integralidade do ser humano, acredita-se

que esse cuidado com o paciente pode ser uma importante ferramenta na busca pela cura. Sob esse viés, o presente trabalho pretende explorar a dinâmica de cuidado que marcou ambientes hospitalares com pacientes com Covid-19, que precisaram permanecer em isolamento, e a importância da capelania hospitalar para a recuperação do paciente.

Desse modo, o estudo em comento buscou responder à pergunta: qual é a efetiva importância da capelania hospitalar no cuidado a pacientes de Covid-19? Nesse sentido, buscou-se evidenciar a atuação da capelania hospitalar no cuidado a pacientes de Covid-19. Num primeiro momento, descreveu-se, por meio da pesquisa bibliográfica, o contexto da pandemia de Covid-19, referenciando-se bases teóricas para a constituição de capelanias hospitalares. Num segundo momento, buscou-se, por meio da análise de entrevistas, apresentar experiências de internação por Covid-19, especialmente no tocante ao acompanhamento humanizado e espiritual. Entrevistaram-se dois grupos: grupo A, constituído por capelães hospitalares da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, que atuaram no acompanhamento a pacientes com Covid-19 nos hospitais; e o grupo B, formado por pacientes, que tiveram a doença Covid-19 e necessitaram de internação hospitalar. Intentou-se, dessa forma, descrever experiências de atuação de capelães hospitalares no acompanhamento a pacientes de Covid-19, bem como a experiência vivida pelos pacientes durante o agravamento da doença.

A pesquisa contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional da pesquisadora uma vez que essa atua como ministra religiosa e acompanha pacientes e familiares atingidos pela Covid-19 desde o início dos eventos da doença na região de Brusque-SC. Além disso, realiza o acompanhamento espiritual junto a pessoas internadas em hospitais e a seus familiares em virtude de tantos outros problemas de saúde. Compreender a atuação de capelanias e as experiências vivenciadas por pacientes contribuiu para o entendimento da dinâmica de enfermidades e dos modos como elas afetam as pessoas. Sob esse viés, permitiu-se o desenvolvimento de estratégias de atuação profissional também em situações análogas às desencadeadas pela Covid-19.

A pandemia, o elevado número de vítimas da Covid-19 e os efeitos do isolamento social são também indicativos de emergente problema social que carece de análise e de compreensão com vistas a desenvolvimentos de novas soluções. A

situação-problema caracterizada é um fenômeno complexo e demanda múltiplas análises sob diferentes pontos de vista de modo a se construir uma compreensão mais fiel e adequada da importância da capelania hospitalar. Isso, igualmente, justifica um olhar no contexto interdisciplinar, cujas análises põem em cooperação, pelo menos, dois tipos de saberes distintos (espiritualidade e saúde) com o objetivo de possibilitar a construção de um conhecimento mais condizente à realidade analisada.

Do ponto de vista teórico e acadêmico, ainda há carência de produções científicas sobre o acompanhamento às vítimas da Covid-19. Basta uma consulta rápida a bases de periódicos como o Portal de Periódicos da Capes e a realização de consultas com termos-chave como “covid+capelania” para se constatar a inexistência de qualquer estudo que relacione os dois termos. Em relação aos conceitos “covid+espiritualidade”, obtiveram-se oito resultados em consulta realizada em agosto de 2022. Contudo, apenas dois foram selecionados para integrar o presente estudo (MEIRELES, 2022; TEIXEIRA *et al.*, 2021) mesmo se tratando de reflexões teóricas sobre a problemática da condição humana face à Covid-19 ou, então, por serem estudos realizados em contextos não brasileiros. Assim, reconhece-se uma lacuna na produção acadêmica a respeito do tema proposto nesta dissertação de mestrado, com a qual se pretendeu suprimir por meio de pesquisa aplicada a pacientes e a profissionais, além de se estabelecerem reflexões a partir de teóricos e de estudos de referência.

Para o desenvolvimento do tema, a dissertação foi dividida em três capítulos principais: 1) fundamentação teórica, 2) metodologia da pesquisa e 3) resultados e análise. Na fundamentação teórica, abordaram-se oito temas considerados norteados para a proposição deste estudo: a) A pandemia e a Covid-19; b) Crise sanitária; c) Os efeitos psicossociais da pandemia; d) Dignidade humana; e) Cuidados à pessoa humana; f) Equipes de saúde multidisciplinares; g) Espiritualidade e saúde; e h) Capelania hospitalar.

A metodologia da pesquisa será detalhada no capítulo 2. Desenvolveram-se cinco aspectos centrais, que tratam dos procedimentos de pesquisa, desde os aspectos teóricos, passando pela coleta de dados, culminando em aspectos relativos aos procedimentos para análise dos dados coletados.

Na sequência, ou seja, no capítulo 3, apresentam-se os resultados da pesquisa realizada com capelães que atuavam em capelanias hospitalares durante a Pandemia

da Covid-19 e a pacientes que contraíram a Covid e precisaram de internação em virtude do desenvolvimento da forma grave da doença. Da análise das entrevistas, extraíram-se nove categorias e cada uma delas foi desenvolvida na forma de um subcapítulo.

Por fim, apresentar-se-ão ainda algumas considerações finais a respeito da pesquisa realizada, nas quais se retomam: o objetivo de pesquisa proposto e os saberes que se podem depreender das análises empreendidas. Seguir-se-á, ainda, a lista de referências consultadas para o desenvolvimento da pesquisa, além de dois apêndices com os roteiros das entrevistas junto a dois grupos de sujeitos pesquisados.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Conforme apresentado na Introdução, a Fundamentação Teórica da presente dissertação de mestrado é constituído das seguintes questões fundamentais: a) A pandemia e a Covid-19; b) Crise sanitária; c) Os efeitos psicossociais da pandemia; d) Dignidade humana; e) Cuidados à pessoa humana; f) Equipes de saúde multidisciplinares; g) Espiritualidade e saúde; e h) Capelania hospitalar. Este referencial constituiu-se a partir de pesquisa bibliográfica com seleção arbitrária de fontes para cada um dos pontos. As fontes constituem-se, basicamente, de livros de autores de referência a respeito de cada um dos temas propostos e de artigos científicos selecionados por meio do Portal de Periódicos da Capes à medida em que ofereceram contribuições para o desenvolvimento do tema proposto. A análise segue o método dedutivo com análise de conteúdo conforme Gil (2022).

1.1 PANDEMIA E A COVID-19

A Pandemia da Covid-19 representou uma ruptura bastante expressiva dos comportamentos e das organizações sociais, levando à modificação de inúmeros paradigmas em vários campos do saber e da ação humana. Tudo começou quando, em dezembro de 2019, vários casos de pneumonia foram identificados na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. A partir daí, uma sucessão de fatos levou rapidamente à configuração da situação conhecida como Pandemia da Covid-19. Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada. Em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas comunicaram que haviam reconhecido uma nova cepa de coronavírus, nunca identificada em seres humanos. Em 11 de fevereiro de 2020, o novo coronavírus recebeu o nome de SARS-CoV-2, responsável por causar a doença Covid-19 (OPAS; OMS, 2022).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Esse é considerado o mais alto nível de alerta da Organização, conforme os termos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), e indica um potencial risco à saúde pública internacional e, por isso, requer resposta imediata e coordenada (OPA; OMS, 2022). Enquanto isso, a China já registrava 7.711 casos, 170 mortes, e o vírus havia se espalhado por todas as províncias da China (KAMPS; HOFFMANN, 2020).

O primeiro caso de Covid-19 no Brasil foi confirmado pelo Ministério da Saúde em 26 de fevereiro de 2020. Vários casos suspeitos estavam em observação no país. Em 17 de março de 2020, o Ministério da Saúde confirmou a primeira morte decorrente da doença (ESTADO DE MINAS, 2020). Em 11 de março de 2020, a OMS caracterizou a Covid-19 como uma Pandemia. Tal designação reconhece a existência de surtos da doença em vários países (OPAS; OMS, 2022). Na ocasião, constatar-se a presença do vírus em mais de 19 países, mas sem nenhuma morte fora da China (OPAS; OMS, 2020), fato que não durou muito tempo.

Por se tratar de um novo vírus, especialistas e autoridades de todo o mundo buscaram compreender de que forma afetava as pessoas e qual o melhor tratamento. A doença provocada pelo novo coronavírus podia se manifestar de forma leve, moderada ou grave. Em torno de 15% a 20% dos pacientes suspeitos e confirmados com Covid-19 que tiveram febre desenvolveram hipoxemia grave após a segunda semana da doença. Dessa forma, necessitaram de algum suporte ventilatório, como cânula nasal de alto fluxo ou ventilação mecânica não invasiva ou invasiva (OLIVEIRA, *et al.*, 2020).

A evolução para a forma grave da doença ocorria quando havia a piora e o comprometimento pulmonar provocado pela Síndrome Respiratória Aguda Grave. Ao desenvolver tal quadro, a pessoa necessitava de cuidados intensivos e de suporte ventilatório. Devido ao alto grau de contágio, o paciente era isolado, podendo ter contato somente com a equipe de saúde (NUNES *et al.*, 2021).

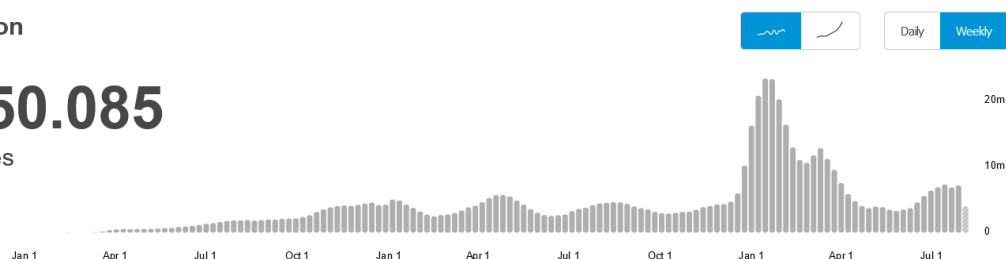
O gráfico 1 apresenta a evolução dos casos em nível mundial de dezembro de 2019 a agosto de 2022. Pode-se observar que o pico de casos registrados em nível mundial foi atingido em janeiro de 2022.

Gráfico 1 – Evolução de casos em nível mundial¹

Global Situation

585.950.085

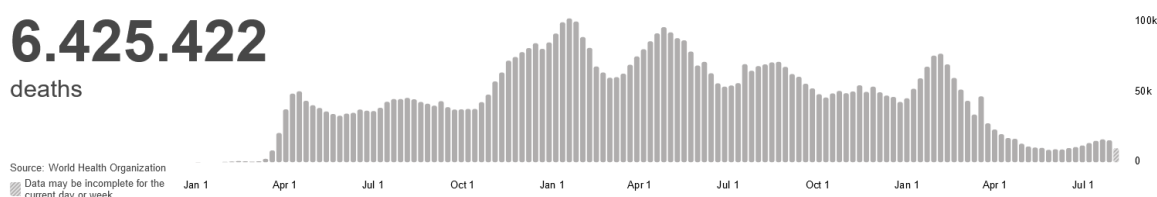
confirmed cases

**Fonte:** OMS (2022).

O gráfico 2 apresenta o número de óbitos registrados em nível mundial em decorrência das infecções por Covid-19. Observa-se que os picos de mortes são marcados por ondas de contágio. Os períodos com o maior número de mortes pela doença foram registrados em janeiro e abril de 2021 e entre janeiro e fevereiro de 2022. Não obstante, especialmente a partir de março de 2022, observa-se um retrocesso mais expressivo no que se refere ao número de mortes decorrentes das complicações da doença.

Gráfico 2 – Evolução do número de mortes decorrentes da Covid-19²**6.425.422**

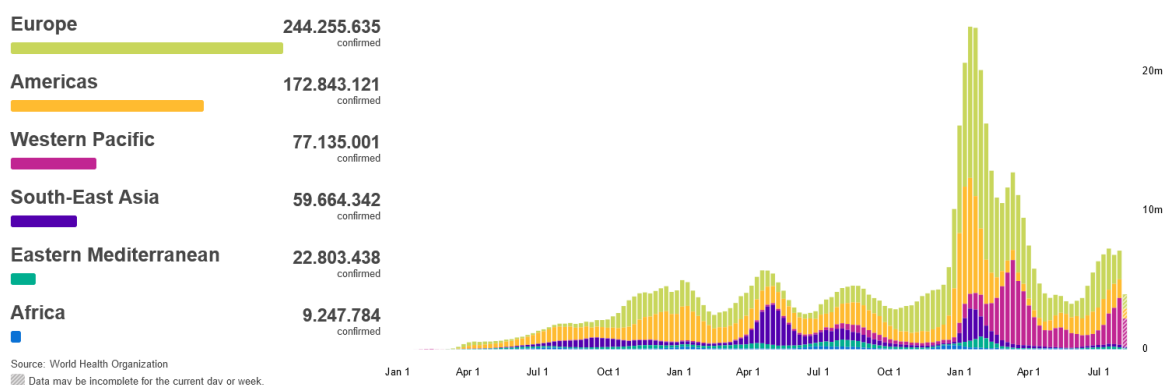
deaths

**Fonte:** OMS (2022).

Como é sabido, a evolução da doença em nível mundial, com o aumento de casos e de óbitos decorrentes da doença levou a OMS a decretar a situação de Pandemia, sendo essa interpretada e enfrentada de maneira distinta em diferentes lugares. O Gráfico 3 apresenta, de forma comparativa, o número de casos por continente.

¹ Link dos gráficos: <https://covid19.who.int/> Acesso em: 15 ago. 2022.

² Link dos gráficos: <https://covid19.who.int/> Acesso em: 15 ago. 2022.

Gráfico 3 – Casos confirmados por continente³**Situation by WHO Region**

Fonte: OMS (2022).

Conforme o gráfico 3, pode-se observar que a Europa possuiu números absolutos superiores aos demais continentes. De modo geral, a evolução dos casos seguiu uma tendência nas diferentes regiões, com algumas variações.

No Brasil, a partir de março de 2020, iniciaram-se as publicações de decretos estaduais estabelecendo medidas restritivas com o propósito de repelir o avanço da doença. Em 11 de março de 2020, o Distrito Federal foi o primeiro estado a estabelecer medidas restritivas, suspendendo aulas nas escolas, fechando lojas, restaurantes, bares, salões de beleza, shoppings e academias (MANDETTA, 2020). A partir daí, todos os estados da Federação, um a um, emitiram decretos que levaram a medidas análogas.

1.2 CRISE SANITÁRIA

A saúde é um direito de cada cidadão e dever do Estado segundo a Constituição Federal de 1988 que reza, em seu artigo 196, o seguinte:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A luta contra o vírus da Covid-19 acentuou, entretanto, grandes fragilidades do Estado Democrático de Direito, que precisou escolher quem teria mais ou menos direito, inclusive, de viver. Isso se refletiu nas situações em que algumas pessoas tiveram mais acesso ao tratamento adequado à doença e outras sequer conseguiram

³ Link dos gráficos: <https://covid19.who.int/> Acesso em: 15 ago. 2022.

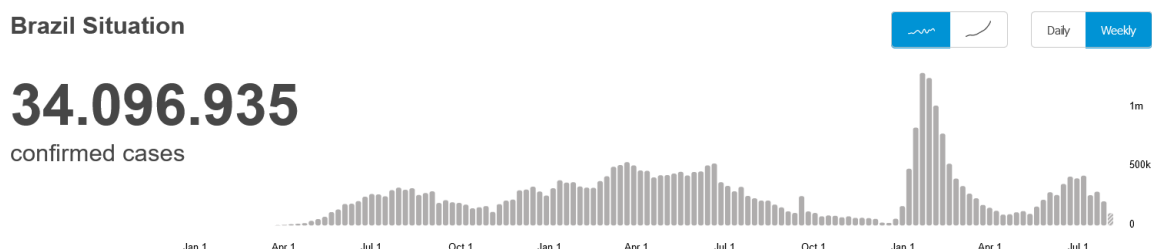
um leito hospitalar. Apesar de o vírus ser novo, a estrutura social é antiga e carente de condições de igualdade no acesso à saúde (GONÇALVES; CARNEIRO, 2020).

Diante da crise sanitária vivida com a pandemia da Covid-19, o Ministério da Saúde solicitou a compra de testes, o aumento de leitos de UTI e a compra de respiradores. Entretanto, frente ao alto número de pessoas contaminadas nem todas tiveram acesso a um leito de UTI e a respiradores, vindo a óbito por asfixia. Tal constatação levou o, então, ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, a escrever em seu livro “Um paciente chamado Brasil” que “[...] viver ou morrer é desígnio de Deus, mas não dar condições para que as pessoas lutem pela vida é inaceitável” (MANDETTA, 2020, p. 148).

O Brasil e o mundo viveram um momento ímpar de crise sanitária provocada pela falta de estrutura do sistema de saúde, desde leitos hospitalares a suprimentos e insumos. Diante da situação inesperada, os hospitais precisaram se reestruturar para receber pacientes com quadros moderados e graves em enfermarias e UTIs. Acolher essas pessoas e isolá-las dos outros pacientes foi um dos desafios. Além disso, conseguir equipamentos de proteção individual (EPI), leitos e respiradores se tornou uma busca constante.

A Fundação Oswaldo Cruz relatou, em 11 de março de 2021, que o Brasil estava vivendo o pior momento da pandemia, registrando 10% das mortes por Covid-19 no mundo. Na ocasião, houve alta taxa de leitos ocupados, tendência de alta dos casos de síndromes respiratórias e alta participação do país no número de casos de mortes no mundo (FIOCRUZ, 2021). O gráfico 4 evidencia a evolução dos casos de Covid-19 no Brasil de dezembro de 2019 a agosto de 2022.

Gráfico 4 – Evolução dos casos de contágio no Brasil⁴



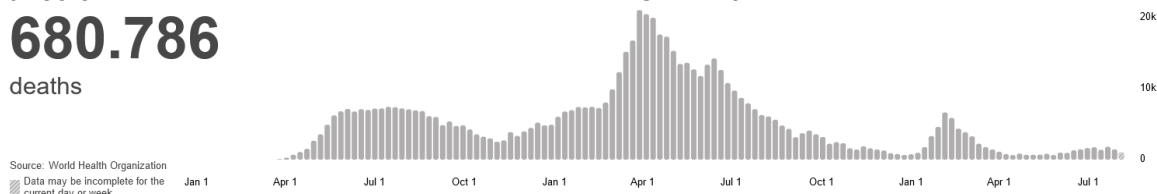
Fonte: OMS (2022).

Do mesmo modo como ocorreu em nível mundial, observa-se que o pico de

⁴ Link dos gráficos: <<https://covid19.who.int/region/amro/country/br>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

casos ocorreu em janeiro de 2022. O gráfico 5, por sua vez, apresenta os casos de óbitos decorrentes da doença no mesmo período.

Gráfico 5 – Número de óbitos no Brasil decorrentes da Covid-19⁵



Fonte: OMS (2022).

Conforme o gráfico 5, constata-se que o número de óbitos no Brasil teve um alto pico em março de 2021 e uma nova onda em junho de 2021. A partir de então, houve uma redução do número de mortes com um novo aumento de mortes ocorrendo só em fevereiro de 2022.

No dia 24 de março de 2021, o Brasil ultrapassou a marca de 300 mil mortes por Covid-19. Enquanto, no mundo, os números de casos e de óbitos diminuían, o Brasil enfrentava a segunda onda da doença com uma média de 2.400 mortes por dia (IG Saúde, 2021).

No auge da pandemia, por falta de testes ou pela demora em disponibilizar os resultados dos testes, muitas pessoas que morreram com suspeita de contaminação foram sepultadas em sacos plásticos dentro de caixões lacrados, sem o cuidado e o preparo funerário nem o direito a uma cerimônia de despedida. Em São Paulo, os cemitérios públicos chegaram a receber de 30 a 40 pessoas mortas por dia nessas condições (GONÇALVES; CARNEIRO, 2020).

1.3 OS EFEITOS PSICOSSOCIAIS DA PANDEMIA

A pandemia desencadeou muitos sofrimentos psicológicos e sociais. Dentre eles, o medo tem sido parte do cotidiano de muitas pessoas desde o início da pandemia. O medo é um sentimento integrante da condição humana. Ele é produzido e amplificado pelas incertezas. A pandemia da Covid-19 arrastou a humanidade para um período de grandes dúvidas e inseguranças. Ela intensificou a crise na sociedade contemporânea. Essa, que até então vivia a falsa percepção de ser possível uma segurança completa, experimentou o total declínio de suas certezas. Em relação a

⁵ Link dos gráficos: <<https://covid19.who.int/region/amro/country/br>>. Acesso em: 15 ago. 2022.

essa falsa segurança, Bauman (2009, p. 15) já escrevia:

A aguda e crônica experiência da insegurança é um efeito colateral da convicção de que, com as capacidades adequadas e os esforços necessários, é possível obter uma segurança completa.

Bauman e Donskis (2014) destacam existir, em todas as épocas, três razões para se ter medo: a ignorância, a impotência e a humilhação. A primeira delas, a ignorância, amedronta pelo fato de não se saber o futuro, seus infortúnios e adversidades. A segunda razão que tem causado medo no ser humano é a impotência, ou seja, a percepção de que nada poderá ser feito diante do desconhecido. E, por último, a humilhação, que faz o ser humano temer sobre a permanência da sua posição na sociedade e em sua relação com os outros.

A ignorância diante de um vírus desconhecido provocou a insegurança e o medo em relação ao futuro. A falsa sensação de segurança provocada pelos avanços na área da saúde e da tecnologia foi questionada com a pandemia. O ser humano que achava ter o domínio sobre todas as coisas experimentou a impotência diante da sua fragilidade. O medo da humilhação por causa do fator econômico gerou pânico em muitas pessoas.

O medo e a insegurança diante do novo coronavírus atingiram igualmente os profissionais de saúde da linha de frente de combate à doença, pois tiveram que se adaptar à nova realidade e aos seus desafios. Sem saber a melhor forma de proceder, muitos se sentiram perdidos em meio à alta demanda de atendimentos.

[...] nós tivemos muitos conflitos e dificuldades principalmente pelo medo, pois era algo muito novo e ainda não sabíamos lidar com a doença [...] muitos profissionais queriam trabalhar e dar assistência, mas muito perdidos, com muito medo e sem saber como conduzir [...] (SOUZA, 2021, p. 10).

Além disso, o medo do contágio e da transmissão aos familiares e aos amigos esteve presente entre os profissionais da saúde (SCORSOLINI-COMIN; ROSSATO; CUNHA et al., 2020). Em entrevista, um profissional relatou:

Nós profissionais estávamos muito abalados e assustados com tudo que estava acontecendo, a COVID, o risco de contrair o vírus e levar para os nossos familiares (SOUZA, 2021, p. 9).

O medo diante da falta de conhecimento sobre o potencial da doença em cada pessoa gerou uma grande angústia à sociedade. Essa, acostumada a lidar com doenças conhecidas e com prognósticos definidos, viu a necessidade de buscar formas de tratamento e de prevenção. A ciência foi questionada e tratamentos sem nenhum respaldo científico foram utilizados.

Quando não se tem um tratamento eficaz para uma doença quase desconhecida, é comum que se busquem soluções rápidas e até milagrosas. Durante a peste negra, por exemplo, na Europa, no século XIV, e a gripe espanhola, em 1918, os médicos recorreram a diversas terapias alternativas em busca de uma solução para a doença (BBC, 2021a). Com a Covid-19, o cenário não foi diferente. Alguns médicos, parte da população e mesmo o presidente do Brasil à época defenderam o uso de medicamentos como hidroxicloroquina e ivermectina, o que se mostrou um descalabro completo (BBC, 2021b).

A evolução rápida da doença para casos graves deixou profissionais da saúde com a sensação de impotência. Além disso, a falta de leitos e de respiradores revelou à vulnerabilidade dos setores de saúde. Além do medo do desconhecido e da sensação de impotência, a Covid-19 causou grande angústia e incertezas na área econômica. Ao mesmo tempo em que o isolamento social buscou proteger as pessoas e evitar o contágio em massa, também provocou uma crise na economia. Pessoas viram a sua posição social e os seus empregos ameaçados e perdidos.

Ademais, o isolamento social restringiu a liberdade. Mesmo sendo necessário, provocou, em muitas pessoas, problemas psicológicos desde o pânico e a depressão até fobias. A respeito das consequências da restrição da liberdade em troca de maior segurança, Bauman e Donskis mencionam Freud:

[...] Freud chegou à conclusão de que os desconfortos e aflições psicológicas surgem sobretudo quando se cede muito da liberdade em troca de uma melhoria (parcial) de segurança. A liberdade truncada e restrita é a principal baixa do 'processo civilizador', a maior e mais generalizada insatisfação, endêmica em uma vida civilizada (BAUMAN; DONSKIS, 2014, p. 120).

Com o objetivo de controlar a proliferação do vírus, houve a orientação do Ministério da Saúde, no Brasil, para que se evitasse o convívio social e se permanecesse em casas. Afastadas do convívio com familiares e amigos, cada vez mais as pessoas se isolaram em seus lares e buscaram a segurança pessoal. O medo trazido pela pandemia e o isolamento social acentuou a característica individualista da sociedade líquida, já abordada por Bauman e Donskis:

A incerteza do futuro, a fragilidade da posição social e a insegurança da existência – que sempre e em toda parte acompanham a vida na modernidade líquida, mas que têm raízes remotas e escapam ao controle dos indivíduos – tendem a convergir para objetivos mais próximos e a assumir a forma de questões referentes à segurança pessoal: situações desse tipo transformam-se facilmente em incitações à segregação-exclusão que levam – é inevitável – a guerras urbanas (BAUMAN; DONSKIS, 2014, p. 41).

No auge da pandemia, a cobertura da mídia foi muito grande. Em praticamente

todos os canais de comunicação, as informações e os números sobre a Covid-19 faziam parte da programação principal. Ainda que tenham sido necessárias como forma de prevenção e de orientação à sociedade, as informações em excesso levaram a graves efeitos psicológicos em conformidade ao que concluiu o então Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta:

Veicular muitas notícias sobre um só assunto pode ser algo tóxico. As pessoas, em sua maioria, estavam presas dentro de casa e todos os meios de comunicação, da TV ao podcast e o YouTube, de manhã, de tarde e de noite, falavam sobre a epidemia. As cenas do colapso sanitário na Itália, na Inglaterra, na França e no resto do mundo eram impactantes, e do sofá elas assistiam à doença avançando, chegando cada vez mais perto. Aquilo começou a causar um estresse tremendo (MANDETTA, 2020, p. 154).

Além disso, a pandemia foi marcada pelas teorias da conspiração, característica de uma sociedade construída pela insegurança e pelo sentimento de que o perigo está em todo lugar.

A sociedade moderna – substituindo as comunidades solidamente unidas e as corporações (que outrora definiam as regras de proteção e controlavam a aplicação dessas regras) pelo dever individual de cuidar de si próprio e de fazer por si mesmo – foi construída sobre a areia movediça da contingência: a insegurança e a ideia de que o perigo está em toda parte são inerentes a essa sociedade (CASTEL *apud* BAUMAN, 2009, p. 16).

Além disso, no Brasil e em outras partes do mundo foi ainda necessário enfrentar as consequências do negacionismo, o qual se caracteriza pela tentativa de conferir credibilidade intelectual e científica ao que não passava de falsificação e de distorção de evidências (VALIM; AVELAR; BEVERNAGE, 2021).

Além dos sofrimentos desencadeados pela pandemia, a crise vivida pela sociedade causou algumas mudanças importantes ao desenvolvimento psicológico, emocional e social. O medo da morte, alimentada pela contagem diária do número de vítimas da Covid-19, levou as pessoas a reavaliar suas prioridades e o seu lugar no mundo. Bauman e Donskis (2014) destacam que a consciência da própria morte faz o ser humano ser humano:

[...] é nosso conhecimento da mortalidade e, portanto, nosso eterno medo da morte, que torna humano nosso modo de ser e estar no mundo, que faz de nós seres humanos (p. 123).

Apesar dessa dura realidade, diante do medo, o ser humano também é compelido a buscar alternativas que o tirem da situação vigente. Para Jonas (*apud* LISBOA, 2019, p. 154), o medo “[...] não é aquele medo que imobiliza o sujeito e o impede de agir, mas ao contrário, o que faz com que aja para evitar o mal”. Assim, a união e a solidariedade podem ser fortalecidas num momento de crise, como o vivido

pela pandemia. A importância destes sentimentos foi expressa pelo então diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ao declarar o surto da Covid-19 como emergência de saúde pública de importância internacional:

[...] a única maneira de derrotar este surto é ter todos os países trabalhando juntos em um espírito de solidariedade e cooperação. Estamos todos juntos nisso e só podemos pará-lo juntos. É tempo de fatos, não de medo. É tempo da ciência, não de rumores. É tempo da solidariedade, não do estigma (OPAS; OMS, 2020).

A solidão imposta para as pessoas em isolamento nos hospitais fez a sociedade questionar a dignidade humana. Colocadas em um respirador e, por vezes, intubadas, muitas morreram sem a presença de familiares. Além disso, o impedimento de celebrações fúnebres e os enterros apressados fizeram a sociedade reivindicar despedidas e enterros dignos.

1.4 DIGNIDADE HUMANA

Saúde é um direito garantido por lei a cada cidadão e é dever do Estado garantir esta saúde. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), por exemplo, em seu artigo 25, destaca:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Na Constituição Brasileira de 1988, a dignidade da pessoa humana é explicitamente referida no inciso III do artigo I da Constituição. A questão da saúde humana é referida no capítulo 2 da Constituição, no âmbito dos direitos sociais, mais especificamente no artigo 6º:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

É importante, entretanto, deixar claro que saúde não se limita à ausência de doença, assim como enfatiza Pessini e Barchifontaine:

Ter boa saúde não quer dizer, apenas, não estar doente, mas sim que se tem condições para viver uma vida digna. Assim, lutar pela saúde é mais do que lutar por mais postos e centros de saúde, hospitais, profissionais de saúde, laboratórios, vacinas e medicamentos, é lutar pela própria vida, e vida em plenitude e abundância (2002, p. 95).

Em 2000, com o objetivo de resgatar a dimensão humana e subjetiva do

atendimento hospitalar, o então ministro da saúde José Serra implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Esse programa foi ampliado e, em 2003, tornou-se a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH), conhecida como HumanizaSUS. Entende-se que essa política deveria estar presente em todas as ações de saúde (RÜCKERT, 2016) em virtude do comprometimento humanizado com os pacientes atendidos pelo sistema.

A atual Constituição da República Federativa do Brasil respalda o conceito adotado pela PNH ao citar, no artigo I, Inciso III, a dignidade da pessoa humana. Essa exige, entre outras coisas, a busca pela erradicação do sofrimento. Pessini e Barchifontaine corroboram afirmando:

Portanto, o direito à vida e consequentemente à saúde é o bem maior de qualquer cidadão e, como tal, deve sobrepor às disposições políticas e ideológicas e merecer atenção priorizada (2002, p. 93).

Apesar do notável avanço tecnológico e científico, que possibilitou a criação de equipamentos que aliviam a dor, o fator humano não acompanhou tal desenvolvimento. A humanização hospitalar acontece com a humanização das equipes de saúde. É necessário mudar o comportamento e a atitude daquelas pessoas que trabalham em instituições hospitalares, capacitando os profissionais de saúde a atenderem e a cuidarem do paciente como pessoa e não apenas como um número.

Em muitas instituições hospitalares, esqueceu-se a função primária dessa instituição social: a hospitalidade. Segundo Hennezel e Leloup (1999), isso se deve à secularização dos hospitais que, antigamente, pertenciam a instâncias religiosas. Aliás, a insensibilidade diante da dor e do sofrimento é vista por Bauman e Donskis como a materialização do mal.

O mal não está confinado às guerras ou às ideologias totalitárias. Hoje ele se revela com mais frequência quando deixamos de reagir ao sofrimento de uma pessoa, quando nos recusamos a compreender os outros, quando somos insensíveis e evitamos o olhar ético silencioso (2014, 17).

O bem-estar de uma pessoa doente depende não só de um tratamento químico, mas muito mais do que isso. Rückert (2016) destaca que o desenvolvimento acelerado das tecnologias na área da saúde deixou o ser humano em segundo plano. A tecnologia não é algo ruim; pelo contrário, traz grandes benefícios nos tratamentos médicos. O problema é que as atitudes humanas diante dos avanços tecnológicos não foram adaptadas à nova realidade.

A dimensão desumanizante da ciência e da tecnologia se dá na medida em que tratamos as pessoas como meros objetos de intervenção técnica, sem ouvir as suas expectativas, desejos, angústias, temores (RÜCKERT, 2016, p. 24).

O ser humano é mais do que um simples caso ou uma doença. Destituir uma pessoa da sua individualidade é retirar dela a dignidade concedida como ser humano. O sujeito doente remete-se a alguém que está sofrendo não somente com dor física, causada pela sua doença, mas também sofre em função de diversos fatores emocionais. Muitas vezes, os pacientes não se sentem mais uma pessoa, mas somente um número ou só mais um caso. Nesse contexto, a Igreja tem a oportunidade e o compromisso de reivindicar junto à equipe um atendimento que respeite a dignidade da pessoa doente. O paciente não é um número, mas é uma pessoa com uma biografia, que se sente sozinha e necessita de acolhimento e ouvidos atentos.

A realidade da pandemia trouxe uma série de desafios e de questionamentos éticos. Diante das inúmeras restrições impostas pela doença no cuidado aos pacientes, as equipes de saúde precisaram enfrentar dilemas sociais sobre a garantia da dignidade humana dos pacientes.

Devido às regras de distanciamento impostas para a contenção da transmissão do vírus, os pacientes, muitas vezes, não puderam ter o acompanhamento e a visita de seus familiares. Além disso, no momento do óbito, eram enrolados em sacos plásticos sem direito a uma despedida. Stuewer, Gonçalves e Bonin (2022, p. 191) relatam o drama vivido pelos familiares que não puderam viver o luto e se despedir dos seus entes queridos. Os autores destacam que:

A ideia de dignidade pressupõe o direito de toda família prestar sua última homenagem àqueles que partiram, mas deixaram a sua história e o seu legado. Entretanto, as restrições para o controle da transmissão do vírus, arrancou esse direito de muitas famílias. É compreensível que uma pandemia obrigue a população a se adaptar a uma série de restrições. Entretanto, não se pode simplesmente ignorar o fato de que a impossibilidade de expressar a dor e o amor, através do rito fúnebre, traz consequências para a elaboração do luto.

Diante do dilema das restrições impostas pelas autoridades para a contenção da transmissão do vírus e, ao mesmo tempo, o desafio de assegurar a dignidade dos pacientes com Covid-19, as equipes de saúde buscaram se adaptar à realidade imposta e muitos não mediram esforços para oferecer um atendimento humanizado através do cuidado e da empatia.

Ao falar sobre o cuidado como uma proposta ética, Zoboli (2011, p. 59-60) destaca que o cuidado é:

Uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização radical e aproximação vincular com o outro que parte, e ao mesmo tempo possibilita a sensibilidade para com a experiência humana e o reconhecimento do outro como pessoa e como sujeito digno.

As equipes de saúde reconheceram, nos pacientes com Covid-19, pessoas que eram muito mais do que a doença, ou seja, eram sujeitos com história, família, medos e incertezas. Necessitavam muito mais do que a aplicação de remédios e a verificação da oxigenação. Eram pessoas e, por isso, dignas de cuidado e de um atendimento humanizado.

1.5 CUIDADO À PESSOA HUMANA

A sociedade tem tentado se afastar e negar tudo aquilo que causa dor e sofrimento. O filósofo sul-coreano, Byung-Chul Han (2017), que analisou a sociedade do século XXI e buscou entender de que forma a estrutura capitalista interfere na vida psicológica das pessoas, nomeou a sociedade atual de sociedade positiva. Nela, não há espaço para os sentimentos negativos, como a dor e o sofrimento (HAN, 2017). A Covid-19 trouxe esses sentimentos - que deveriam permanecer ocultos - à tona. Isso gerou uma crise no ser humano atual. Assim, como conciliar a ilusão criada pela sociedade positiva com a realidade de morte e dor revelada na pandemia?

A sociedade positiva tampouco admite qualquer sentimento negativo. Desse modo, esquecemos como se lida com o sofrimento e a dor, esquecemos como dar-lhes *forma* (HAN, 2017, p. 18, grifo no original).

A dor e o sofrimento causados pela pandemia confrontaram o ser humano com a necessidade e a importância da empatia e do cuidado. Boff (2015, p. 173) fala da necessidade de uma humanidade mais sensível à dor das pessoas quando escreve:

Estamos fartos da racionalidade que apenas vê, entende e nada sente. Precisamos hoje incorporar a inteligência cordial à inteligência intelectual para termos uma humanidade mais sensível ao outro e por isso mais solidária com os sofredores.

O pensamento mecanicista e racional presente no modelo cartesiano influenciou a prática do cuidado com o corpo humano. Ao alegar uma visão fragmentada do ser humano, criou-se uma compreensão de mundo que se limita ao racionalismo e ao mecanicismo e deixou de lado a intuição e o sentimento (RÜCKERT, 2016). A prática do cuidado baseada no modelo cartesiano ignora a complexidade do ser humano e enxerga somente exames, diagnósticos e resultados. O ser humano deixa de ser cuidado como pessoa que sente e necessita de empatia e passa a ser

uma “doença” que precisa ser tratada.

O modelo cartesiano está muito presente na área da saúde, em especial na profissionalização médica. As especializações médicas são necessárias, pois aprofundam o conhecimento. Entretanto, o filósofo Hilton Japiassu chama a atenção para o perigo da fragmentação da vida:

A especialização sem limites culminou uma fragmentação crescente de horizonte epistemológico. Chegamos a um ponto em que o especialista se reduziu ao indivíduo que, à custa de saber cada vez mais sobre cada vez menos, terminou por saber tudo (ou quase tudo) sobre o nada, em reação ao generalista que sabe quase nada sobre tudo (JAPIASSU, 2006, p. 1).

Segundo Rückert (2016), a sociedade vive um momento de transição paradigmática. O paradigma cartesiano está cedendo lugar para um novo paradigma em que aspectos importantes da condição humana são valorizados, como a subjetividade não racional, presente no cuidado integral.

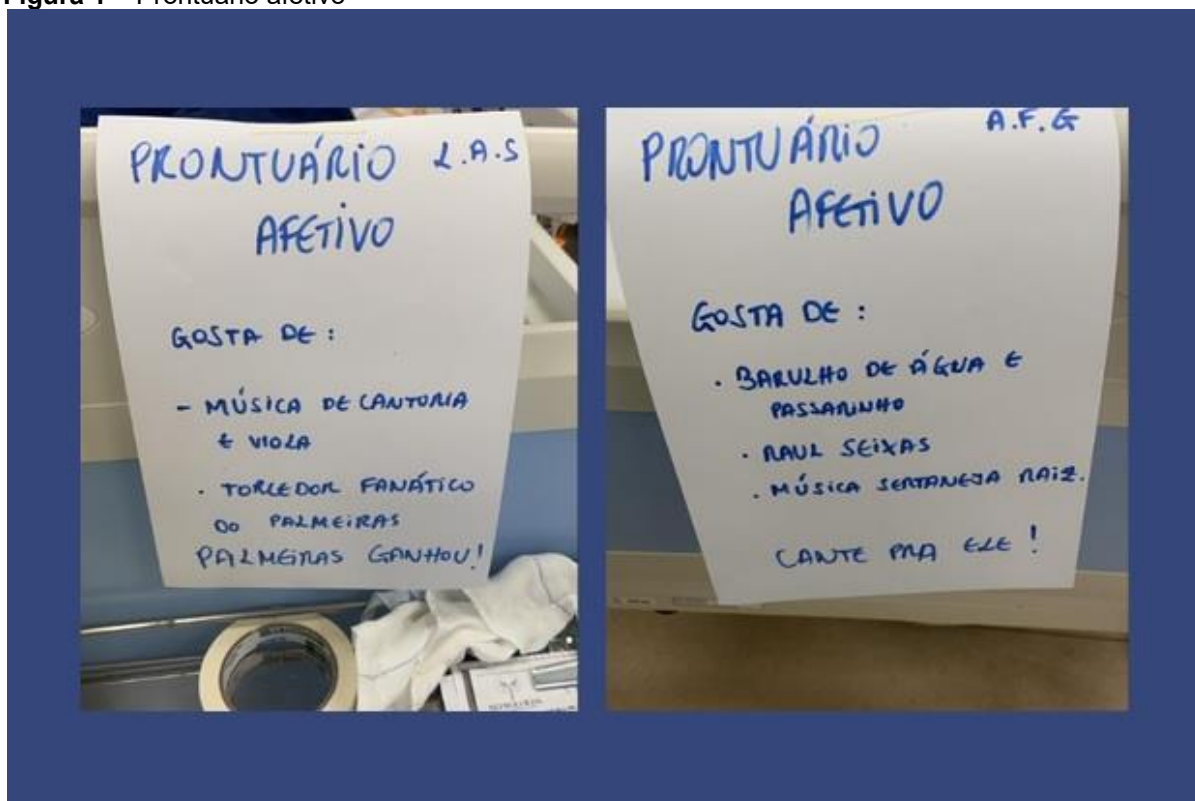
Certamente, a empatia e o cuidado foram vividos de forma intensa entre os profissionais de saúde que se depararam diariamente com as pessoas com Covid-19 grave, as quais eram separadas de suas famílias para tratamento médico, tendo, muitas vezes, somente nesses profissionais um contato humano.

O que mais faz sofrer o ser humano não é tanto a dor, mas a solidão na dor, a ausência de alguém que se compadeça, que diga uma palavra de ânimo e que ofereça o ombro para caminhar junto (BOFF, 2015, p. 203).

Foi possível ver em muitos hospitais o exercício da compaixão. No Hospital Universitário de Brasília, a médica Isadora Jochims teve a ideia de que no leito de cada paciente fosse fixado um “prontuário afetivo”. A iniciativa foi coordenada pela Comissão de Humanização do hospital. O “prontuário afetivo” deveria conter informações do paciente a respeito de sua música preferida, time que torce, comida preferida, o que gosta de fazer e nome de familiares que o estavam esperando. A respeito do objetivo da iniciativa, Jochims (PRONTUÁRIO, 2021, n. p.) pondera que “[...] o paciente deixa de ser apenas um número e passa a ser uma pessoa que tem gostos, família, hábitos. Isso humaniza o cuidado e muda a relação dos profissionais com o paciente”.

A figura 1 ilustra o prontuário afetivo de Jochims (2021).

Figura 1 – Prontuário afetivo⁶



Fonte: Prontuário (2021).

Por sua vez, Boff (2015, p. 200) define a *com-paixão* como a atitude de se colocar junto da pessoa, chorar com ela e sentir a sua dor.

A *com-paixão* implica assumir a paixão do outro. É pôr-se no lugar do outro para estar junto dele, para sofrer com ele, para chorar com ele, para sentir com ele o coração despedaçado. Talvez não tenhamos nada a lhe dar e até as palavras nos morram na garganta. Talvez apenas choremos lágrimas de profunda dor. Mas o importante é estar ali junto dele e jamais permitir que sofra sozinho.

Outra iniciativa humanizadora, movida pela compaixão, aconteceu em um hospital na Ilha do Governador, na Zona Norte do Rio. Ao encontrar a mão da paciente gelada e, por isso, não conseguir medir a sua saturação, a enfermeira Lidiane Melo teve a ideia de encher duas luvas cirúrgicas com água morna e envolvê-las na mão do paciente. A técnica funcionou e com esse gesto ela conseguiu melhorar a perfusão da paciente e encaminhar o tratamento. Além da ação ter ajudado no encaminhamento do tratamento, também ficou conhecida como “técnica da mãozinha” ou “mão de Deus” ao ser usada para tranquilizar pacientes que seriam intubados e

⁶ Link da imagem: <https://noticias.unb.br/112-extensao-e-comunidade/4871-atendimento-humanizado-a-pacientes-com-covid-19-ganha-destaque#:~:text=%E2%80%99CO%20paciente%20deixa%20de%20ser,A%20iniciativa%20j%C3%A1%20teve%20resultado.> Acesso em: 30 ago. 2022.

trazer conforto na solidão (SANTOS, 2021). A figura 2 ilustra a técnica da mãozinha.

Figura 2 – Técnica da mãozinha⁷



Fonte: Chaves (2021).

A ação foi notada e exaltada pelo diretor-geral da OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus (COFEN, 2021). Ao postar a foto da “técnica da mãozinha” em seu Twitter, escreveu:

Sem palavras para expressar minha admiração aos profissionais da saúde na linha de frente nesta pandemia e as formas incríveis com que eles estão buscando confortar seus pacientes. Vocês têm muito a nos ensinar e há muito que devemos fazer para apoiá-los e protegê-los.

Ações humanizadoras aconteceram em diversos hospitais para amenizar a solidão do isolamento, o medo e as incertezas do tratamento. Um dos métodos mais usados para aliviar o sofrimento devido à distância foram as videochamadas, o que se vê ilustrado com a figura 3.

⁷ Link da imagem: <https://www.metropoles.com/saude/ha-amor-na-uti-equipes-criam-formas-de-amenizar-solidao-de-pacientes>. Acesso em 30 ago. 2022.

Figura 3 – Videochamada em UTI⁸



Fonte: Visitas (2020).

Ver o rosto e ouvir a voz de um familiar trazem conforto e auxiliam na diminuição do estresse. Além disso, o clínico geral da UTI e coordenador da Clínica Médica do Hospital Maria Auxiliadora, em Presidente Getúlio, SC, Lucas Albanaz, relata que as videochamadas não somente amenizaram a saudade dos familiares como ajudaram no tratamento, diminuindo os níveis do hormônio cortisol que, em períodos de estresse, aumentam e podem provocar a contração muscular e dificultar ainda mais a respiração (CHAVES, 2021).

Atitudes de humanização nos hospitais contribuíram para a melhora clínica de muitos pacientes e ajudaram profissionais da saúde a enfrentar o desafio da pandemia. Entre elas, destaca-se a atitude da então médica residente, Brunna Falluh de Alarcão. Em um de seus plantões na UTI COVID no Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch, em São Paulo, Brunna começou a cantar e tocar violão para pacientes e profissionais da saúde, levando mensagens de fé e de esperança. Após essa iniciativa, foi procurada por muitos familiares e profissionais da saúde que relataram o quanto o seu gesto revigorou o ânimo, a força e a vontade de lutar (ELA, 2021). A

⁸ Link da imagem: https://www.jornalvs.com.br/noticias/especial_coronavirus/2020/09/04/visitas-virtuais-conectam-pacientes-com-covid-19-do-hospital-sao-camilo-as-suas-familias.html. Acesso em 30 ago. 2022.

figura 4 apresenta a profissional responsável pela iniciativa com o seu violão.

Figura 4 - Brunna Falluh de Alarcão e seu violão⁹



Fonte: Cidade de São Paulo (SAÚDE), 2021.

Além das experiências e iniciativas individuais, a pandemia contribuiu para evidenciar a importância da ação coordenada e planejada por meio da constituição de equipes de saúde multidisciplinares.

1.6 EQUIPES DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES

Do ponto de vista ideal, o trabalho no hospital deve ser interdisciplinar, tendo em vista a integralidade do ser humano. A interdisciplinaridade acontece quando “[...] entre as disciplinas existe um equilíbrio entre o grau de importância, de forma que

⁹ Link da imagem: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=318146>. Acesso em 30 ago. 2022.

uma não se sobrepõe à outra e as relações de troca se estabelecem num plano de igualdade” (MELLO, 2015, p. 13). O trabalho conjunto de profissionais das mais diferentes áreas tendo como meta o cuidado integral do paciente pode proporcionar melhor diagnóstico e um olhar holístico, além de dividir o peso das decisões difíceis (RÜCKERT, 2016).

Vale destacar que nem sempre as equipes de saúde trabalham de modo interdisciplinar. É comum entre os profissionais de saúde a compreensão de que algumas profissões sejam mais importantes do que outras. Dessa forma, nem sempre existe entre eles uma relação de igualdade e uma troca de conhecimentos em nível igual de importância. Nesse caso, o que, de fato, ocorre nas equipes de saúde, é o trabalho multidisciplinar. Mello destaca que essa modalidade “[...] ocorre quando, para solucionar um problema, busca-se informação e ajuda em várias disciplinas, sem que tal interação contribua para modificá-las ou enriquecê-las” (MELLO, 2015, p. 12).

Essa atuação multidisciplinar, ainda que não seja a ideal, permite, em certa medida, a troca de conhecimentos e de saberes que contribuem para o atendimento integral do paciente. No contexto da pandemia, o trabalho das equipes multidisciplinares foi fundamental. Foi preciso observar e tratar o paciente como um todo, desde questões físicas quanto emocionais que o distanciamento social e a pandemia acentuaram (SILVA, 2021).

Herbes e Schultz (2022, p. 275) destaca que a capelania hospitalar precisa atuar em sintonia com a equipe de saúde para que seja possível o cuidado integral do paciente.

Se pensamos no cuidado a pessoas enfermas de forma holística, não podemos pensar pastorais ou capelanias que funcionam fora das equipes de cuidado integral, ou seja, o trabalho deve ser realizado em sintonia com as demais áreas do cuidado dentro do contexto hospitalar.

Nesse contexto, o capelão hospitalar é integrado às equipes de saúde e, junto com elas, busca solucionar problemas que surgem no ambiente hospitalar e que, muitas vezes, dizem respeito à espiritualidade.

O capelão exerce papel importante quando, devidamente acreditado e oficializado pela direção, é integrado à comissão interdisciplinar do hospital, que é composta por diversos profissionais da saúde, e que procura discutir e decidir certos problemas de maior indagação que surgem no contexto hospitalar (FERREIRA; ZITI, 2002, p. 285).

Portanto, percebe-se que as problemáticas da saúde e da espiritualidade, embora pareçam campos de saber distantes, entrecruzam-se na situação de

adoecimento da pessoa.

1.7 ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

A OMS é uma agência da ONU responsável em coordenar ações internacionais de saúde. É possível notar a presença da dimensão espiritual nos documentos oficiais da OMS desde a sua fundação, em 1948. Entretanto, somente na Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, realizada em 1984, foi aprovada a resolução que reconhece a espiritualidade como dimensão da saúde e convida os Estados-membros a incluírem essa dimensão em suas políticas nacionais (TONIOL, 2017a). Em 1998, a OMS incluiu a espiritualidade no seu conceito multidimensional de saúde (SCORSOLINI-COMIN; ROSSATO; CUNHA *et al.*, 2020).

Assim, a OMS reconhece não somente a relevância da dimensão espiritual na saúde, mas a legitima como fator determinante para a promoção da qualidade de vida. Dessa forma, Toniol faz alguns questionamentos interessantes sobre o lugar da espiritualidade na saúde:

Tendo em vista que o principal organismo de gestão global da saúde, a OMS, legitima o entendimento de que o humano é, invariavelmente, um ser espiritual e que a espiritualidade é um fator determinante para a saúde, caberia ao Estado prover cuidados com o espírito? Ou ainda, negligenciar a espiritualidade não seria, no limite, um descaso com a saúde pública? (TONIOL, 2017b, p. 166).

A espiritualidade é, muitas vezes, confundida com a religiosidade, entretanto, ambos os conceitos têm significados distintos. Koenig (2012) e Boff (2001) acreditam que a espiritualidade faz parte do ser humano e está ligada à busca e à relação com o Sagrado. Já a religiosidade é uma criação humana que tem a função de ajudar nessa busca e relação.

A respeito da espiritualidade, Rückert destaca: “É a espiritualidade que nos ajuda a manter a serenidade diante da morte, da enfermidade, da escuridão do túnel sem luz à vista” (RÜCKERT, 2016, p. 46).

O medo, a insegurança e a angústia estiveram presentes nos pacientes acometidos pelo novo coronavírus. Ao precisar de cuidados intensivos e de auxílio ventilatório, o paciente enfrentou, além do medo da morte, a solidão do isolamento. Conforme Nunes *et al.*, a espiritualidade e a religiosidade podem auxiliar no processo de cura:

A associação dos âmbitos espiritual e religioso podem ser fatores influenciadores na mentalidade para a resposta terapêutica, trazendo

resiliência e esperança ao paciente, aumentando as taxas de cura (NUNES *et al.*, 2021, p. 3).

Em entrevista realizada com enfermeiros que trabalharam na UTI COVID de um hospital de referência do Maranhão, Nunes *et al.* (2021) evidenciaram a importância da espiritualidade para o enfrentamento da doença e o processo de cura. A respeito disso, um dos entrevistados enfatizou:

Antes da pandemia e de trabalhar com UTI, eu não acreditava muito que fê tivesse a ver com tratamento, mas após ver frente a frente, pacientes que estavam praticamente com óbito confirmado por saturarem baixo demais ou internados há muito tempo após as orações da família, com a sua esperança, se recuperavam de forma absurda (NUNES *et al.*, 2021, p. 6).

Em reconhecimento à espiritualidade como dimensão humana e a sua contribuição para a recuperação da condição de saúde passa a ter papel fundamental o trabalho de capelania hospitalar.

1.8 CAPELANIA HOSPITALAR

A capelania hospitalar é o serviço religioso desenvolvido em hospitais da rede pública ou privada. Ela promove ações que buscam o apoio espiritual junto aos pacientes, familiares, profissionais de saúde e demais funcionários da instituição hospitalar (FELTZ, 2018).

Esse atendimento é garantido por lei federal e leis estaduais, como consta na Constituição Brasileira de 1988: “[...] é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva” (Art. 5º, VII). A Lei nº 9.982 de 2000, que dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares, regulamentou o atendimento religioso nos hospitais públicos e privados:

Art. 1º Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares, no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais.

Art. 2º Os religiosos chamados a prestar assistência nas entidades definidas no art. 1º deverão em suas atividades, acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição hospitalar ou penal, a fim de não pôr em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar ou prisional (BRASIL, 2000).

A pessoa que realiza este trabalho da capelania hospitalar é chamada de capelã. Ela desenvolve o trabalho de atendimento espiritual às pessoas que se

encontram em situação de dor, sofrimento e dificuldades. A capelã está presente nas visitas realizadas às pessoas doentes assim como na comunicação de diagnósticos e prognósticos, auxiliando a equipe no acolhimento e no cuidado da pessoa doente e seus familiares.

Nos Estados Unidos da América e na Inglaterra, o serviço de capelania tem as suas atribuições e as competências estabelecidas formalmente. A capelã faz parte da equipe interdisciplinar de cuidados aos pacientes, sendo responsável pelo acompanhamento espiritual. Essa tem a tarefa de registrar no prontuário o seu trabalho. No Brasil, entretanto, o serviço formal da capelania hospitalar não é a realidade da maioria dos hospitais, pois ainda se busca o seu reconhecimento junto às instituições hospitalares e às equipes de saúde (GENTIL *et al.*, 2011). Sobre a realidade da capelania no Brasil, Feltz (2018, p. 70) destaca que:

No Brasil, a capelania hospitalar desenvolve-se, principalmente, através de inserções pontuais ou isoladas, de membros ou grupos de comunidades religiosas diversas acompanhados ou não de seu líder espiritual, no ambiente hospitalar. São ações “de fora para dentro”.

Existem, entretanto, alguns hospitais no Brasil em que o serviço de capelania é um departamento criado e organizado pela própria instituição hospitalar. Nesse caso, conta-se com a presença de um capelão ou capelã hospitalar, sendo esse um ministro religioso com formação superior em Teologia e especialização em Capelania Hospitalar, Clínica Pastoral ou Psicologia Pastoral (FELTZ, 2018).

Pesquisas tem evidenciado a importância da fé e da religiosidade para tratamentos de saúde e para o aumento da imunidade. Além disso, pessoas que possuem fé enfrentam a doença com mais força e esperança. Por isso, tem crescido o número de capelães que atuam nos hospitais no Brasil. Inclusive, hospitais que possuem formalmente esse serviço são muito bem-conceituados, tais como: o Hospital Oswaldo Cruz (São Paulo), o Hospital Moinhos de Vento (Porto Alegre) e o Hospital Santa Catarina (Blumenau).

O mais importante órgão certificador de qualidade de instituições de saúde no mundo é a *Joint Commission International* (JCI). Ele estabelece padrões para a operação de instalações e serviços de saúde. Hospitais que buscam acreditação junto a esse órgão precisam preencher uma série de exigências que comprovam a segurança e o zelo pelo cuidado aos pacientes. O serviço de capelania está entre os itens avaliados, ou seja, instituições de saúde que reconhecem a importância do apoio espiritual a pessoas enfermas são reconhecidas pelo atendimento humanizado e

integral (GENTIL *et al.*, 2011).

O acompanhamento espiritual no momento de sofrimento e doença não é somente garantido por lei, mas se mostra fundamental no atendimento humanizado. Isso é possível notar no desabafo de uma pessoa em fase terminal ao relatar a solidão e a ausência de acompanhamento espiritual:

Não fujam... esperem... tudo que quero saber é se haverá alguém para segurar-me a mão quando precisar disso. Estou com medo... A morte pode ser rotina para vocês, mas é novidade para mim. Vocês podem não me ver como única, original, mas eu nunca morri antes... Para mim, uma vez é absolutamente única! (KÜBLER-ROSS, 1975, p. 54).

Sabe-se que a morte é uma realidade muito presente nos hospitais e, com a pandemia, ela se tornou ainda mais cotidiana. As pessoas que desenvolveram a forma grave da Covid-19 passaram dias e, às vezes, até meses isoladas em uma cama de hospital e nem sempre tiveram ao seu lado alguém para lhes dar suporte espiritual. Muitas acabaram morrendo sozinhas.

Para que esse momento não seja vivido na angústia solitária de um quarto de hospital, mas compartilhado em todas as suas dimensões, a capelania hospitalar precisa estar preparada e se fazer presente para acompanhar e auxiliar as pessoas no processo de morte. Nesse contexto, o capelão tem o compromisso de estar ao lado dessas pessoas, dando-lhes a oportunidade de comunicarem as suas angústias e, quando necessário, trazer uma palavra de ânimo e de confiança. O capelão tem a responsabilidade de oferecer a mão e o silêncio para que a pessoa tenha a segurança de que terá alguém ao seu lado até o fim. E, mais do que isso, para que sinta, por meio desse gesto, a presença da espiritualidade no momento de sua partida.

Sobre o serviço da capelania hospitalar, Rückert (2016, p. 85) destaca que:

Cabe ao serviço de capelania levar conforto em horas de angústia, incerteza, aflição e desespero e compartilhar o amor de Deus por meio de atitudes concretas: presença, silêncio, gestos, palavras, orações, textos bíblicos, música, celebrações litúrgicas, o sacramento da Ceia do Senhor.

Ainda que a espiritualidade seja de suma importância no trabalho da capelania hospitalar, importa que o capelão atue de forma integral e multidisciplinar no cuidado e acompanhamento do paciente. Para isso, é necessário conhecer a gravidade do caso, suas necessidades físicas, mas também psíquicas e espirituais. Segundo Rückert:

Embora a dimensão espiritual seja de suma importância para a capelania hospitalar, o ser humano deverá ser acolhido em sua totalidade, considerando-se a relação entre a fé e as outras dimensões que constituem a unidade do ser humano (RÜCKERT, 2016, p. 87).

Vale ainda salientar que, por não haver escritos próprios acerca da capelania luterana, infere-se que, com base nos seguintes autores de origem luterana: Herbes e Schultz (2022), Feltz (2018), Rückert (2016) e Hoepfner (2008), existe um modo próprio de fazer capelania a partir da visão luterana. Além disso, tal constatação será devidamente analisada a partir dos depoimentos dos próprios pacientes e capelães entrevistados, que identificam e percebem a maneira peculiar da atuação da capelania hospitalar luterana.

O capelão luterano Delindo Feltz (2018, p. 70) traz a seguinte definição sobre o modo de atuação da capelania hospitalar:

A capelania hospitalar é um ministério de apoio, aconselhamento, fortalecimento e consolação, desenvolvido junto a pacientes, familiares, profissionais da saúde e demais funcionários da instituição. Cabe à capelania levar conforto em horas de angústia, incerteza, aflição e desespero, e compartilhar o amor de Deus por meio de ações concretas: presença, silêncio, gestos, palavras, orações, textos bíblicos, músicas, celebrações litúrgicas e administração dos sacramentos.

A capelania hospitalar luterana se caracteriza pelo cuidado integral da pessoa doente. O seu olhar volta-se principalmente para o sofrimento espiritual, mas a sua atuação não se restringe somente a essa dimensão. Pelo contrário, busca ir ao encontro das necessidades de cada indivíduo, sejam elas físicas, psicológicas, emocionais ou espirituais. É de se destacar ainda que a atuação da capelania hospitalar luterana não se caracteriza pelo proselitismo. A espiritualidade e a religiosidade de cada pessoa são respeitadas.

No contexto da pandemia, o serviço de capelania hospitalar precisou se adaptar à uma nova rotina e reestruturação dos hospitais. A pesquisa aqui abordada contribui para esboçar este trabalho com base em entrevistas com capelães que estiveram diretamente ligados a pacientes internados com Covid-19, bem como entrevistas com pacientes que necessitaram de internação hospitalar; isso será devidamente esboçado no item dos resultados e discussões. Nesse momento, outrossim, aponta-se a metodologia adotada para essa pesquisa para ponderar e avaliar os dados coletados.

2 METODOLOGIA DA PESQUISA

O presente capítulo detalha os aspectos metodológicos que nortearam a pesquisa desenvolvida para esta dissertação de mestrado, estruturando-se em cinco pontos: 1) classificação da pesquisa; 2) caracterização dos sujeitos da pesquisa; 3) detalhamento dos instrumentos de coleta de dados; 4) procedimentos éticos da pesquisa e 5) explicitação da metodologia de análise de dados.

2.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Do ponto de vista das áreas de conhecimento, esta pesquisa situa-se no campo das ciências humanas. Nesse sentido, métodos e técnicas empregados para a realização da pesquisa provém dessa grande área do conhecimento (GIL, 2022).

A presente pesquisa empregou o método dedutivo na medida em que se parte de estudos mais abrangentes com vistas ao entendimento de situações mais particulares, vivenciadas pelos sujeitos da pesquisa por ocasião da pandemia da Covid-19. Tratou-se de pesquisa de natureza aplicada com abordagem qualitativa do problema de pesquisa. A pesquisa aplicada, segundo Gil (2022, p. 64-65), “[...] abrange estudos elaborados com a finalidade de resolver problemas identificados no âmbito das sociedades em que os pesquisadores vivem”.

O enfoque qualitativo se adequou à pesquisa realizada na medida em que procurou a expansão do conhecimento a respeito da problemática proposta e porque funcionou como ponte entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Quanto aos objetivos, classificou-se como descritiva. A respeito da pesquisa descritiva, Gil (2022, p. 65) escreve que “[...] são incluídas nesse grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população”.

O método utilizado para a coleta e a análise de dados foi a pesquisa bibliográfica documental e a pesquisa narrativa. A respeito da pesquisa narrativa, Gil (2022, p. 86) ressalta que

Trata-se de uma das mais antigas modalidades de pesquisa qualitativa. Refere-se a estudos baseados em relatos escritos ou falados, ou em representações visuais dos indivíduos. Em sua forma mais comum, consiste em reunir histórias sobre determinado assunto com o propósito de conhecer um fenômeno específico.

A forma privilegiada de obtenção de dados nesse tipo de pesquisa é o relato,

mas, segundo Gil (2022, p. 86), outros meios também podem ser empregados no processo de coleta. A esse respeito, o autor informa:

As pesquisas narrativas envolvem, na maioria dos casos, um pequeno número de indivíduos, já que é importante garantir que seja obtida uma narrativa ou história de vida de cada participante. Embora as histórias sejam geralmente obtidas mediante entrevistas, beneficiam-se também com a obtenção de dados por outros meios, tais como observações nos locais relatados, análise de fotografias, cartas e outros documentos, bem como o depoimento de pessoas com quem o entrevistado tenha convivido (GIL, 2022, p. 86).

A pesquisa narrativa possui diversas modalidades, como o estudo biográfico e a autoetnografia. Contudo, no contexto da presente pesquisa, empregou-se a modalidade de história oral, que consiste no relato pessoal de um indivíduo acerca de sua própria existência. O objeto das narrativas dos participantes, contudo, não se debruça sobre toda a sua vida, mas abrange episódios ou situações particulares de interesse para a presente pesquisa (GIL, 2022).

Uma pesquisa narrativa possui basicamente cinco etapas: a) determinação da adequação da pesquisa narrativa ao problema ou questões de pesquisa; b) seleção dos participantes; c) coleta de dados; d) análise e interpretação dos dados; e e) redação do relatório (GIL, 2022).

2.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram classificados em dois grupos distintos:

O primeiro grupo (Grupo A) constituiu-se de sete capelães da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil que atuam em hospitais das cidades de: Porto Alegre/RS, Joinville/SC, Curitiba/PR, São Paulo/SP e Jaraguá do Sul/SC, e acompanharam pessoas que precisaram de internação por conta da Covid-19. Vale salientar que apenas seis capelães foram entrevistados, pois um deles não atuou diretamente no hospital durante o período pandêmico.

Já o segundo grupo (Grupo B) constituiu-se por indivíduos da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil que tiveram a doença Covid-19 e necessitaram de internação hospitalar. Ao todo, foram seis pessoas residentes em diferentes cidades do país, a saber: Blumenau/SC, Balneário Camboriú/SC, Indaial/SC, Caçador/SC, Sorriso/MT e Porto Alegre/RS.

2.2.1 Critérios de inclusão

Em relação à seleção dos sujeitos, Gil (2022, p. 245) destaca que “[...] o que interessa ao pesquisador é selecionar pessoas que tenham efetivamente participado do processo social que está sendo investigado”.

Dessa forma, foram inseridas pessoas que adquiriram a doença Covid-19 e precisaram de internação hospitalar e capelães hospitalares que acompanharam pessoas nessa situação em diferentes hospitais.

Em relação ao Grupo A, o critério para inclusão de participantes na pesquisa foi o trabalho desenvolvido como capelão da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil junto a pessoas com Covid-19 em hospitais. Já para o Grupo B, incluíram-se na pesquisa pessoas da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil que desenvolveram a doença Covid-19 e necessitaram de internação hospitalar.

2.2.2 Critérios de exclusão

Do Grupo A, excluíram-se da pesquisa capelães da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil que não atuaram em hospitais junto a pessoas que desenvolveram a doença Covid-19 e necessitaram de internação hospitalar.

Em relação ao Grupo B, houve como critério de exclusão pessoas que não são da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil e que não necessitaram de internação hospitalar devido a doença Covid-19. Além disso, o não aceite para participar da pesquisa também foi um critério de exclusão, pois a participação foi voluntária e o participante poderia desistir de oferecer o seu relato a qualquer momento.

2.2.3 Benefícios da pesquisa para os sujeitos

Os participantes da pesquisa puderam ser beneficiados com a participação na pesquisa de duas maneiras distintas, uma mais direta e outra mais indireta.

De modo mais direto, os benefícios estão relacionados ao caráter positivo que tem a narrativa das próprias experiências. A narração da trajetória de vida e a elaboração do discurso, especialmente em relação a situações estressantes ou mesmo traumáticas tem uma dimensão terapêutica. As rupturas ou as fissuras da identidade desencadeadas pela vivência traumática são preenchidas por ocasião da elaboração narrativa, permitindo a reconstituição da identidade. Ribeiro e Vasconcelos

(2020, p. 213), ao falarem sobre a entrevista narrativa, destacam que “[...] a identidade se constrói pela narrativa. O ser humano se compreende ao interpretar-se e o modo como ele se interpreta é o narrativo”.

Assim, a oportunidade de contar a experiência é também um momento para que o sujeito desenvolva a sua resiliência.

Através das narrativas de vida é que alcançamos um sentido aprofundado da experiência. Quando se fala sobre o que se viveu, temos a possibilidade, não de transmitir o sabido, e, sim, de transformá-lo, pois contar não é viver de novo. Narrar o vivido é ressignificar a experiência [...] (LARROSA *apud* RIBEIRO, VASCONCELOS, 2020, p. 218).

De modo mais indireto, a participação na pesquisa contribuiu para a elaboração de conhecimento a respeito dos processos de adoecimento e cura desencadeados pela Covid-19. Esse conhecimento poderá servir de base para o desenvolvimento de ações de atenção a pessoas em processos análogos futuros. O participante da pesquisa foi informado antes da pesquisa e antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no tocante a sua contribuição.

2.2.4 Riscos que os participantes poderiam correr

Em relação aos grupos A e B, ao relatar as experiências vividas, as lembranças poderiam desencadear tristeza e sofrimento. Dessa maneira, coube à pesquisadora realizar as perguntas sempre com sensibilidade e atenção, buscando amenizar tais sentimentos. A pesquisadora também ficou atenta se o entrevistado se sentiu incomodado ou desconfortável com as perguntas que foram feitas.

Caso algum participante tivesse manifestado desejo de interrupção ou quisesse retirar seu consentimento para participação na pesquisa em qualquer momento, ele poderia fazê-lo. Também poderia ser acompanhado pela pesquisadora enquanto profissional que atua com este tipo de situação até que a sua condição fosse reestabelecida. Caso quisesse, a entrevista poderia ter sido retomada naquele momento ou em momento futuro ou interrompida em definitivo e os dados coletados anulados.

Todas as entrevistas foram gravadas, o que poderia gerar algum desconforto para um ou outro participante. Caso isso fosse percebido pela pesquisadora, caberia a realização de um diálogo mais informal num primeiro momento até que a pessoa estivesse mais familiarizada com a situação e se sentisse apta a participar sem qualquer tipo de constrangimento. Caso alguém tivesse manifestado o desejo de

participar, mas sem que o momento fosse gravado, então esse desejo também teria sido respeitado. Diante do exposto, vale ainda destacar que os procedimentos inerentes às entrevistas foram devidamente realizados e respeitados, não ocorrendo nenhuma intercorrência durante as conversas.

2.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados bibliográficos foram coletados por meio de bibliotecas eletrônicas, com acervo de artigos, dissertações, teses e periódicos científicos. Além disso, a pesquisa bibliográfica aconteceu em livros de autores reconhecidos e clássicos sobre o assunto.

Para a coleta de dados empíricos, realizaram-se entrevistas. Segundo Dmitruk e Gallon (2012, p. 190), a principal vantagem da entrevista é:

Não exigir que o entrevistado saiba ler e/ou escrever e possibilita captar a expressão, a tonalidade da voz e a ênfase nas respostas, bem como os mecanismos de defesa naturais do ser humano.

Algumas entrevistas aconteceram pessoalmente. Outras, no entanto, devido à distância, foram realizadas por meio de aplicativo de webconferência (Plataforma Elos)¹⁰. Todas as entrevistas foram gravadas para facilitar e tornar mais fiel o processo de análise.

As entrevistas seguiram um roteiro pré-elaborado pela autora de acordo com o objetivo da pesquisa. O roteiro foi utilizado de tal modo que não atrapalhasse a fluidez do diálogo, mas foi necessário para a abordagem dos temas de pesquisa.

Embora a etnossociologia recomende que se deixe o entrevistado contar sua história com o mínimo de interrupções e desvios – o pesquisador está ali para a coleta da narrativa, não para o controle do que é dito – não se deve acompanhar a conversa sem um roteiro. Não se trata, evidentemente, de um questionário, mas de uma lista de questões que você tem sobre seu tema de estudo, seus modos de funcionamento, seus contextos de ação (RIBEIRO; VASCONCELOS, 2020, p. 222).

Os roteiros de perguntas encontram-se nos apêndices A e B desta dissertação. As entrevistas foram do tipo entrevista narrativa. Optou-se pela entrevista narrativa, pois esta é “[...] adequada para descrever histórias detalhadas ou experiências de vida de um único indivíduo ou as vidas de um ou de poucos indivíduos” (CRESWELL *apud* GIL, 2022, p. 228). Segundo Muylaert,

As entrevistas narrativas se caracterizam como ferramentas não estruturadas, visando a profundidade, de aspectos específicos, a partir das

¹⁰ <https://elos.vc/site/pt/>

quais emergem histórias de vida, tanto do entrevistado como as entrecruzadas no contexto situacional (MUYLAERT, 2014, p. 194).

Tendo em vista que a pesquisa buscou entender de que forma o acompanhamento espiritual através da capelania hospitalar foi importante para a recuperação do paciente, a entrevista narrativa oportunizou o relato detalhado de histórias vividas tanto por pacientes quanto por capelães.

2.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Submeteu-se a proposição desta pesquisa à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIARP, sendo, sob esse viés, aplicada somente após a obtenção do parecer de aprovação. Observou-se na elaboração do protocolo de pesquisa todos os preceitos éticos previstos nas resoluções 466/12 e 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os dados coletados para análise bem como os termos de consentimento livre e esclarecido assinados pelos participantes da pesquisa foram arquivados pela pesquisadora responsável, que os manterá pelo prazo de pelo menos 5 (cinco) anos. No processo de análise, por sua vez, tomaram-se todas as precauções para a garantia do anonimato dos participantes. O projeto de pesquisa, aliás, foi aprovado com o parecer número 5.729.915, no dia 28 de outubro de 2022, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIARP.

2.5 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

A primeira etapa de análise dos dados coletados foi a transcrição das entrevistas realizadas com os dois grupos de sujeitos. A transcrição foi realizada por meio do software *Nvivo Transcription*.¹¹

A análise do conteúdo das entrevistas se baseou nas metodologias propostas para as pesquisas narrativas. Para a análise dos dados na pesquisa narrativa, Yusen e Ozcan (1997 *apud* GIL 2022, p. 229):

[...] sugerem a adoção de uma estrutura literária para a análise dos dados nas pesquisas narrativas. Dessa forma, a análise é feita a partir de cinco elementos que estruturam o enredo: personagens, ambiente, problema, ações e resolução.

Assim, o conteúdo das entrevistas foi sistematizado de acordo com a proposta

¹¹ <https://help-nv.qsrinternational.com/12/win/v12.1.112-d3ea61/Content/files/nvivo-transcription.htm>
Acesso em 13 Março 2023.

de Yusen e Ozcan (1997 *apud* GIL, 2022). Num primeiro momento, apresentam-se os resultados das entrevistas com o Grupo A, caracterizando a atuação dos sujeitos nas capelarias e no acompanhamento a pacientes com Covid-19. Em seguida, analisa-se os personagens que integram as equipes e também pessoas assistidas pelas equipes na visão dos capelães; depois, caracteriza-se o ambiente de atuação das capelarias, com base nos diferentes relatos, estabelecendo similaridades e especificidades nos diferentes contextos; em seguida, abordou-se a problemática característica da capelaria hospitalar na visão dos sujeitos; ainda, em tópico também específico, apresentam-se as ações e as rotinas de trabalhos das capelarias; por fim, abordam-se as estratégias para resolução dos problemas e dos desafios com os quais as capelarias se depararam relativos ao problema de pesquisa proposto.

Em relação ao Grupo B, seguiu-se a mesma estrutura de análise proposta pelo Grupo A. Num primeiro momento, apresentou-se com base nos relatos dos sujeitos, os diferentes personagens que marcaram o entrevistado quando do acometimento pela Covid-19, tais como família, amigos, profissionais de saúde e outros; em seguida, caracterizou-se o ambiente em que se vivenciou a doença, o leito do hospital, a UTI e o retorno para casa; depois, abordou-se a situação-problema vivenciada pela pessoa doente, as suas percepções, medos, angústias e esperanças; também, tematizou-se a participação do sujeito no processo de cura, as suas possibilidades e limitações ao longo do processo; por fim, analisaram-se os aspectos decisivos vivenciados pelos sujeitos para a superação das dificuldades e a resolução dos problemas desencadeados pela doença.

3 RESULTADOS E ANÁLISE

Num primeiro momento, havia-se cogitado abordar de modo separado os relatos dos Grupos A e B, contudo no decorrer da análise percebeu-se que era mais produtivo e coerente a extração de categorias centrais nos relatos dos dois grupos. Assim, a metodologia de análise e a apresentação dos resultados acabou sendo organizada por temas. Em cada tema, por sua vez, apontam-se as falas dos participantes da pesquisa, abordando os elementos estruturantes: personagens, ambiente, problema, ações e resolução, conforme apontado por Yusen e Ozcan (1997 *apud* GIL, 2022).

No processo de análise, extraíram-se nove categorias apresentadas na forma de subcapítulos: 1) fragilidade, 2) solidão, 3) medo, 4) ansiedade, 5) esperança, 6) empatia, 7) cuidado, 8) gratidão e 9) espiritualidade.

A identificação dos participantes da pesquisa é anônima, por isso adotou-se um sistema de codificação. Para cada grupo de participantes se atribuiu uma letra: grupo A para capelães e grupo B para pessoas que tiveram a doença, respectivamente. As entrevistas foram ordenadas aleatoriamente e cada uma recebeu um número de ordem. Desse modo, o capelão, cujo relato ficou na posição três no processo de ordenação, recebeu o código A3. Por sua vez, uma pessoa acometida pela doença cujo relato ficou na posição 2, recebeu o código B2, e assim sucessivamente.

3.1 FRAGILIDADE

O tema da fragilidade apareceu entre os pacientes. As limitações experimentadas com a doença evidenciaram a fragilidade da vida humana. O paciente B2 destaca que o sentimento de dependência e a necessidade de cuidados especiais no ambiente hospitalar evidenciaram a fragilidade da vida.

Interessante assim é que, quando nós estamos num estado de doença muito grande, a sensação é que a nossa energia vital se esvazia. Nossa energia vital vai embora. E você literalmente fica sujeito nas mãos de alguém, de um lado, para a medicina, a gente fica sujeito nas mãos do médico, e também, da forma espiritual, a gente fica sujeito ao cuidado de Deus. Porque nós não temos força para reagir. Nós não temos força para isso (B2).

Diante da fragilidade experimentada, o paciente B2 revela que, diante da incapacidade de reação, o sentimento de estar nas mãos de outra pessoa se evidencia. Nesse sentido, destaca a importância não apenas da medicina, mas também da espiritualidade. Aqui se evidencia a necessidade do cuidado integral do

paciente. Não somente o corpo sente a fragilidade imposta pela doença, mas a espiritualidade leva a uma total dependência do cuidado de algo superior.

Conforme relatado no tópico 1.5, o modelo cartesiano que influenciou a prática do cuidado, precisa ser superado. O paciente B2, ao relatar a importância do cuidado médico e espiritual, evidencia a complexidade do ser humano. Esse não é apenas um corpo que precisa passar por exames, diagnósticos e prognósticos, mas uma vida, que sofre dores emocionais e espirituais, que nenhum aparelho é capaz de medir.

As pessoas que se recuperavam da Covid-19, após longo período de tratamento, sofriam com as sequelas. A recuperação lenta e difícil também revelou a fragilidade das pessoas. O paciente B6 relata a dificuldade em não poder fazer nada e ser totalmente dependente dos cuidados de outra pessoa.

Durante o período em que eu estive lá, foi muito difícil. Então a calma que eu tive que ter para conseguir aceitar os tratamentos e conseguir me recuperar... porque foi uma recuperação bem lenta, foi devagar e foi difícil... Quando eu fui pro quarto, tratamento lento, a demora na recuperação... é difícil assim porque eu sempre fui uma pessoa muito ativa. Sempre fui muito de cuidar das meninas [fazendo referência às filhas], de querer ajudar sabe. E ali eu estava numa situação que eu não conseguia fazer nada, nada. Não conseguia nem ir no banheiro sozinho. Então eu precisava de ajuda para tudo. Eu não podia ajudar mais ninguém. (B6)

Ao mesmo tempo em que fala das dificuldades vividas com as limitações físicas que a doença trouxe, o paciente B6 lembra que a sua calma, tranquilidade e persistência foi exaltada pela médica que lhe acompanhou. Isso, segundo ele, somente foi possível por causa de Deus.

Para ter o controle mental ali é só por Deus mesmo, porque eu orava todo dia: me dá paciência, me dá calma para não entrar em desespero, para ter serenidade para conseguir levar o tempo que precisa levar. Foi muito difícil para mim, foi muito difícil. Mas, por outro lado, depois que eu saí lá do hospital, a própria médica que cuidava de mim, da equipe da UTI, ela falou: "Olha, eu vou dizer, você foi um exemplo de paciente porque a maioria das pessoas não tem essa calma, essa força que você teve aqui dentro. Você foi impressionante, porque tudo que a gente precisava que você fizesse você conseguiu fazer." E isso, sem sombra de dúvida, eu devo a Deus [choro]. Se Deus não tivesse me dado força, eu não teria conseguido. Eu orava todo dia, o dia todo. (B6)

Por sua vez, ao perceber que não tinha condições de lidar com toda aquela situação sozinho, o paciente B1 conta que recorreu à oração. Diante da sua condição de fragilidade, através do canto e da oração buscou entregar aquilo que não estava ao seu alcance nas mãos de Deus.

Espiritualmente eu estava com os meus dramas. E minha oração sempre era: "Entrega o teu caminho ao Senhor e confia Nele". Eu repetia isso para mim mesmo, que eu não estava dando conta das coisas que eu tinha que fazer, do meu mal-estar, eu não sabia o que dizer. Como sair daquela situação?

Não estava nas minhas mãos. Então essa era a minha oração. Eu repetia, eu cantava isso para mim mesmo. (B1)

Diante da percepção de total dependência experimentada pelo paciente B1, a espiritualidade se tornou uma aliada na aceitação da sua condição, mas, ao mesmo tempo, uma força que lhe fez acreditar na recuperação. Isso mostra a relevância da dimensão espiritual à saúde conforme abordado no item 1.7 deste trabalho.

Ao se deparar com essa total dependência e o sentimento de fragilidade, o paciente B1 fala da importância do capelão, que estava sempre ao seu lado e o visitava a toda hora.

O pastor [nome do pastor] de novo estava sempre do meu lado e me visitava toda hora, me dava muita força. Foi um pastorzão para mim, num momento em que eu estava bastante fragilizado - uma coisa que eu nunca experimentei na minha vida nesse nível de fragilidade. Ele foi essa pessoa que me deu muito apoio (B1).

A capelã A4 faz referência à fragilidade vivida pelos pacientes com Covid-19. O acompanhamento espiritual levou em conta esse sentimento. Além da oração, a capelã A4 realizava a bênção e a unção. Estando paramentada e com todos os cuidados para evitar a transmissão do vírus, a capelã tocava os pacientes. Esse toque, na situação de fragilidade e isolamento em que os pacientes com Covid-19 se encontravam, representava o toque de Deus.

Era aquela questão da conversa, questão da oração, e sempre ligado também a oração do Pai Nosso, e também a bênção. E a bênção foi essencial. Assim, essa coisa de alguém estar botando a mão, tocando, Deus está me tocando. Deus não está me esquecendo. Então como a gente estava paramentado com tudo, não tinha problema. E a própria unção também. Todos os cuidados. É isso, esse toque do Deus que vem até mim na minha fragilidade. Então foi muito em cima disso os atendimentos. (A4)

O rito da unção com óleo está presente na tradição judaica e cristã desde o início. Ferreira e Ziti (2002, p. 64) mencionam que “[...] os primitivos cristãos usavam a unção com óleo como ‘sinal visível e tangível’ do poder de Deus, e que eles criam que Deus curaria o enfermo, quando assim fizessem, porque, com tal sinal, confirmavam sua fé”.

A capelã A1 enfatiza ainda o quanto foi impactante ver pessoas morrendo no ambiente de pronto atendimento por não conseguirem vaga num leito. Também, para a equipe de saúde, toda essa situação gerou ansiedade diante da impossibilidade de oferecer melhores condições de atendimento. Como abordado no item 1.3 sobre os efeitos psicossociais da pandemia, o sentimento de impotência diante da doença atingiu as equipes de saúde. Certamente, estar num ambiente assim despertou o

sentimento de fragilidade entre a equipe de saúde que se via de mãos atadas diante das circunstâncias.

Isso era bastante impactante. Você ver seu familiar falecendo no ambiente do pronto atendimento... Porque assim, você vem para um hospital como o [Nome do hospital]. Você não espera que seu familiar morra no pronto atendimento. Então por melhor que você receba assistência ... e teve gente que chegou a ficar dois dias aqui no pronto atendimento esperando o leito... não conseguia, sabe. (A1)

As crises revelam a fragilidade humana. Wondracek e Hernández (2004, p. 49, grifo no original) apontam que “[...] as crises, que transformam nossos planos e projetos em pó e cinzas, contam-nos que a realidade da vida é a **descontinuidade**. Ali são desvelados os constituintes básicos da condição humana – pó e cinza”.

Conforme já exposto no item 1.5, o filósofo sul-coreano, Byung-Chul Han (2017), enfatiza que a sociedade positiva busca ocultar a fragilidade e o sofrimento presentes no ser humano. Entretanto, o tema da fragilidade reaparece com a ascensão da doença da Covid-19. Segundo Morin (2020, p. 24), “[...] nossa fragilidade estava esquecida; nossa precariedade, ocultada. O mito ocidental do homem cujo destino é tornar-se ‘senhor e dono da natureza’ desmorona diante de um vírus”.

A pandemia revelou a fragilidade do ser humano diante de uma doença que acometeu pessoas de diferentes idades e desmantelou toda e qualquer segurança que se tinha em relação ao futuro. O ser humano perdeu a condição que lhe assegurava a estabilidade e a segurança na sociedade e precisou se adaptar à realidade de insegurança e solidão.

3.2 SOLIDÃO

A fragilidade experimentada com a doença, gera o sentimento de abandono e solidão. O sentimento de solidão esteve presente no diálogo tanto com pacientes (grupo B) como capelães (grupo A). A mudança na rotina de trabalho experimentada pelos capelães na pandemia fez com que eles sentissem a necessidade de compartilhar as dificuldades vividas.

Acho que a ausência de pares. De ter com quem conversar sobre as questões próprias da capelania. Sobre as demandas próprias da capelania, sobre o sofrimento espiritual e religioso dos pacientes. Tinha conflitos, pacientes em extremo sofrimento religioso e em conflitos severos. [...] . E aí você não tinha com quem conversar... (A1)

Durante a pandemia da Covid-19, os capelães que permaneceram nos hospitais, receberam alta demanda de trabalho. O acompanhamento e o cuidado junto

aos que estavam sofrendo foi intenso. A capelã A1 mostra a necessidade de também o cuidador ser ouvido e cuidado em momentos de grande estresse. Boff (2012, n.p.) lembra que também os cuidadores necessitam de cuidados quando esse ato é contínuo e responsável.

É notório que o cuidar é muito exigente e pode levar o cuidador ao estresse. Especialmente se o cuidado constitui, como deve ser, não um ato esporádico mas uma atitude permanente e consciente. Somos limitados, sujeitos ao cansaço e à vivência de pequenos fracassos e decepções. Sentimo-nos sós. Precisamos ser cuidados, caso contrário, nossa vontade de cuidar se enfraquece.

No início da pandemia, antes das vacinas, muitos capelães não puderam realizar o acompanhamento espiritual presencialmente. Apesar de buscarem se adaptar a essa nova realidade através da gravação de mensagens, telefonemas para os quartos, vídeos de encorajamento, o fato de não poder estar ao lado dessas pessoas, trouxe o sentimento de solidão.

Nós da capelania, da pastoral, nós estamos acostumados a lidar com pessoas no dia a dia, e a gente vê e conversa com muitas pessoas. E do dia para a noite não ter isso foi desafiador. Porque eu digo, eu sou gente que precisa de gente. E aí de repente eu não posso estar com gente. Eu tenho que ficar do lado de cá. Então isso foi bem desafiador. Foi algo bem complicado de lidar. (A2)

Os nossos encontros com os pacientes, com os familiares sempre foram muito, como se diz, presenciais. Aquela coisa do toque, da aproximação. Então isso aí a gente não teve mais. Então foi assim também difícil para nós porque sabe, quando a gente está perto da outra pessoa, a gente sente ela melhor. A gente tá olhando, tá vendo, tá ouvindo... está sentindo aquela pessoa. Então nesse momento a gente não teve isso. Então a gente teve que, não se conformar, mas se adequar realmente à nova situação, porque não dava mesmo diferente. Não tinha como. (A3)

A alta demanda de trabalho no auge da pandemia levou os capelães a sentirem o cansaço e a carga emocional. O colapso dos hospitais, a falta de vagas em UTIs e a falta de aparelhos de ventilação mecânica, conforme relatado no item 1.2, fizeram o Brasil enfrentar uma crise sanitária.

Os profissionais da saúde precisaram enfrentar longas jornadas de trabalho para, muitas vezes, suprir a ausência de um colega afastado pela própria doença. Diante desse cenário, igualmente, os capelães sentiram a sobrecarga física e emocional. Ao acompanhar tanto pacientes com Covid-19, como familiares e profissionais da saúde, é possível perceber o sentimento de solidão diante do próprio sofrimento e da carga emocional exigida, conforme nos relata a capelã A4:

Eu acho que para mim foi a questão de onde eu podia conversar com alguém. Porque todos viam em mim e na própria psicóloga aquelas que iriam nos ajudar a ficar em pé. E aí nós até conversávamos, até onde nós estamos em

pé. [...] Mas tinha sempre aquela questão assim: da onde que dentro disso tudo eu tenho alguém que me põe em pé. [...] Porque elas viam tanto em mim como na psicóloga: “Vocês vão nos manter em pé. Vocês vão sempre ter uma boa palavra para nós. Vocês não têm as respostas, mas vocês vão sorrir através da máscara para nós. Vocês vão nos dar o abraço que nós não estamos podendo abraçar, pelo olhar de vocês, pela fala de vocês, pela presença de vocês.” Então isso sim. Chegou momentos em que eu dizia: será que eu ainda vou aguentar o dia de amanhã ou até onde eu vou aguentar por não ter alguém que me levantasse também. (A4)

A solidão vivida pelos pacientes com Covid-19 foi percebida e sentida pelos capelães. Conforme abordado no item 1.4, as restrições impostas pela pandemia no cuidado a pacientes com Covid-19, intensificou os dilemas sociais e éticos sobre a garantia da dignidade humana. Não ver a família e morrer sem poder se despedir fez com que muitos pacientes experimentassem a mais triste solidão, a solidão da morte. A capelã A2 relata o quanto foi difícil ver pacientes morrerem sem que a família pudesse se despedir.

Eu acho que o que mais me deixava chateada, era triste assim de certa forma, era saber que muitos pacientes que faleceram sem poder ver pela última vez a sua família, e a família também poder se despedir. (A2)

A paciente B4 descreve o desejo de estar com a família no momento de fragilidade e doença. Ao perceber que o seu estado de saúde piorava, desejou ir para casa e morrer ao lado de sua família.

Eu lembro que uma vez, quando aquela noite que eu queria sair do hospital, que eu disse que eu ia procurar outro hospital. Na verdade, eu não queria outro hospital. Eu queria ir para casa, morrer com minha família. (B4)

O desejo de estar ao lado da família, conforme Feltz (2008, p. 90), é uma característica das pessoas que enfrentam situações graves de saúde:

[...] toda e qualquer pessoa que está gravemente enferma lida o tempo todo com medos e com a sensação de que a qualquer momento pode haver uma ruptura definitiva e a consequente separação de seus familiares e de pessoas queridas. É uma necessidade básica de qualquer ser humano não querer estar sozinho nesses momentos.

Além de não ter a presença de um familiar, toda a rotina de cuidados no hospital e a falta de privacidade e de independência acentuaram o sentimento de solidão. O paciente B2 relata esse sentimento e destaca a importância de, nesses momentos, ter alguém que se preocupa e permanece ao lado nesse duro momento de solidão.

É perceptível esse desamparo. Agora não tem ninguém cuidando de mim. São só os médicos que veem, que olham, que perguntam. Enfermeiro entrando a cada cinco minutos. Três horas e meia da manhã começam os ciclos para tirar sangue, e 11 horas da noite eles vêm dar os últimos remédios. Uma privacidade que a gente não tem, ela é completamente invadida. Não é assim bonito estar internado num hospital. E é importante ter alguém que olha: Eu estou aqui, estou contigo. Estamos orando por ti. Você quer que eu

ore por você. (B2)

O paciente B3 também relatou o estranhamento diante da rotina de prevenção realizada pelos profissionais da saúde ao entrar no quarto.

Então, assim, os médicos que entravam no quarto, eles vinham colocavam uma roupa, deixavam tudo ali, trocavam de roupa na saída. Era assim, parecia uma coisa de astronauta que estava assim, tipo aqueles filmes de terror que o cara tem uma bactéria, um vírus, que tem que estar isolado, que agora vai dominar o mundo. (B3)

O paciente B3 chega a enfatizar que a pior angústia humana é a solidão. Sentir-se sozinho e abandonado, segundo ele, é a pior dor que alguém pode sentir.

Porque, quando tu te sente bem, tu tem vontade de viver. Quando tu te sente amado, acompanhado, tu tem vontade de enfrentar de novo. Só que, quando tu te sente sozinho, a solidão... Sabe, assim, a coisa mais dolorida do ser humano é a solidão. Não há nada, nenhum mal, no meu entender, que possa ser mais dolorido do que a solidão. [...] Então a solidão é a maior angústia humana. (B3)

É comum os pacientes que tenham usado a ventilação mecânica relatarem sonhos e delírios provocados pelos medicamentos (analgésicos, sedativos e bloqueadores neuromusculares). O sentimento de solidão é tão forte nos pacientes com Covid-19 que se mostra até mesmo nestes sonhos, assim como relata o paciente B1:

Mas tinha um lado de angústia enquanto eu estava nesses sonhos eu me sentia muito sozinho boa parte deles, eu me sentia abandonado. Inclusive eu depois fiquei pensando: Deus não aparecia nesses sonhos assim para mim. Eu não orava nos sonhos. Eu sentia falta das pessoas, sentia a necessidade de atenção, mas minha espiritualidade não processou isso... (B1)

Nesse sentido, os capelães buscaram diminuir o sentimento de abandono e de solidão ao estarem presentes na rotina dos pacientes com Covid-19. Ao falar sobre a diferença que pensa ter feito na vida dos pacientes com Covid-19, a capelã A3 relata que:

Eu acho que a diferença é o fato deles saberem que eles não estão sozinhos. Não tem aquela... sabe... o abandono, a solidão, saber que tem alguém ali, que alguém faz uma ponte também com a família.

O paciente B3 teve o acompanhamento de um capelão durante a internação por conta da doença Covid-19 e relata o quanto fez a diferença naquele momento para ele e sua família.

Isso foi muito importante, ele vir visitar a gente. Um dia ele trouxe um cartãozinho com uma mensagem, um dia ele trouxe um cartão com uma oração também. Nossa, faz a gente se sentir carregado, realmente carregado naquele momento. Mas ele sempre fazia uma oração com a gente, comigo e com a [nome da esposa]. (B3)

A capelã A5 destaca a importância da realização das visitas periodicamente para amenizar o sentimento de desamparo experimentado pelos pacientes com Covid-19:

Mas o fato de você estar lá, de acalmar a pessoa, de dizer “olha, você não vai estar sozinha, todo dia eu vou passar aqui” e de fato tentar cumprir com essas promessas porque para quem estava isolado, estava esperando esse momento.

A importância da presença e do acompanhamento espiritual para aliviar a solidão do isolamento é relatada também pelo paciente B3:

Quando a gente se sente acompanhado por Deus, você enfrenta tudo. A gente tem a fé de que Deus está com a gente, mas ter uma pessoa física contigo, era a [nome da esposa] comigo, era o pastor, tinha um enfermeiro [...]. E naqueles momentos que eu me sentia bem sozinho no quarto, eu procurava escutar música, procurava fazer alguma coisa pra não me sentir sozinho. Eu precisava de alguma coisa naquela prisão lá. Então, assim, a presença do [nome do pastor] representava a presença de Deus, da Igreja. A [nome da esposa] era a família. Em algumas representações... eu não estou sozinho... estão comigo. E isso faz diferença... é muito importante.

As pessoas que necessitaram de internação por conta da Covid-19 sentiram muita solidão devido ao isolamento. As equipes de saúde tiveram que lidar com o fato de que era necessário maior cuidado para a contenção da transmissão do vírus, mas, ao mesmo tempo, buscaram amenizar a solidão do isolamento através da presença e do cuidado humanizado, assim como visto no item 2.5. Observou-se, através dos relatos dos pacientes, que o acompanhamento espiritual dos capelães foi fundamental para o enfrentamento da solidão e do medo.

3.3 MEDO

O sentimento de medo é abordado aqui primeiramente pelos capelães (Grupo A). Os capelães relatam o medo do desconhecido: a possibilidade de serem contaminados pela doença e de não saberem como o próprio organismo reagirá provocou, entre os capelães, a insegurança e o medo.

Como mencionado no tópico 1.3, Bauman e Donskis (2014) abordam as três principais razões do medo na sociedade. Entre elas, está a ignorância e a impotência. Os capelães enfrentaram o medo provocado pela ignorância diante de uma nova doença. O medo do desconhecido e a impotência diante daquilo que o vírus poderia provocar esteve presente entre os capelães. Isso pode ser constatado no depoimento da capelã 3

Também um medo, que foi natural, de se contaminar. Porque a gente nunca

sabia o que realmente esse vírus ia fazer dentro do organismo. Porque tinha pessoas que pegaram o vírus e realmente foi uma gripezinha. Outros levaram à internação, à intubação, e muitos a óbito. Então tu não sabia o que podia acontecer contigo, com as pessoas que estão à tua volta, à tua família. Então isso foi um estresse muito grande nesse período para mim e para os outros profissionais do hospital, com certeza. (A3)

A duração da pandemia e o convívio diário com pessoas jovens e saudáveis que vinham a óbito por causa da Covid-19 acentuou o medo entre os capelães. A capelã A1 relata esse sentimento ao recordar o aumento dos casos em 2021 com a segunda onda da doença:

Aí vem junho, vem julho, agosto, setembro. Aí parecia que as coisas estavam melhorando. Vem a primavera e a gente achou que agora as coisas estão ficando melhores. Veio o Natal, Ano Novo e a segunda onda que foi cruel assim essa foi muito difícil. Eu tive uma crise de Burnout, por exemplo. Eu cheguei um dia no hospital, eu não consegui passar da porta da cancela. Eu travei na porta do hospital e chorava porque foi o momento em que os pacientes internados não eram idosos, não eram pessoas com comorbidades, não eram pacientes oncológicos. [...] Eram pessoas que estavam bem, eu e você, pegava Covid, morria sem nada, sem nada. Gente com 30, 40, 50 anos que não tinha nada. Tinha diabetes, tinha colesterol. E morria, morria, sabe. Ou ficava com sequelas horróricas (A1).

Também, a capelã A1 relata o medo de pegar a doença e ser mais uma vítima. Medo de ter a sua vida interrompida precocemente e assim se separar do filho:

Lá atrás, em janeiro eu senti essa dor, essa vontade de chorar, de não querer entrar no hospital, de não conseguir entrar. Porque realmente os óbitos das pessoas jovens, sem nada ... eu fiquei com muito medo, porque eu fiquei com medo de faltar para o [nome do filho]. Eu fiquei com medo de não ser mãe, não poder mais ser mãe. (A1)

Em muitas situações, a transmissão da doença acontecia entre as pessoas da própria família. A capelã A3 destaca o medo de ser um possível agente transmissor da doença para a família:

A gente tinha muito medo. Eu tinha muito medo de pegar porque eu sou casada. Meu marido já tem mais idade do que eu. Então eu sempre morria muito de medo de que eu pudesse pegar e passar para ele também. E, nós dois, nenhum vacinado, né? Então, quando eu pegava o elevador, eu não me encostava em lugar nenhum dentro do hospital. Então isso é uma angústia pra gente (A3).

Os profissionais da saúde vivenciaram o drama de serem possíveis agentes transmissores da doença à própria família. Nesse caso, os capelães também viveram essa angústia. Lidar com esse medo e, ao mesmo tempo, ser alguém que transmite esperança e segurança mostraram-se como desafios aos capelães segundo relata A5:

Quando eu comecei, o mais difícil foi, assim, o medo de ter Covid. Havia pessoas bem assustadas, então eu também fiquei um pouco, mas não

transmiti isso pra elas. Mas no fundo a gente também fica assustada. (A5)

Já da parte dos pacientes, o mais assustador deu-se quando um ente querido evoluía para a forma grave da doença e o paciente que havia transmitido o vírus se culpava. Conforme relata o paciente B5, eles sentiram medo de que a filha experimentasse essa culpa.

Então a gente tinha muito medo dela [filha] se sentir culpada por isso. Porque foi por causa dessa amiga que passou aqui para visitar ela. Então a gente teve todo esse cuidado de não descarregar essa culpa em cima dela. (B5)

O paciente B2 relata o medo tido ao ver o kit de intubação no seu quarto e se deparar com a possibilidade de ser intubado:

Mas o que me chocou foi, então, nesse momento, quando trouxeram um carrinho, e ali estava um equipamento para intubação. E aí eu lembro muito bem, tudo estava dentro do plástico bonitinho. Eles depois colocaram então também um paninho por cima. Mas quando você vê assim os tubos, e você vê aquele instrumento... eu não lembro como chama aquele instrumento que eles usam para fazer intubação, mas uma espécie de um martelinho que enfia e puxa a língua. Quando você vê esses instrumentos lá... e aí você diz: Senhor, meu Deus... meu Deus. (B2)

Já o paciente B6 lembra que estar na UTI Covid e ter que usar a máscara VNI foi assustador. Teve medo de não poder mais estar com as filhas.

Então foi assustador. Foi uma semana deitado naquele negócio ali, sofrendo e eu só pensava: "Eu não posso morrer porque eu não posso deixar as meninas sozinhas". (B6)

A paciente B4 relata que, ao ser informada sobre a necessidade de ser internada, sentiu muito medo. Não conseguia acreditar que a Covid 19 poderia ter lhe deixado num estado tão grave. A paciente B4, ao se deparar com a realidade da internação, passou pela fase da negação.

Senti medo. Já desesperada, me perguntava: Será? Será que é Covid mesmo? (B4)

Segundo Kübler-Ross, negar a doença é parte do processo vivido pela pessoa doente. Para a autora, todo paciente tem a necessidade da negação. Essa serve como um mecanismo de defesa diante do choque vivido com a notícia da enfermidade.

O que quero ressaltar é que em todo paciente existe, vez por outra, a necessidade da negação, mais frequente no começo de uma doença séria do que no fim da vida. (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 47)

Quando o paciente era internado e tinha diante de si uma série de procedimentos desconhecidos, o medo provocado pela ignorância (BAUMAN; DONSKIS, 2014) foi sentido. O uso da máscara de VNI, a presença do kit de intubação no quarto e os procedimentos adotados para o tratamento aumentavam ainda mais o

medo experimentado pelos pacientes com Covid-19. Ao mesmo tempo, a impotência diante de tudo o que o enfermo estava vivendo e a insegurança diante do futuro desvelaram ainda mais o medo. Ao ser informado sobre a necessidade de ficar no hospital, B6 fala que sentiu medo de morrer.

Eu fiquei bem apavorado no dia que eu internei no hospital. Naquele dia, eu já senti que era grave e que não iria ser fácil. E aí a médica [nome da médica] que é nossa amiga que me atendeu lá, dizia: “Fica calmo, a gente vai cuidar de você”. “Não, eu sei, mas eu estou com medo de morrer agora.” É difícil. Foi difícil porque eu sabia que estava bem grave. (B6)

Conforme relatado no tópico 1.3, a alta cobertura da mídia sobre as mortes provocadas pela Covid-19 acentuou o medo da doença. Ao precisarem de internação, muitas pessoas, sentiram medo de morrer. Clem e Hoch (2021, p. 9) destacam, nesse caso, que:

O estar com Covid parece despertar um senso de finitude às pessoas, colocando-as vulneráveis a sensações e a questionamentos que talvez antes nunca haviam experimentado. As dúvidas e incertezas quanto ao futuro e o medo da morte assemelham-se a fantasmas, assombrando-os em seus momentos de lamúria e recordando-lhes do futuro, agora parecendo mais próximo.

A capelã A5 descreve o medo e a insegurança presentes nos pacientes com Covid-19, revelando o pânico gerado pela doença quando eram internados e ficavam conscientes da gravidade do seu estado. A5 relata também que a sua atuação, muitas vezes, era buscar tranquilizar essas pessoas:

Eu caracterizaria assim como um espaço de tranquilizar e tentar buscar na pessoa a sua esperança, porque acho que assim só o fato de você saber que você está com Covid, já dava um medo muito grande, um pânico muito grande. Acho que foi semeado muito pânico em torno da Covid. E isso era a primeira coisa. A pessoa então... passava pela emergência, era feito o teste de Covid, era Covid, precisava ser internada. Então, num primeiro momento assim, eu vou morrer era a primeira coisa. E aí vinha tudo isso em dobro porque a pessoa estava internada com Covid, isolada da família, não podia fazer contato. E daí sendo atendido pela equipe. Então acho que esse temor então ali a gente, eu pelo menos na minha atuação, eu entrei muito nesse lado de conversar com a pessoa acolher a pessoa para que ela se tranquilizasse de que ela esquecesse todo esse monstro que foi criado e pensasse nela, no seu momento, nos seus sintomas. (A5)

O medo da morte também foi sentido pelo paciente B6 no leito da UTI. Como não precisou ser intubado e esteve consciente todo o tempo, via as pessoas ao seu redor entrando em óbito e constantemente ficava afirmando: “Espero que eu não seja o próximo”.

No tempo que eu estava na UTI, toda hora eu ficava pensando: tomara que não seja eu o próximo. Porque eu fiquei acordado. Não estava intubado. Então todo dia estava morrendo alguém do meu lado e saindo no saco preto na frente. Então era dia e noite aquele negócio, aquele barulho. Enfermeiro

correndo, médico correndo e o povo reanimando quem parava. De vez em quando eles não conseguiam e daí eu ficava naquela: “Será que eu sou o próximo? Tomara que não!” É difícil. [...] É ruim demais. Foi a pior sensação que eu tive na minha vida até hoje. (B6)

A experiência de estar num leito de UTI Covid foi, para o paciente B6, a pior sensação já vivida. A proximidade física com os outros enfermos tornou a realidade da morte ainda mais presente. Ouvir e saber que pessoas ao seu lado estavam morrendo por causa da mesma doença que o levou à internação tornaram a permanência na UTI uma desesperadora luta pela vida. O paciente B6, ainda, comenta que o medo da morte se devia por não querer deixar a família sozinha.

Eu acho que o fato de eu ficar orando e pedindo a Deus que se fosse da vontade dele que me tirasse vivo de lá para eu poder continuar criando as minhas filhas, então que acontecesse. Que aconteça o que for da Tua vontade, né? Mas se eu puder sair vivo melhor, né? Porque eu só pensava na [nome da esposa] ter que criar as meninas sozinha. Eu não estava assim com medo de morrer. Estava com medo de deixar elas sozinhas. Esse era o pior pavor (B6)

Kübler-Ross destaca que, quando o paciente se conscientiza da gravidade do seu estado, passa pelo estágio da depressão. Para a autora, “[...] a depressão é um instrumento na preparação da perda iminente de todos os objetos amados” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 93). Por meio da depressão, o paciente começa a enxergar as perdas que já teve com a doença e as que ainda poderá ter e uma das maiores perdas experimentadas pelo paciente com Covid-19 é a do convívio com a família. Diante disso, vivencia o medo de não poder mais ver e cuidar de sua família.

A preocupação com o núcleo familiar, igualmente, aparece no relato do paciente B5:

A minha maior preocupação não era comigo, era com a família. Fiquei o tempo todo preocupado que a família pudesse ir pro hospital. Enquanto eu estava consciente, a minha preocupação era essa, a família. (B5)

Por seu turno, o paciente B1 ainda destaca o medo sentido pelo familiar ao perceber que a situação era mais séria do que se imaginava. A família do paciente com Covid-19 experimentou o medo e a incerteza diante da evolução da doença. Tal temor era ainda mais ampliado quando não se tinha mais nenhuma comunicação com o familiar.

[Nome da esposa] teve muito medo. [Nome da esposa] em primeiro lugar foi a que mais sofreu. Porque ela achou que eu ia ficar pouco tempo. Aí, quando ela viu que não era assim, ela começou a sentir muito medo. Pensou mil e uma coisas. E ela balançou bastante emocionalmente. (B1)

A paciente B4, de modo semelhante, relata que sentiu mais medo ao ter que ir

para a UTI. Fala do desconforto e da dificuldade em ter que usar a máscara VNI, a qual é usada em pacientes com síndrome respiratória grave. Nem todos os pacientes toleram o uso. Entretanto, quando há melhora no desconforto respiratório, evita a intubação. Nesse momento, a paciente ainda relata o quanto sentiu a necessidade de ter alguém ao seu lado. Segundo ela, a fisioterapeuta, apesar de ter que lidar com a lotação da UTI, permanecia um tempo a mais e lhe segurava mão.

Com mais medo eu fiquei depois que eu fui pra UTI. [...] Quando eu fazia aquele negócio sabe, a máscara. Eu dizia que essa máscara tava me matando. E eles diziam: “Não. É por isso que a senhora ainda está aqui. Porque essa máscara está salvando a senhora”. E eu para mim era muito difícil fazer essa máscara. E eu fazia muitas vezes, muitas vezes por dia. [...] Eu sentia medo. Eu até pedia para a moça da fisioterapia: “Fica segurando minha mão”. Mas ela não podia porque não era só eu. Mas eu nem imaginava que isso lá estava tão entupido no hospital. Aí, ela disse: “B4’, eu posso te dar um pouco a mão, mas o tempo todo não posso” (B4).

A paciente B4 não teve o acompanhamento de um capelão, mas, ao ser perguntada se achava importante, relatou que essa presença teria diminuído o medo.

Eu acho que a gente tinha tanto medo. Eu digo a gente, porque, como eu senti muito medo, eu acho que todos têm esse medo. Tanto é que eu pedi para ela [fisioterapeuta] ficar ali do meu lado, pois eu me sentia mais forte. Então, eu acho que é muito bom ter alguém do teu lado. (B4)

A solidão e o isolamento vividos nos hospitais, em especial nos leitos de UTI Covid, aumentou o medo e a incerteza diante da evolução da doença. Nos hospitais em que houve a atuação da capelania hospitalar, foi possível o acompanhamento espiritual desses pacientes. Já nos locais onde não havia tal serviço, a presença e o cuidado dos profissionais da saúde abrandaram os maiores temores.

3.4 ANSIEDADE

O tema da ansiedade esteve presente predominantemente no relato dos capelães (Grupo A). Em diversos momentos, comentaram que os pacientes com Covid-19 apresentavam quadros de ansiedade. Alguns necessitavam, inclusive, de medicamento para aliviar esse sintoma conforme relata a capelã A1:

E o que eles tinham em comum era a ansiedade. Muitos pacientes eram extremamente ansiosos. Então eles eram altamente medicados para controle de ansiedade, mas boa parte deles estava chumbado para poder aguentar a internação. Então eu passei a atender e acompanhar... (A1)

Assim, a falta de leitos de UTI e de respiradores, as incertezas quanto ao tratamento geraram ansiedade nos pacientes com Covid-19 e nos familiares. A capelã A1 expõe que o pronto atendimento se tornou local de internação. Por falta de leitos

de UTI, pessoas precisaram ser intubadas no pronto atendimento e muitas vieram a óbito ali mesmo, sem a chance de um tratamento na UTI. A capelã A1 lembra que, mesmo se tratando de um hospital particular e de referência, não foi possível atender a demanda de pacientes com Covid-19 que precisavam de respiradores. Tudo isso causou pânico e ansiedade entre os pacientes e os familiares. Por isso, o pronto atendimento se mostrou um local onde o acompanhamento espiritual foi diversas vezes solicitado.

O pronto atendimento se tornava um lugar de internação também. Então, o paciente ficava no PA aguardando o leito. Tipo o SUS, sabe? Então, a gente ficava, e aí sim isso gerava muita ansiedade, porque o PA é o PA. Você tem cama do lado de cama. É um entra e sai. E aí, em cada uma das ondas, a gente teve que passar por isso: intubação e óbito no PA. E isso vai gerando nas pessoas que estavam nesse lugar extrema ansiedade e pânico mesmo. Vai gerando um ambiente de pânico. No pronto atendimento, a gente era muito solicitado para fazer o acolhimento das famílias, conversar. (A1)

A ansiedade gerada pela falta de leitos e de respiradores, que é comentada pela capelã A1, já é citada no item 1.2. O relato da capelã coaduna com o quanto foi impactante para as pessoas verem um familiar no pronto atendimento morrer antes mesmo de receber o tratamento adequado. Como já mencionado, nem todos os hospitais tinham o serviço da capelania. A paciente B4, por sua vez, não recebeu esse acompanhamento, mas lembra de um enfermeiro que sempre vinha para tentar acalmá-la.

Aí tinha um enfermeiro que sempre falava: “Calma, calma, [B4], calma”. Então depois disso que eu fui escutar a música “calma”. Eu nem conhecia essa música. Aí depois que eu escutei essa música, aí eu pensei daí que ele tinha para mim: “Calma, calma”. Antes eu não conhecia essa música¹² (B4).

A ansiedade também acometeu capelães. Apesar de a palavra ansiedade aqui não ser diretamente mencionada, é possível sentir o quanto esteve e ainda está presente entre os capelães. A capelã A1 menciona as experiências difíceis vivenciadas nesse período e as incertezas quanto ao futuro, além da necessidade e, ao mesmo tempo, da dificuldade de entender e de ressignificar essas experiências.

As pessoas estão muito no limite. Então acho que, quando eu olho lá atrás, e penso como foi 2020... 2020, a gente passou bem, e 2021 sofremos mais, mas 2022 eu não sei. Eu fico preocupada com o que vem em 23, porque nossa esperança vai se esvaindo. Fica difícil de ressignificar, fica difícil de você conseguir entender onde estão todos esses ajustamentos. (A1)

Oliveira (2012, p. 46) destaca que o contato diário com a dor e o sofrimento

¹² Música composta por Júlia Vitória e Leandro Borges. **Um refrão para sua alma**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=URE0riL21Dc>

provoca um desgaste físico e emocional no profissional envolvido no cuidado direto de outra pessoa.

O profissional cuidador, mesmo que não se dê conta, sofre desgastes pelo contato diário com a dor, a perda, as dificuldades, necessidade e angústias das pessoas com as quais lida, trabalha ou que atende. É inegável que há demandas constantes, que exaurem, senão de imediato, certamente, ao longo do tempo da atuação profissional.

Arantes (2019, p. 33) chama o estresse pós-traumático de fadiga de compaixão. Segundo ela, pessoas que lidam diariamente com o sofrimento e a dor de outra pessoa podem desenvolver essa síndrome.

A fadiga de compaixão ou estresse pós-traumático secundário ocorre preferencialmente com profissionais de saúde ou voluntários que têm como principal ferramenta de ajuda a empatia. Pessoas que lidam com tanto sofrimento que acabam por incorporar a dor que não lhes pertence.

Nesse contexto, estudos mostraram que os profissionais da saúde que estiveram na linha de frente no atendimento a pacientes com Covid-19 desenvolveram quadros psicológicos de ansiedade e estresse pós-traumático (PEREIRA *et al.*, 2021). Além do trabalho técnico prestado, prestaram a assistência humanizada, através do cuidado integral. Os capelães também experimentaram o esgotamento físico e psíquico diante da alta demanda de atendimentos.

3.5 ESPERANÇA

O tema da esperança esteve presente entre os capelães. Diante da complexidade da doença e dos sentimentos que ela provocou, viram a necessidade de transmitir esperança. A capelã A3 destaca que essa mensagem de esperança e de ânimo era levada também para todos os colaboradores do hospital.

A gente procurava textos e fazia uma pequena reflexão que procurasse dar um momento bom, um momento assim de esperança e conforto, de ânimo para os colaboradores. (A3)

A capelã A1 relata que o serviço de capelania buscou acolher os sentimentos também dos familiares das pessoas com Covid-19. Nesse diálogo, ao mesmo tempo em que se ouvia a angústia e a revolta diante do que estava acontecendo, as famílias sentiam o desejo de expressar a fé e a esperança de que tudo ficaria bem.

A gente também fazia acolhimento dessa família, de estar conversando com ela, estar ouvindo as angústias e estar tendo esse momento de entender. E era fundamental assim, como era fundamental a fé dessas famílias. Para elas, era importante poderem falar do quanto elas tinham fé e esperança de que tudo ia passar e que tudo ia ficar bem. Ao mesmo tempo, também o sentimento de revolta e de profunda dor não dava para entender que, apesar de cuidar tanto, ainda ficou doente (A1).

Diante das perguntas, dos medos e das angústias experimentadas com a doença, o acompanhamento espiritual realizado pela capelania hospitalar possibilitou o fortalecimento da fé, da resiliência e da esperança. A capelã A2 enfatiza que, até mesmo quando não era possível a presença física, a capelania buscou levar esperança aos pacientes com Covid-19 através de mensagens gravadas e de telefonemas:

Era um momento muito difícil, de muito medo e muito desafiador, e a gente não podia estar presente fisicamente. [...] mas as pessoas manifestavam para gente o quanto era importante receber aquela ligação, o quanto era bom receber aqueles áudios. Então, eu acho que sim, foi muito importante o acompanhamento da pastoral e o acompanhamento do hospital para esses pacientes. Até porque era um momento de muito medo e ali a fé trazia um certo conforto assim e uma esperança. (A2)

As capelãs A1 e A2 destacam o papel fundamental da capelania hospitalar como portadora do anúncio da esperança.

Ser a capelã nessa circunstância é ser uma presença que é acolhedora e que dá sinais sobre a completude da vida. Inevitavelmente, a gente é um sinal de completude da vida sobre esperança, sobre resiliência, sobre cuidado sobre amorosidade (A1).

Nós éramos aquela gotinha de esperança para essas pessoas. Aquela gotinha que fazia a diferença. Então isso é muito gratificante ver que teu trabalho também faz a diferença para alguém. (A2)

Ferreira (2017, p. 49-50) afirma que o serviço da capelania hospitalar auxilia na recuperação da esperança em meio ao medo e às incertezas trazidas pela doença.

Medos e desesperanças sobrevêm à pessoa acometida pela doença, o que a fragiliza e trazem prejuízos ao curso do tratamento para a recuperação da saúde e da qualidade de vida. Quando o paciente tem conhecimento de que há um capelão hospitalar para oferecer-lhe auxílio espiritual, no decurso do tratamento e no enfrentamento da doença, aliando-se aos integrantes da equipe médica, ele reanima suas esperanças no combate à doença, em favor da vida.

Ao adquirir a paz e a tranquilidade, mesmo diante da complexidade da doença, segundo a capelã A5, o paciente com Covid-19 passava a pensar diferente sobre o tratamento e o tempo de isolamento que precisaria enfrentar.

Então, aí, quando a pessoa adquiria essa tranquilidade, ela passava a pensar diferente desse tempo de isolamento, de afastamento da família e se apegava bem a que esperança você tem, da sua espiritualidade. E aí eu entrava sempre fazendo isso, dando esse suporte para sempre de novo ela ser reforçada, essa esperança, essa expectativa, que era o seu momento de se cuidar (A5).

Apesar de o paciente B1 não se referir diretamente à palavra esperança, tal sentimento é despertado e fortalecido ao saber que muitas pessoas estavam se

unindo em oração para a sua recuperação.

[...] Deu uma mobilização interessante em tudo que é lugar. O que eu ouço falar de gente que orou para mim. Pessoas que eu nem conheço. Pessoas de outras igrejas, de outros países. Isso tudo então me confortou muito. (B1)

A capelania hospitalar transmitiu esperança aos pacientes com Covid-19. O serviço da capelania precisou, em muitos momentos, adaptar-se à realidade de isolamento imposta pela pandemia. Dessa forma, nem sempre os capelães puderam levar essa mensagem de esperança pessoalmente aos pacientes. Entretanto, realizou essa tarefa, produzindo vídeos levados aos pacientes com Covid-19. Além disso, a esperança se fazia presente através do anúncio de que a doença não estava sendo enfrentada sozinha, mas que havia pessoas unidas pela fé, orando pela recuperação. Para Rückert (2016, p. 88):

A capelania hospitalar como ministério de apoio e consolação, afirmação da vida e esperança consiste em ajudar as pessoas a encontrarem esperança imediata e última em meio a situações nas quais, pela lógica humana, há pouca ou nenhuma esperança.

Ali, onde a solidão, o medo e a ansiedade insistiam em levar embora a esperança dos pacientes com Covid-19, o serviço da capelania atuou como porta-voz de uma mensagem que encorajou e animou as pessoas.

3.6 EMPATIA

O tema da empatia está presente entre os capelães (Grupo A) e pacientes (Grupo B). A capelã A5 cita a empatia como uma oração silenciosa. Cita também que a empatia passa pelo ouvir e pelo cuidado com as palavras que são ditas.

Na empatia está a oração silenciosa. [...] Essa empatia, essa compaixão, essa forma de nós termos sempre essa coisa da escuta que passa pela empatia pra mim é importante. Uma outra coisa é o cuidado com as palavras. Eu acho isso muito importante (A5).

Apesar de nem sempre a palavra aparecer no discurso, é perceptível a presença da empatia nos gestos, nas palavras e nas atitudes de capelães e de pacientes. A capelã A2 lembra da dificuldade de ir ao encontro dos pacientes com Covid-19 devido às restrições. A capelania buscou se adaptar a isso através de iniciativas que buscassem o contato com os pacientes, ainda que não presencialmente. Uma das formas encontradas, segundo A2, foram os atendimentos remotos via telefone. Ela ainda fala o quanto o ouvir foi importante.

Então, lá no início da pandemia, nós fazíamos atendimentos por telefone, atendimentos remotos. Então a gente perdeu aquela coisa do visual, de tu

estar na beira do leito, vendo o quarto, vendo o paciente, as expressões. E nesse período então o que nós treinamos foi o ouvir. O ouvido teve que pegar essas coisas que a gente pegava nas entrelinhas, no quarto, aqueles olhares, toda aquela questão do visual. O ouvido teve que ser mais treinado nesse momento, de perceber aquele tom de voz, aquele silêncio, aquele engasgo. (A2)

Esse ouvir somente se torna eficiente quando vem acompanhado pela empatia. A escuta empática não apenas ouve a voz do paciente, mas percebe, através do tom de voz e até do silêncio, o que aquela pessoa está sentindo. A capelã A4 enfatiza que a característica da capelania luterana é identificar o limite dos pacientes, saber o momento de ouvir e de falar. Tal atitude empática pode auxiliar o tratamento, já o contrário pode atrapalhar.

A questão de respeitar o limite dos pacientes, de realmente procurar sempre ser uma luz na vida daquele paciente, de ser alguém que está ali para acolher e não para atrapalhar o seu tratamento e não para trazer mais prejuízo (A4).

Hoepfner (2008, p. 104) enfatiza que o capelão hospitalar precisa respeitar os limites dos pacientes. Não é o capelão que dirige a conversa, mas o próprio paciente à luz das suas reais necessidades.

Portanto, providenciar vida para a capelania hospitalar significa, por um lado, medir as chances e os limites da ação pastoral junto à determinada pessoa; por outro, remete a abraçá-la efetivamente em sua condição de vida e afetivamente em sua necessidade e desejo existencial.

Conforme já visto no item 1.8, a capelania hospitalar luterana respeita a individualidade religiosa e espiritual dos pacientes. A sua atuação se caracteriza pelo ouvir atento e preocupado com o bem-estar integral da pessoa doente. Isso é enfatizado pela capelã A2 quando diz que a capelania luterana se caracteriza pelo ouvir e acompanhar.

O que eu acho que faz o nosso diferencial é o estar junto, é o ouvir, é o acompanhar. É aquela questão de estar do lado (A2).

Essas atitudes características do acompanhamento da capelania luterana podem ser identificadas no relato do paciente B1. O capelão, por meio da empatia, consegue criar laços afetivos. O paciente B1 relata a importância da presença do capelão quando esse precisava de ânimo e de apoio. Atitudes empáticas são identificadas no capelão quando B1 relata a presença constante desse no quarto. Além disso, o capelão não se limita ao acompanhamento ao paciente, ou seja, coloca-se à disposição para levar informações sobre o estado de saúde do paciente para familiares e amigos.

O que eu precisava era de ânimo, de apoio. Ele é uma pessoa assim que tem

um traço afetivo com o qual me identifico bastante. Uma pessoa carinhosa, que se ligou comigo através desse afeto, que para mim é importante. Eu faço isso com os outros, e quando fazem comigo, isso é importante também. Então ele fez isso. Ele transmitiu também reflexões breves. Ele sempre ficava de longe. Ele se mantinha resguardado porque ele circulava naquele hospital todo, mas ele sempre passava lá e me visitava várias vezes. Foi muito importante isso. E ele informava as pessoas. Ele fazia o leva e traz de informações a meu respeito. E gente que ficava preocupada e ligava pra ele. [...] E ele tinha que acalmar esses meus amigos mais ansiosos que estavam temendo que eu fosse morrer. Ele acalmava também os outros. (B1)

Diante das limitações encontradas pelos capelães na pandemia, várias formas alternativas foram encontradas para que os pacientes com Covid-19 também pudessem ser acompanhados espiritualmente. A capelã A2 traz alguns exemplos de ações que possibilitaram esse acompanhamento:

A equipe se dividia, se revezava e, todos os dias, mandava nos pequenos áudios de em torno de um minuto, um pouquinho mais, um pouquinho menos, com mensagens bíblicas, motivacionais, de esperança, de fé, que era algo que nós fazíamos presencialmente na capela. [...] Muitas vezes, a gente fez oração por telefone, bênção por telefone, e fizemos videochamada também. A gente do lado de cá e o paciente de lá. [...] Então se buscaram algumas alternativas já que a gente não podia estar dentro do quarto, ser presencial, a gente buscou se tornar presente na vida dessas pessoas (A2).

Por causa da empatia, a impossibilidade de estar ao lado dos pacientes com Covid-19 não impediu que os capelães buscassem constantemente formas de estar presentes, ainda que não presencialmente. A capelania buscou inovar nas formas de acompanhamento espiritual. A capelã A3 explica que se buscou, inclusive, fazer uma “ponte” entre os pacientes e familiares.

Daí a gente começou então a ligar para o paciente quando ele estava em condições de se comunicar e com um familiar, e também a gente procurou fazer algumas coisas que eles pudessem receber no quarto. Por exemplo uma mensagem, uma oração, que eles pudessem ouvir ou até ver. A gente já chegou até a gravar e mandar para o paciente e para os familiares. (A3)

Os capelães tiveram que lidar com situações de extrema dor. A comunicação, por exemplo, de um óbito por Covid-19 representava um grande desafio. A capelã A2 relata a dificuldade de, muitas vezes, a comunicação do óbito ser o primeiro contato da família com o capelão. Numa situação normal, esse contato acontece antes, através de um acolhimento da família durante o período de internação do paciente. Entretanto, com a pandemia e, conseqüentemente, com as diversas restrições, muitas vezes, os capelães acabavam tendo o primeiro contato com os familiares no momento da informação do óbito. Apesar de ser ainda mais difícil, a capelã A2 relata que estar ao lado da família em tal momento foi essencial para que ali houvesse um espaço para expressar a dor.

Mas o momento mais difícil também foi aquele bem no início, em que recebíamos a notícia e a gente não teve aquele primeiro contato, um pré acompanhamento. Eu chegava ali com a pior notícia, do óbito do seu familiar. Mas assim eles nos acolhiam bem e recebiam bem. Precisavam que alguém os ouvisse e acolhesse todos aqueles sentimentos, até para ajudar a processar e colocar tudo no seu lugar. (A2)

A capelã A5 relata ter acompanhado no hospital o primeiro óbito por Covid-19 na cidade. Os procedimentos decorrentes de uma morte por Covid-19 eram bastante restritivos, sendo que eram proibidos o velório e a cerimônia de despedida. Nesse sentido, a capelã A5 se preocupou em acompanhar uma pessoa da família para reconhecer o corpo e, nesse momento, também fazer uma despedida, através de uma oração.

[...] Foi o primeiro falecimento de Covid em [Nome da cidade]. Então foi toda uma família grande. E nesse sentido então entrei junto com a psicóloga para auxiliar nessa questão da comunicação do óbito, da questão de encaminhamento, de acolher essa esposa e acolher os filhos que vieram, os netos. Acabou vindo quase seis, sete pessoas para o hospital, mesmo nessa situação. Então nós tivemos que acolher eles numa sala separada. A esposa se paramentou toda para ir vê-lo. Então, nisso, eu acabei ficando bastante tempo com eles ali. Fiz a oração também com ela dentro do quarto e tudo. Então não tinha como não participar. Não tinha como não estar junto. (A5)

Morin (2020, p. 27) fala da necessidade de as pessoas terem ritos de despedida:

Esse vazio nos lembra cruelmente que a morte de um ente querido exige que ele seja acompanhado até o sepultamento ou a cremação. Os sobreviventes precisam dividir a dor numa comunhão. Precisam de ritos de adeus e de uma cerimônia coletiva que comporte a refeição fúnebre.

A capelã A4 relata que, no início, o hospital dispensou o trabalho da capelania, mas logo ele foi retomado. Ela relata a impossibilidade de se manter longe de tudo o que estava acontecendo no hospital. Apesar de todo o risco da contaminação, o serviço da capelania fez parte do atendimento integral ao paciente com Covid-19, aos seus familiares e aos funcionários do hospital. Os sofrimentos e os questionamentos existenciais vividos nesse período necessitavam de um acompanhamento espiritual, e esse, segundo A4, não poderia ser delegado à equipe de saúde, que já estava sobrecarregada e precisava ser, igualmente, acompanhada. O relato de A4 mostra a empatia presente na capelã que, mesmo com todos os riscos existentes por causa da doença, julgou essencial sua presença no acompanhamento às vítimas da Covid-19.

Eles pediram que eu me mantivesse longe de tudo, mas não tinha como ficar longe de tudo aquilo, porque era tanto sofrimento vindo pelos funcionários e por familiares que ficavam ligando, e você tinha que atender por telefone, que não tinha como você não ir lá. Então eu penso que hospitais que não mantiveram seus capelães perderam nessa assistência integral tanto para o

paciente como para o funcionário e os familiares. Porque, querendo ou não, quando você está na fase terminal, numa finitude, a tua vida está para ser ceifada ali, o Divino aflora em todo o mundo. Todo mundo quer saber se Deus está perdoando, se Deus está acolhendo, se Deus vai segurar a mão, ou se Deus ainda não vai dar a chance do milagre. Então, todo mundo se volta pra isso, se volta para esse lado espiritual. Então, você não tem ninguém ali. E você tem uma equipe que está trabalhando e está cansada. Você não pode delegar para essa equipe ainda essa parte espiritual. Então eu achei muito salutar e muito necessário, muito necessário, ficar junto com esse pessoal. (A4)

O depoimento da capelã A4 se configura como o exemplo mais claro de todos os colhidos nesta pesquisa no que se refere ao dilema da empatia, pois só é possível viver a experiência da dor por meio do seu compartilhamento. Não é apenas um ato de coragem ou de insanidade, é uma demonstração de compromisso com o trabalho designado. Outro tema que se sobressaiu no processo de análise foi a questão do cuidado.

3.7 CUIDADO

O tema do cuidado também esteve presente entre os capelães (Grupo A) e pacientes (Grupo B). Estes relatam a importância de se sentirem cuidados. O paciente B2 não teve o acompanhamento de um capelão. Entretanto, relata que, após saber que pessoas estavam orando pela sua recuperação, o sentimento de desamparo e de aflição foi substituído pelo sentimento de cuidado.

E aí tomou uma proporção muito grande. E, ao mesmo tempo que tomou uma proporção muito grande, o sentimento de cuidado, ou melhor, o sentimento de desamparo desapareceu. E, assim, a oração é tão poderosa, tão forte, que nesse momento, onde você se sente e sabe que está sendo cuidado, parece que o medo vai embora. Aquele sentimento de desespero, de aflição, ele se vai (B2).

A oração é vista pelo paciente B2 como uma forma de cuidado. Também o paciente B3 relatou se sentir cuidado ao saber que pessoas estavam orando e torcendo pela sua recuperação.

Saber do carinho e do cuidado dessas pessoas para comigo: aquilo me dava vontade de lutar e enfrentar, de vamos em frente (B3).

A capelania hospitalar não limitou o acompanhamento apenas aos pacientes, mas estendeu esse cuidado às equipes de saúde e de funcionários do hospital. A capelã A4 relata a grande procura dos médicos pelo serviço da capelania no tempo da pandemia.

Você entrava no hospital e às vezes você entrava numa ala e ficava ali, ficava lá umas duas horas, três horas, visitando tanto pacientes como cuidando dos

funcionários, os próprios médicos. Muitos médicos vinham conversar, muitos médicos, na capela. Então, vira e mexe tinha médico sentado, exausto, se perguntando até onde vai isso tudo. Isso tudo iria terminar? Então essa questão de estar ali também disponível para eles era importante (A4).

Diante da necessidade de isolamento, o serviço da capelania buscou formas de cuidado e de acompanhamento aos pacientes. Uma das formas encontradas, foi telefonar para o quarto onde a pessoa com Covid-19 estava internada e conversar. Nesse momento, também se transmitia a informação de que essa pessoa estava sendo lembrada em oração. Conforme a capelã A3, muitos pacientes pediam oração e bênçãos pelo telefone.

E a gente também telefonava para o quarto do paciente. A gente tinha a lista de todos os pacientes, como a gente tem hoje, sempre. E a gente telefonava para o paciente, e, se ele podia falar, ótimo. Se não, algum familiar, alguém que estava acompanhando. Então a gente se apresentava, dizendo que nós éramos da pastoral, que não podíamos nesse momento ir ao encontro do paciente, mas que nós estávamos ali, lembrando do paciente, lembrando em oração. Se ele teria alguma vontade de manifestar algum sentimento, ele poderia colocar para nós, e que a gente realmente lamentava que a gente não podia ir ao encontro desse paciente, mas que nós mesmo assim estávamos ali. E isso era muito interessante porque, às vezes, tinha pessoas que pediam a oração, que pedia uma bênção, que às vezes queria dar um recado para o familiar... então a gente usava esse momento para poder realmente acolher a necessidade daquela pessoa que estava ali, mesmo através só da linha telefônica (A3).

Os pacientes com Covid-19 nem sempre podiam ter o acompanhamento de um familiar. Para amenizar essa falta, conforme já descrito no item 1.5 sobre o “Cuidado à pessoa humana”, as equipes de saúde buscaram possibilitar a comunicação entre paciente e familiares através de videochamadas. Conforme relata a capelã A1, a capelania também ajudou a fazer essa ponte. Quando o paciente estava aguardando para ser intubado, por exemplo, a capelania acompanhava a ligação que era feita para a família.

A gente precisa estar atento e cuidando, de fato, do que é uma necessidade de cada indivíduo. E aí, nesse ambiente da UTI, eram duas situações. O paciente que estava às vésperas de ser intubado a gente ajudava nas comunicações, a famosa “ficar segurando o tablet”. Viabilizar as comunicações, as despedidas para o tubo. Isso era bastante doloroso porque você realmente não sabia se a pessoa ia sair do tubo ou não. Então essa comunicação. E aí a gente muitas vezes com o próprio celular... eu usava o meu celular. As famílias mandavam áudio. Depois, quando o paciente estava no tubo, aí liberava o áudio da família para o paciente ficar ouvindo mensagens da família (A1).

Como já apontado, o item 1.5 sobre o “Cuidado à pessoa humana” abordou a empatia dos profissionais de saúde que buscaram meios de amenizar a solidão vivida pelos pacientes com Covid-19. Citaram-se os exemplos de cuidado dos profissionais

da saúde através da música, da “técnica da mãozinha”, do “prontuário afetivo” e das videochamadas. A paciente B4 destaca ter recebido esse cuidado de uma técnica de enfermagem que, ao lhe dar comida, cantava músicas de igreja.

Eu lembro que uma menina dava comida para mim. Um dia, ela me deu comida e ela cantava música de igreja também (B4).

É possível perceber que, diante dos desafios que a pandemia trouxe, os profissionais de saúde envolvidos no cuidado a pacientes com Covid-19 fizeram além daquilo que a sua atuação normal lhe exigia. Tomados pela empatia, buscaram formas alternativas de cuidado e de atenção. Para Zoboli (2011, p. 61), “[...] os profissionais da saúde que tomam o cuidado como modo-de-ser-no-mundo não ‘prestam cuidado’, mas ‘são cuidado’”.

A capelã A1 chama a atenção ao fato de que o cuidado da capelania não se limita ao acolhimento espiritual dos pacientes e dos familiares. A capelania também esteve presente nos espaços de discussão sobre, por exemplo, como os ritos pós-óbito poderiam ser realizados na pandemia, mesmo com todas as restrições. Além disso, a capelania buscou acolher os ritos e as tradições religiosas das pessoas no cuidado com o corpo.

Alguns lugares de discussão cabem ao serviço de capelania. E não é só para acolhimento do paciente. Não é só sobre cuidado espiritual e religioso dos pacientes e das famílias. Essa é a essência. Essa é a essência fundamental do serviço de capelania, essa é a razão de ser do capelão dentro da instituição. Mas existe um lugar para além disso, que é um lugar de gestão. Por exemplo, tem protocolos e rotinas que dizem respeito ao olhar do serviço de capelania. Por exemplo, rotina de cuidados de pós-óbito, rotinas de trato e de tato de pacientes com tradições culturais e religiosas específicas. Então, quando, por exemplo, veio a pandemia e a grande questão é: nenhum rito mais vai poder ser realizado, eu corri atrás para poder dizer assim: olha que coisas que a gente pode fazer para algumas tradições religiosas (A1).

A capelã A1 enfatiza que todo esse cuidado com os ritos e os costumes religiosos após o falecimento de uma pessoa com Covid-19 foi importante para o processo do luto dos familiares. Apesar de não poderem dar uma despedida ao seu ente querido, eram consolados ao saberem que alguém teve o cuidado de oferecer alguma dignidade à pessoa falecida através da observância dos ritos e das tradições religiosas.

Então é esse o papel do serviço da capelania também. Para além de todo acompanhamento espiritual e religioso dos pacientes, é também poder dizer, dentro da gestão da instituição, que este olhar do cuidado de pós-óbito e pré-óbito, o que diz respeito do serviço de capelania. [...] Então para esses pacientes como que a gente viabiliza esses cuidados, mesmo com o isolamento. [...] Isso é religiosidade. Isso é fundamental para o cuidado de pós-luto dessa família. Porque isso é o quanto essa família vai conseguir com

isso significar esse período. Então é nosso dever conseguir garantir que essa família possa vivenciar o luto, e isso faz parte. (A1)

Sobre a importância dos ritos de despedida para o processo do luto, Stuewer, Gonçalves, Bonin (2022, p. 190) enfatizam:

Os ritos culturais e religiosos de despedida desempenham um papel importante para as pessoas, principalmente no enfrentamento do luto. Assim, ao negar o direito à despedida de um membro da família que veio a falecer por conta da Covid-19 – ainda que seja para evitar a transmissão – violam-se os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana.

Nessa linha, a capelania hospitalar buscou oportunizar rituais de despedida aos familiares, conforme o relato do capelão A6:

Quando o paciente falecia e não estava em fase de transmissão, mas já tinha passado o período do tratamento do Covid, mas aí pela vigilância pacientes em decorrência de morte de Covid, tinham o caixão lacrado, o que é que nós fazíamos? Nós sabemos que isso é muito duro. Então, o que é que fazíamos? Nós chamávamos a família para que eles pudessem se despedir. Não podia tocar no paciente, mas podia se despedir ainda olhando. Depois disso, a família era retirada, então levava para o necrotério. E ali nesse momento a gente fazia uma oração, eu fazia oração, pedia a bênção. Nós fazíamos quase que uma liturgia de despedida com a família e a pessoa. Porque muitas perguntas ficaram abertas e eles sabiam que depois eles não podiam mais ver o rosto do seu falecido (A6).

Os pacientes falam do quanto foram importantes a presença e o cuidado de um capelão hospitalar. O paciente B3 destaca que o capelão o visitava todos os dias. Através do capelão, sentia a presença de Deus, o que pode ser traduzido, mais uma vez, como uma expressão de cuidado.

Todos os dias o pastor vinha. [...] Ele orava comigo, perguntava como eu estava, me ouvia e eu podia falar dos delírios para ele e se isso era verdade. Ele me ouvia. [...] E foi muito, muito, muito importante ter [...] Então, assim, eu senti nele a presença de Deus comigo. (B3)

O cuidado do capelão hospitalar acontecia através da presença e do ouvir atencioso. Essa forma de cuidado pode ser compreendida como um facilitador do processo de cura, senão física, ao menos, espiritual. Isso pode ser constatado no depoimento do paciente B3:

E pra mim foi muito importante. Pra [nome do cônjuge] foi muito importante. Poder ter ajuda também dele ali assim, de vir ali. Foi, assim, aquela força que tu precisa que está além da força do remédio, da força que vem de ti. É uma coisa diferente você sentir que alguém está junto de ti, seja cinco, dez minutos... (B3)

Ao falar sobre o cuidado, a capelã A1 destaca a importância da capelania no contexto hospitalar. Assim como descrito no item 1.5 sobre o “Cuidado à pessoa humana”, o modelo cartesiano fragmentou o ser humano, influenciando a prática de

um cuidado despedaçado ou desvinculado com o todo da existência humana. Contudo, no cuidado integral ao ser humano, a espiritualidade precisar estar contemplada.

Acho que se não tivesse o capelão, alguns olhares não existiriam para o paciente e para a família. Algumas formas de pensar na atenção e no cuidado individualizado, centrado no paciente e no que é necessário para o paciente e para a família não existiriam. Quando a gente fala de equipe multiprofissional, sempre tem uma coisa assim: o psicólogo, a enfermeira, o fisio, o nutricionista... mas ter a figura do capelão, ter a figura do assistente espiritual e religioso, é alguém que está dizendo olha para além... A medicina fragmentou demais o ser humano. Essa cola que junta também tem um pedaço disso tudo; também é a espiritualidade, também são os valores. (A1)

O penúltimo tema identificado no processo de análise das entrevistas foi a questão da gratidão.

3.8 GRATIDÃO

Após saírem do tubo de ventilação mecânica e acordarem do coma, ao serem informados sobre a complexidade e a gravidade de tudo o que tinha acontecido, os pacientes relataram ser tomados pelo sentimento de gratidão. O paciente B1 relata a intensidade de sentimentos ao acordar do coma, destacando a presença da alegria e da gratidão.

Foi muito emocionante. As conversas especialmente com a minha mulher. Porque eram coisas boas, mensagens bonitas que eu recebia de pessoas que me mandavam coisas muito, muito bacanas, vídeos que me mandavam. Ao mesmo tempo, essas notícias difíceis. O enterro da minha irmã que eu não pude ir e tal. Então, era um misto. Era muita choradeira, tudo muito intenso. Mas pesava mais a alegria e a gratidão. (B1)

Esse sentimento de gratidão, para alguns, era manifestado através da espiritualidade. O desejo de expressar, através da oração, a alegria por estar vivo.

E assim eu só orava: Deus, obrigado! E ficava o dia todo agradecendo: Deus, obrigado por eu ainda estar aqui. Eu ainda estou aqui, obrigado! (B3)

Também, o paciente B1 expressou o sentimento de gratidão através da música. Ao acordar do coma, cantou o Salmo 40, que no versículo 1 diz: “Esperei com paciência pela ajuda de Deus, o Senhor. Ele me escutou e ouviu o meu pedido de socorro”. O sentimento de fragilidade e, ao mesmo tempo total dependência de um ser superior, é relatado por ele.

E daí quando eu acordei, eu tive noção do que me aconteceu, da intensidade, da experiência, do que eu passei, de quanto tempo eu estava hospitalizado, do que tudo aconteceu, e daí veio muita gratidão assim a Deus. Muita alegria. Muita gratidão e alegria, na proporção do que eu experimentei de ameaça e inversamente falando. Para mim, por exemplo, o Salmo 40... eu acordei

cantando esse salmo. Para mim, ele foi assim... Eu já sempre gostei dele, mas ele nunca se tornou tão verdadeiro para mim como nesse momento. De sentir assim a vida em suspenso, a vida ameaçada. E experimentar esse Deus tirar a gente de uma situação totalmente desesperadora para outra. E daí, a partir do louvor e da música, que é uma das maneiras que eu expresso muito a minha gratidão a Deus. Foi a primeira música que eu fiz depois que eu acordei e foi baseada no salmo 40. Uma música bem alegre. (B1)

Os pacientes B3 e B5 revelam, cada qual a seu modo, que a consciência da fragilidade trouxe, além da gratidão pela vida, o olhar de que cada dia é uma oportunidade para estar ao lado das pessoas que se ama.

Aí, hoje em dia, a minha oração é outra. Eu oro muito e agradeço cada dia a Deus, assim, por mais um dia que Ele está me dando ainda. Posso morrer num acidente, na próxima esquina, mas é mais um dia, e mais um dia junto com aqueles que eu amo. A espiritualidade, nesse sentido, assim ela me deu um outro olhar agora (B3).

Esse sentimento de gratidão por Deus ter permitido a gente ter se recuperado. [...] Acho que quando eu saí, a espiritualidade foi mais no sentido de gratidão em casa, de todo mundo ter agradecido por tudo que passou. (B5)

Por fim, identificou-se o tema da espiritualidade como categoria de análise a ser desenvolvida.

3.9 ESPIRITUALIDADE

A espiritualidade foi um tema recorrente com todos os entrevistados, seja entre os capelães (Grupo A), seja entre os pacientes (Grupo B). Ao falar sobre a importância da espiritualidade, a capelã A3 destaca que a fé a ajudou a suportar os momentos difíceis. Ali, onde o sofrimento era insuportável, mas a fé, segundo ela, mantém a pessoa firme e encorajada.

A gente sabe que o limite do sofrimento vai até aonde tu te sente confortado por alguma coisa. [...] A fé nos ajuda a suportar momentos de crise e momentos de ansiedade, momentos de stress. (A3)

Nesse sentido, destaca, ainda, que o paciente, ao saber que há alguém que está orando e intercedendo por ele, renova a força.

Mas para o paciente, saber que tem alguém ali diferente, e que está pensando, que está orando por ele, que está pedindo, intercedendo por ele. É uma confiança, que eu sentia que os pacientes - como é que eu vou dizer - parece que se renovava diante disso. (A3)

A capelã A5 enfatiza o quanto a espiritualidade aflora em situações de doença, medo e incertezas. Segundo ela, os pacientes que se encontram em tal situação falam de Deus e buscam a presença de um ser superior no qual possam encontrar forças.

Difícilmente, um paciente não fala de Deus, não fala de esperança, não fala de fé. Às vezes, são eles que desejam uma bênção para a gente. Então, essa questão espiritual parece que aflora dentro de um contexto como de doença, de medo e de “eu não sei como vai ser o meu daqui a pouco”. Então, parece que essa conexão com Deus, com um ser superior, com algo que eu posso me segurar, me agarrar e buscar forças... Eu vejo que nesse contexto ele se aflora mil vezes mais do que em outros contextos. (A5)

A paciente B4 confirma que, quando a vida está ameaçada, a espiritualidade emerge. Diante da fragilidade da vida, a espiritualidade permite buscar esperança em um ser superior.

Fazia a oração do Pai Nosso e pedia para Ele que eu não queria ainda ir [...] Não queria morrer. (B4)

A paciente B4 ainda relata o quanto a fé foi importante para a sua recuperação. Segundo ela, se não fosse a sua fé e as orações, não teria sobrevivido.

Ali que eu vi como foi bom eu sempre ter confiança e fé em Deus. Ali que eu tive certeza que eu estava sempre no caminho certo de ir para a igreja e fazer oração. [...] Porque se não fosse tanta oração, tanta fé que eu tinha, eu não teria sobrevivido. Eu acho que foi de tanta fé. Eu não acreditava que eu tinha tanta fé em Deus. (B4)

Além disso, o reconhecimento da importância da espiritualidade pela equipe multiprofissional de saúde, igualmente, foi abordada pela capelã A2. Ela destaca o reconhecimento dos médicos que solicitaram o atendimento da capelania aos seus pacientes:

Agente cada vez mais percebe esse reconhecimento e valorização do serviço da pastoral. Cada vez mais, os médicos nos procuram e solicitam inclusive que o seu paciente receba o acompanhamento pastoral. [...] Então, cada vez mais os médicos e a equipe multi estão se dando conta de que a espiritualidade do paciente é tão importante no tratamento quanto o próprio tratamento (A2).

O serviço de capelania buscou ir ao encontro das necessidades espirituais dos pacientes com Covid-19. Ainda que, em alguns momentos, não tenha sido possível o contato e a presença física, os capelães buscaram adaptar o trabalho para que as pessoas pudessem ser acompanhadas espiritualmente. A capelã A4 destaca as mensagens realizadas na capela e que eram transmitidas nos quartos para que os pacientes pudessem ouvir:

Lá tem a vantagem de que o som da capela vai para todos os lugares do hospital. Então, foi pedido para que a capelania pudesse trazer sempre uma mensagem de conforto e de estímulo, às 8 horas da manhã e às 5 horas da tarde (A4).

A capelania buscou cuidar da espiritualidade também dos funcionários do hospital. A tensão vivida com a doença e a alta demanda de trabalho fazia com que

muitos estivessem sobrecarregados física e espiritualmente. Atendendo a essa necessidade, a capelã A4 relata a experiência vivida numa celebração de Páscoa em que se ofereceu a Eucaristia e a Unção:

Nós chegamos a fazer um momento de celebração de Páscoa onde então o pessoal podia receber a Santa Ceia, a Eucaristia também com o distanciamento. Recebiam a Eucaristia e a unção. Então, vários funcionários vieram buscar isso na quinta-feira santa. [...] Então, várias pessoas... eu passei o dia inteiro na capela para receber essas pessoas. Elas vinham em horários em que elas conseguiam sair um pouquinho do seu setor. Elas vinham lá para receber então a Eucaristia, receber unção. E isso foi bem significativo para os funcionários nessa época de pandemia. Isso foi feito na Páscoa (A4).

Segundo Hoch (2019, p. 70), o rito da unção de enfermos é uma prática muito difundida desde os tempos da Igreja Cristã Antiga. A essa prática se atribuiu um poder curativo. O autor ainda destaca o quanto tal rito é importante às pessoas enfermas:

[...] a experiência mostra que a grande maioria das pessoas enfermas experimenta o toque físico como algo muito confortável. Para muitas delas, ele se torna um símbolo da presença palpável do próprio Deus, do verbo que se fez carne.

Nesse conjunto de gestos simbólicos, Hoch (2019, p. 67), de forma semelhante, evidencia o papel da “imposição de mãos e da bênção” quando afirma que:

O rito da imposição de mãos tem uma função terapêutico-pastoral muito especial junto a pessoas enfermas e moribundas, podendo também ser estendida a seus respectivos familiares. [...] O toque e a imposição de mãos são um gesto de carinho através do qual se expressa proximidade e participação solidária no sofrimento e na dor do outro.

Assim, o reconhecimento da importância da capelania hospitalar entre as equipes de saúde é vista através do relato da capelã A4, porquanto, em especial, enfermeiros e médicos buscavam a presença da capelã através de uma conversa e da oração.

Às vezes eles pediam [...] pede para a pastora dar uma passadinha. Ou, quando eu vinha especialmente para visitar o paciente, aí eles diziam isto: “Tem um tempo pra nós?”. Tem tempo de ficar aqui com a gente um pouquinho? Vamos conversar aqui um pouquinho conosco.” Eu falei: “Claro, vamos!”. Então essa afinidade, essa segurança também. Ela está aqui. Ela vai rezar. Tinha médicas que dizia: “Tu é assim com o lá de cima. Pelo amor de Deus, vem cá reza pela gente para ver se o lá de cima que é assim contigo [...]”. É como se eu tivesse uma ligação direta com Deus. [...] Então, esse reconhecimento pela equipe da enfermagem e dos médicos que estavam direta nas UTI’s foi o que aconteceu (A4).

Segundo Feltz (2018), o reconhecimento da importância da espiritualidade entre as equipes médicas fez com que a disciplina “espiritualidade” tenha sido incluída em algumas faculdades de medicina. Nos EUA, 90% das faculdades de medicina já

incluíram a disciplina em sua grade curricular. Já, no Brasil, entretanto, apenas 10,4% das faculdades de medicina possuem a disciplina “espiritualidade” em seu curso e, ainda assim, como disciplina eletiva. Já entre os profissionais de enfermagem, o tema da espiritualidade está presente nos estudos científicos e na formação dos profissionais dessa área há mais tempo. Segundo Ana Cristina Sá e Luciane Lúcio Pereira (2007), desde nos anos 1940/1950, a Revista Brasileira de Enfermagem publica artigos científicos a respeito da espiritualidade.

Os pacientes (Grupo B) relataram o quanto a espiritualidade foi importante para o processo de fortalecimento e de cura. No depoimento que segue, o paciente B2 relata a dificuldade do uso da máscara VNI. Contudo, apesar disso, o paciente B2 demonstra o sentimento de luta pela vida e enfatiza o quanto a espiritualidade foi importante nesse momento.

É uma luta porque você, literalmente, não tem pulmão. Aquele jato de ar vem tão forte que você sente que o pulmão está se rasgando, está se abrindo, se rasga. E você tem que fazer força para tentar soprar para fora aquele ar que você não tem, e a máquina vem de novo e você sopra. E nesse momento a espiritualidade é um dos maiores aliados de quem está nessas situações. Eu lembrava muito da oração dos Pais do Deserto, Oração do Coração... a respiração. [...] Quando o ar vinha, eu usava essa respiração para orar, e eu ficava nessa oração duas horas. Eu dizia, quando o jato de ar vinha, eu orava e pedia: Senhor abre meu pulmão, Senhor abre o meu pulmão. E todo o tempo fazendo isso. Ao mesmo tempo que vinham mensagens de todas as pessoas de todos os lugares que estavam orando, pessoas que eu nunca vi na vida que eu desconhecia (B2).

Como já mencionado, o paciente B2 não teve o acompanhamento espiritual de um capelão, pois o hospital não oferecia esse trabalho. Entretanto, destaca o quanto foi importante a equipe de saúde, inclusive a equipe médica, assumir esse papel em alguns momentos. Ouvir que pessoas estavam orando pela sua recuperação fez o paciente B2 sentir-se cuidado por Deus.

Eu lembro de uma situação onde os próprios enfermeiros e médicos, todo dia, eles se reuniram, reunindo em tal hora para orar. E eles todos os dias oravam. E, mais tarde, depois, eu até conduzi alguns momentos de oração com eles no hospital, que eles se reuniram. E foi muito especial quando, nesse dia que eu estava ruim, veio um desses médicos com uma enfermeira e só disse assim: Olha [nome do paciente] a gente sabe que o seu caso não está bom, mas a gente estava ali na salinha orando por ti e por todos os outros pacientes. Vai ficar tudo bem. Essa é a lembrança do acompanhamento espiritual que eu tive no hospital. Foi um médico e uma enfermeira que reuniam uma turma toda para um momento de oração todos os dias. [...] Eram três médicos da área Covid. Eles passavam nos quartos para dizer: “Olha a gente estava orando por todos vocês pacientes, e vai ficar tudo bem, confiem!” Algo assim ele disse. E foi muito especial ouvir. Foi muito especial porque você literalmente sente que não está sendo só cuidado pelos médicos, mas também você experimenta, através deles, também o cuidado de Deus (B2).

Ao mesmo tempo em que destaca a importância desse cuidado espiritual por parte da equipe de saúde, o paciente B2 evidencia o desejo de ter recebido o cuidado por parte de um capelão.

Eu gostaria de ter recebido alguém que pegasse no meu ombro ou chegasse o mais perto - não pode encostar - e dizer: "Olha! Eu sou capelão e estou orando com você. Deus, Ele é contigo". A gente sabe disso, que Deus é com a gente. Mas é tão especial quando mais alguém lembra, quando mais alguém é o porta-voz desse anúncio de consolo. Eu tenho certeza que faria diferença, muita (B2).

A equipe de saúde e os pacientes com Covid-19 viviam a angústia de não ter certeza sobre a eficácia do tratamento disponível. Por se tratar de uma doença nova, muitas vezes, o tratamento não fazia efeito. Nesse sentido, a capelã A4 confirma a importância de ter alguém que afirme ao paciente a existência de um poder superior que vai além do que a medicina pode oferecer.

A diferença está na questão da afirmação de que havia um poder que era superior ao tratamento médico. [...] mesmo aqueles que acabavam falecendo, aquela coisa, tem um poder maior aqui junto comigo. Já que o meu familiar não pode estar aqui comigo, então... de alguém da capelania vir e reafirmar isso (A4).

Como já afirmado, a capelania foi ao encontro dos pacientes com Covid-19, ainda quando estavam em coma, devido à intubação, através da oração, do canto, da unção e da bênção. Quando o paciente estava no quarto, também foi possível a distribuição da Eucaristia, como expõe a capelã A4.

Assim, quando a pessoa estava intubada, não respondia, estava sedada. Era mais uma questão de fazer uma oração, fazer a unção e fazer a bênção para aquela pessoa. Às vezes, eu até cantava também, mesmo essa pessoa estando sedada. Quando essa pessoa estava acordada, era realmente conversar sobre a questão dos receios que ela tinha, das preocupações que ela tinha, e algumas pessoas pediam a Eucaristia. Então, se levava a Eucaristia também, com todos os cuidados para dentro do quarto.

Sobre os efeitos da música para os pacientes e os funcionários do hospital, Ferreira e Ziti (2002, p. 120) mencionam:

Bem administrada, a música não somente fará bem os enfermos, mas também aos funcionários do hospital. Não ignoramos que esses profissionais da saúde, mesmo que acostumados ao trabalho e ao ambiente, sofrem muita pressão e não raro ficam estressados. A música administrada com sabedoria e ciência vai servir de bálsamo para eles, sem dúvida alguma, e poderá fazer com alegria e, até eficiência, o seu trabalho.

Os pacientes, igualmente, relatam o quanto a espiritualidade foi importante para o período de reabilitação. Diante das sequelas deixadas pela doença, o processo de recuperação total foi desafiador. Nesse sentido, o paciente B1 relata que a fé permitiu que a crise vivida servisse de aprendizado e de força para não desistir.

Essa crise me deixou mais determinado. Não desistir mais tão facilmente das coisas, não desanimar de construir uma reação diante dos problemas em meio à crise, que me deu força para não desistir. Claro, a questão toda da fé. Deus estava comigo. Deus estava me ajudando e dando essa consciência. (B1).

Os pacientes compartilham do sentimento de que a medicina associada à espiritualidade permite a cura. Conforme relata B2, o remédio foi importante, mas ele acredita que a oração e o cuidado divino foram fundamentais.

E eu sei que o remédio fez efeito, mas o que realmente me curou foi a espiritualidade. Foi a oração de muita, de muita gente. [...] Então eu não tenho dúvida nenhuma que também é cuidado divino. É mão de Deus, é cura de Deus.

O paciente B6 atribui a sua força de vontade e a calma para enfrentar as dificuldades da Covid-19 à oração:

Aquela força que eu orava o tempo todo assim... Se eu não tivesse tido essa calma, essa paciência e a força de vontade e querer progredir a cada dia. Não, eu não teria me recuperado como eu estou hoje (B6).

Além disso, B6 enfatiza que a sua plena recuperação somente foi possível graças à intervenção divina:

Todo mundo me falou: “É impressionante porque, se não fosse essa tua força para querer superar a doença, primeiro talvez você não teria saído vivo da UTI, segundo, não teria recuperado tão rápido, tão bem como você está recuperado”. E essa força de vontade eu não tenho dúvida que é de tanta oração que eu fiz para Deus, a toda hora. Eu pedia: me dá força de vontade, me dá força para conseguir superar esse vírus, porque, se eu conseguir aguentar essa barra, aí eu vou passar de boa. O meu corpo vai resistir e vai recuperar. E é o que está acontecendo comigo. Olha, eu não tenho dúvida. Deus tem me dado muita força de vontade. Se não fosse essa força que Deus me deu, olha, não sei se eu teria resistido porque foi pesado. Foi a pior coisa da minha vida que eu já passei até hoje (B6).

A paciente B4 não teve o acompanhamento de um capelão hospitalar, entretanto reconhece a importância da espiritualidade. De forma especial, lembra que no momento da intubação cantou uma música da igreja.

Eu conversava direto com Deus. Eu pedia para Ele me ajudar. [...] Tanto é que o médico disse que, quando ele me intubou, eu estava cantando uma música que a gente acha que é de igreja. [...] E eu na minha cabeça eu direto cantava. Tanto é que aqui, quando eu me pego, eu tô cantando música, e é de igreja. Então isso eu fazia automático. Vinha na minha mente, música de igreja (B4).

Diante do sofrimento e da enfermidade, o ser humano se depara com questionamentos espirituais. Busca compreender o porquê de algumas situações. Em relação a essa busca pelo sentido da vida, Feltz (2008, 102) destaca:

Todo ser humano busca o sentido maior das coisas e da vida. Ele se preocupa com três questões, que também são centrais na experiência religiosa e

espiritual diante da enfermidade e da morte: De onde eu vim? Por que estou aqui? Para onde eu vou? O ser humano, em situações limítrofes, revisa seu passado, presente e futuro e busca encontrar um sentido para a sua vida.

Nesse sentido, o paciente B6 fala que o seu estado de saúde o fez compreender e ressignificar algumas situações da vida.

E até a forma de ver muita coisa hoje em dia. Eu sempre fui muito crítico. Sempre fui muito de ir pra um embate às vezes. Então hoje eu já começo a pensar diferente, às vezes, tem coisas que não adianta. Então vamos de boa, vamos tentar ficar de bem com as pessoas, porque não vai mudar nada. Daqui a gente não leva nada. Então, Deus tem me ajudado demais em todo o processo de recuperação (B6).

A médica Ana Paula Quintana Arantes (2019, p. 44) fala que a enfermidade desperta a dimensão espiritual do ser humano. Entretanto, caso essa espiritualidade tenha sido construída baseada numa relação de troca e de benefícios, a pessoa doente ou até os familiares podem questionar o cuidado de Deus.

Em geral, nesse momento de clara consciência da finitude, essa dimensão ganha uma voz que nunca teve antes. Existe aí um risco grande: de que a dimensão espiritual mal estruturada, construída sobre relações de custo e de benefício com Deus ou com o Sagrado, caia em ruínas diante da constatação de que nada vai adiar o Grande Encontro, e o Fim, a Morte. Muitas vezes, a dor maior é a de sentir-se abandonado por um Deus que não se submeteu às nossas vontades e simplesmente desapareceu da nossa vida em um momento tão difícil e de tanto sofrimento.

O paciente B6 ainda fala dos questionamentos presentes após o enfrentamento da doença. Apesar da recuperação, a esposa questiona o motivo de eles terem que passar por algo tão difícil.

Com tudo o que aconteceu, ela ainda fica naquela, remoendo: Tem tanta gente ruim nesse mundo, vai lá pega a doença e não acontece nada. E daí quanta gente boa que a gente viu que pegou e morreu. Nessa hora, cadê o Deus aí que vocês tanto falam? É difícil porque, por um lado teve o milagre de eu estar vivo, por outro lado agora fica se questionando por que aconteceu tudo isso com a gente. Por que tanta coisa ruim? (B6).

Não obstante, também, esse tipo de questionamento diante do Sagrado, a capelania precisa acolher através da empatia. O serviço de capelania hospitalar não tem a pretensão de se tornar uma advocacia de Deus, mas sim de se colocar ao lado e de ouvir os medos, as angústias e as inquietações.

Apesar das grandes incertezas e dos medos provenientes da experiência da pandemia da Covid-19 e das inúmeras consequências deletérias que tal vírus causou no mundo todo, os nove pontos aqui destacados intentaram ilustrar as formas pelas quais as pessoas envolvidas diretamente com esse evento foram capazes de dar a volta por cima e, com resiliência, demonstraram a importância da capelania hospitalar

na relação com os pacientes, e desses com a própria fé no enfrentamento da doença e de suas posteriores atitudes no tratamento, na recuperação e na ressignificação da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da Covid-19 trouxe grandes desafios ao atendimento humanizado nos hospitais. Diante da alta demanda de atendimentos e dos desafios do isolamento, o serviço de capelania hospitalar esteve presente em muitos hospitais acompanhando os pacientes com Covid-19.

Diante disso, este trabalho buscou apresentar as experiências de atuação da capelania hospitalar da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB) no acompanhamento espiritual dos pacientes com Covid-19. Para tanto, entrevistaram-se dois grupos: o grupo A, formado por seis capelães da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil, que atuaram diretamente na capelania hospitalar e acompanharam pacientes com Covid-19 nos hospitais; e o grupo B, formado por seis pessoas, que tiveram Covid-19 e precisaram ser hospitalizadas.

O presente trabalho buscou identificar a atuação da capelania hospitalar no atendimento a pessoas com Covid-19. Verificou-se que nem todas as que necessitaram de internação hospitalar tiveram o acompanhamento da capelania hospitalar haja vista nem sempre o hospital contar com esse serviço. Das seis pessoas entrevistadas, pertencentes ao grupo de pacientes que tiveram Covid-19 e necessitaram de internação (Grupo B), apenas três foram acompanhados regularmente por um capelão hospitalar nesse período.

Os pacientes com Covid-19 relataram os sofrimentos não somente físicos, mas também espirituais e enfatizaram o quanto a espiritualidade foi importante para superar as dificuldades enfrentadas com a doença. Dos sentimentos presentes entre esses pacientes no período de internação, destaca-se a fragilidade, a solidão, o medo e a ansiedade. Fica evidente que, no enfrentamento das enfermidades, a espiritualidade se tornou um fator importante no processo de recuperação e de cura. Sob esse viés, é fundamental que a pessoa que se encontra enferma receba orientação e acompanhamento adequados para que a sua espiritualidade se torne uma aliada no enfrentamento da doença.

Nesse sentido, fica evidente a importância da atuação da capelania hospitalar no acompanhamento espiritual a pacientes com Covid-19 através dos diversos relatos dos pacientes, os quais obtiveram esse acompanhamento.

Verificou-se que a capelania hospitalar da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil fez parte da equipe multiprofissional, responsável pelo atendimento

de pessoas com Covid-19. Nessa perspectiva, o serviço prestado por essa capelania se caracteriza pelo acompanhamento humanizado, preocupado com as necessidades de cada paciente. Diante dos sofrimentos experimentados pelos pacientes com Covid-19, a capelania hospitalar da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil atuou com empatia, não se preocupando apenas com os sofrimentos espirituais, mas com a saúde integral dos enfermos. Buscou-se, além de prestar o atendimento espiritual, ajudar as pessoas em suas necessidades mais fundamentais, possibilitando, por exemplo, a comunicação entre familiares e pacientes. Haja vista esse ponto, a capelania hospitalar objetivou amenizar o afastamento familiar enfrentado por conta do isolamento, tornando-se, muitas vezes, o elo entre pacientes e familiares.

Além disso, o serviço da capelania hospitalar da Igreja Evangélica de Confissão Luterana de Brasil auxiliou e acompanhou as famílias no momento da comunicação de um óbito e no cuidado pós-morte. Preocupou-se também em possibilitar, mesmo em meio a todas as restrições existentes, algum rito de despedida que tornasse aquele momento mais humanizado e concedesse às próprias pessoas falecidas alguma dignidade.

Constatou-se, além disso, o apoio e o auxílio dado pela capelania hospitalar às equipes de saúde. Em hospitais onde o serviço da capelania hospitalar já conquistou o seu espaço de atuação, verificou-se o reconhecimento e a valorização por parte das equipes de saúde. Com a sobrecarga física e emocional que os profissionais da saúde sofreram, esses buscaram, muitas vezes, o diálogo e o apoio espiritual dos capelães. É de se destacar que tal serviço foi buscado, inclusive, pelos profissionais da medicina, com maior frequência, durante a pandemia.

As pessoas que não tiveram o acompanhamento de um capelão hospitalar no período de internação por conta da Covid-19, também, relataram a importância da espiritualidade no momento de fragilidade e de isolamento. Em diversos momentos, a ausência do serviço de capelania foi amenizado, através do acompanhamento humanizado das equipes de saúde. Pessoas da equipe de enfermagem e até mesmo da equipe médica percebiam o sofrimento espiritual dos pacientes e buscavam lhes trazer uma palavra de fé e de esperança. Não se pode esquecer, aliás, a empatia de tais profissionais que, mesmo em meio a toda a demanda de trabalho, não mediram esforços para oferecer um atendimento humanizado.

Os pacientes que não tiveram o acompanhamento da capelania hospitalar

afirmam, semelhantemente, que teria sido muito importante esse tipo de serviço, apesar de, muitas vezes, essa falta ter sido amenizada por meio da empatia dos profissionais da saúde. Todavia, ficou evidente a partir dos depoimentos que não se pode terceirizar um serviço tão essencial na recuperação da saúde. Apesar de pesquisas científicas já terem evidenciado a relevância da espiritualidade no enfrentamento das doenças, infelizmente, no Brasil, são poucos os hospitais que oferecem esse serviço. À vista disso, fica o desafio de as capelarias hospitalares ampliarem o seu atendimento no Brasil. Para isso, é necessário cada vez mais se reconhecer a importância do acompanhamento espiritual responsável e adequado às pessoas hospitalizadas.

É importante ressaltar que esta pesquisa se limitou a abordar o tema da capelaria hospitalar e da espiritualidade com pessoas que sobreviveram à Covid-19. Seria interessante, em outro momento, desenvolver o tema da espiritualidade com as famílias que perderam seus entes queridos por causa da Covid-19. Faz-se necessário enfatizar que a fé não impede a morte. Entretanto, a espiritualidade auxilia no enfrentamento da morte através da resiliência e da esperança que ultrapassa os limites da vida.

A capelaria hospitalar acompanhou os familiares que perderam pessoas queridas para a Covid-19 proporcionando, em muitos momentos, algum tipo de despedida. Devido às restrições impostas para evitar a transmissão do vírus, muitas famílias tiveram somente ali a chance de se despedir de seus entes queridos. A forma como essas famílias enfrentaram e ainda estão enfrentando o vazio deixado pelo seu familiar poderia ser um desdobramento desta pesquisa, bem como o modo pelo qual a espiritualidade tem auxiliado a superar esse luto.

Não obstante, o presente trabalho evidenciou a importância da espiritualidade no enfrentamento da Covid-19 e o papel fundamental da capelaria hospitalar da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil no acompanhamento aos profissionais de saúde, aos pacientes com Covid-19 e aos seus familiares. É imperioso que o serviço de saúde no Brasil reconheça e incentive o serviço das capelarias hospitalares, haja vista, por meio dos resultados e das discussões, os benefícios que tal atividade espiritual pode desencadear diante da ausência da dignidade humana em momentos de desamparo e diante da finitude da vida.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.
- BAUMAN, Zygmunt, DONSKIS, Leonidas. **Cegueira Moral**: a perda da sensibilidade na modernidade líquida. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.
- BAUMAN, Zygmunt. **Confiança e medo na cidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- BBC NEWS BRASIL. A história de Bolsonaro com a hidroxiclороquina em 6 pontos: de tuítes de Trump à CPI da Covid. 21 maio 2021(b), por Paula Adamo Idoeta. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57166743> Acesso em 30 jun. 2022.
- BBC NEWS BRASIL. **Tratamento precoce | 'Kit covid é kit ilusão'**: os dados que apontam riscos e falta de eficácia do suposto tratamento. 27 jan. 2021(a). Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55775106>. Acesso em 18 maio 2022.
- BOFF, Leonardo. **Direitos do coração**. São Paulo: Paulus, 2015.
- BOFF, Leonardo. **Espiritualidade**: Um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.
- BOFF, Leonardo. **Quem cuida do cuidador?** 2012. Disponível em: <https://www.jb.com.br/leonardo-boff/noticias/2012/04/28/quem-cuida-do-cuidador.html>. Acesso em: 17 fev. 2023.
- BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 9982**. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa da União. [on-line] jul 2000; Brasília. 14 de julho de 2000. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 08 dez 2021.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília. 2001.
- CHAVES, Gláucia. Há amor na UTI: equipes criam formas de amenizar solidão de pacientes. **METRÓPOLES**. 01 maio 2021. Disponível em: <https://www.metropoles.com/saude/ha-amor-na-uti-equipes-criam-formas-de-amenizar-solidao-de-pacientes>. Acesso em: 21 jun. 2022.
- CIDADE DE SÃO PAULO (SAÚDE). **ELA usou música na UTI de Covid-19 e fez viralizar na internet a humanização do atendimento**. São Paulo, ano 2021, 19 set. 2021. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=318146>. Acesso em: 21 jun. 2022.
- CLEM, L.; HOCH, V. A. A Morte dizendo Olá: Vivência dos Pacientes Internados em

Leitos Uti Covid-19, Um Olhar A Partir Dos Profissionais De Saúde. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc**, São Miguel do Oeste, v. 6, p. e29799, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/29799>. Acesso em: 8 mar. 2023.

DMITRUK, Hilda Beatriz; GALLON, Lorete Maria. Pesquisa: do projeto ao relatório. In: DMITRUK, Hilda Beatriz (Org.). **Cadernos Metodológicos: Diretrizes do trabalho científico**. 8. ed. Chapecó: Argos, 2012. p. 175-192.

ESTEVEES, Eduarda. Mais de 300 mil mortes: triste saldo do pior momento da pandemia no Brasil: Entenda o que não foi feito no combate à Covid-19; de quem são as responsabilidades e as perspectivas de sair da crise de saúde; especialistas preveem cenário mais drástico nas próximas semanas. **iG Saúde**, ano 2021, 24 mar. 2021. Disponível em: <https://saude.ig.com.br/coronavirus/2021-03-24/300000-vidas-perdidas--triste-saldo-do-pior-momento-da-pandemia-no-brasil.html>. Acesso em: 6 jun. 2022.

FELTZ, Deolindo. **Câncer e Espiritualidade**. São Leopoldo: Sinodal, 2018.

FERREIRA, Dammy, ZITI, Lizwaldo Mário. **Capelania Hospitalar Cristã**. Manual Didático e Prático para Capelães. Santa Bárbara d'Oeste: Socep, 2002.

FERREIRA, R. A. M. **“O senhor ora por mim?”: a capelania hospitalar como contribuição para o cuidado integral do paciente**. 2017. 110 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

FIOCRUZ diz que Brasil vive pior momento da pandemia com 10% das mortes registradas no mundo. **G1**, ano 2021, 11 mar. 2021. Bem estar – Coronavírus. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/11/fiocruz-diz-que-brasil-vive-pior-momento-da-pandemia-com-10percent-das-mortes-registradas-no-mundo.ghtml>. Acesso em: 05 jun. 2022.

GENTIL, Rosana Chami *et al.* Organização de serviços de capelania hospitalar: um estudo bibliométrico. **Escola Anna Nery** [online]. 2011, v. 15, n. 1, p. 162-170. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100023>. Acesso em: 21 jun. 2022.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. Barueri: Atlas, 2022.

GONÇALVES, Antônio Baptista; CARNEIRO, Eliana Faleiros Vendramini. COVID-19 desafia o Estado democrático de direito na efetivação dos direitos fundamentais. **Revista dos Tribunais** [recurso eletrônico]. São Paulo, n.1016, jun. 2020. Disponível em: <https://dspace.almg.gov.br/handle/11037/37574>. Acesso em: 23 jul. 2022.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade da transparência**. Petrópolis: Vozes, 2017.

HENNEZEL, Marie de; LELOUP, Jean-Yves. A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Petrópolis: Vozes, 1999.

HERBES, Nilton Eliseu, SCHULTZ, Ingrid Smarzar Rodrigues. Os elementos básicos da atuação em capelanias/pastorais hospitalares. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, v. 62, n. 2, p. 259–276, dez. 2022. Disponível em: https://revistas.est.edu.br/periodicos_novo/index.php/ET/article/view/1949. Acesso em: 20 fev. 2023.

HOCH, Lothar Carlos. **Aconselhamento e Cuidado Pastoral**. Joinville: Grafar, 2019.

HOEPFNER, Daniel. **FUNDAMENTOS BÍBLICO-TEOLÓGICOS DA CAPELANIA HOSPITALAR**. Uma contribuição para o cuidado integral da pessoa. Dissertação (Mestrado em Teologia), 2008.

JAPIASSU, Hilton. O espírito interdisciplinar. **Cadernos EBAPE.BR** [online], v. IV, n. 3, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/J3xx9Xfc8NqRnzdtJzQ3rGk/?lang=pt#>. Acesso em: 03 ago. 2022.

KAMPS, Bernd Sebastian; HOFFMANN, Christian. **Covid Reference**. 2. ed. Hamburgo: Steinhäuser, 2020. Disponível em: https://amedeo.com/CovidReference02_pt.pdf. Acesso em: 05 jun. 2022.

KOENIG, Harold G. **Medicina, Religião e Saúde**. O encontro da Ciência e da Espiritualidade. Tradução de Iuri Abreu. São Paulo: L&PM, 2012.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. A morte na primeira pessoa do singular. In: KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Morte: Estágio final da evolução**. Rio de Janeiro: Record, 1975.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LISBOA, Marijane Vieira. Medo. In: OLIVEIRA, Jelson, POMMIER, Eric (Org.). **Vocabulário Hans Jonas**. Caxias do Sul: EDUCS, 2019. p. 151-154.

MANDETTA, Luiz Henrique. **Um paciente chamado Brasil**: Os bastidores da luta contra o coronavírus. Rio de Janeiro: Objetiva, 2020.

MARTINS, Alexandre Andrade, MARTINI, Antonio. **Teologia e Saúde**. Compaixão e fé em meio à vulnerabilidade humana. São Paulo: Paulinas, 2012.

MEIRELES, M. V. DA C.; *et al.* Espiritualidade e otimismo trágico no enfrentamento da pandemia à luz do pensamento de Viktor Frankl. **INTERAÇÕES**, v. 17, n. 1, p. 183-196, 30 abr. 2022. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/26513>. Acesso em: 05 ago. 2022.

MELLO, Wilma Aparecida de Castro Ribeiro Alves de. Interdisciplinaridade: A Trajetória Histórica de um Conceito. **X Encontro Regional Nordeste de História Oral: História Oral, Educação e Mídias**. 10 a 13 de agosto de 2015. Salvador. Disponível em: http://www.historiaoral.org.br/resources/anais/11/1438818370_ARQUIVO_ArtigoINTE

RDISCIPLINARIDADEATRAJETORIAHISTORICADEUMCONCEITOWilmaACRAde Melo.pdf. Acesso em: 02 de ago. 2022.

MORAES, Myrian Soares de. A política nacional de humanização e as perspectivas na melhoria do funcionamento hospitalar. In: Congresso Nacional de Educação. EDUCERE, 11, 2013, Curitiba. **Anais**. Curitiba: Pontifício Universidade Católica do Paraná, 2013. p. 26690-26702.

MORIN, Edgar. **É hora de mudarmos de via**: lições do coronavírus. Rio de Janeiro: Bertrand, 2020.

MUYLAERT, Camila Junqueira et al Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2014, v. 48, n. spe2. p. 193-199. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NyXVhmXbg96xZNPWt9vQYCT/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 29 jul 2022.

NUNES, Fabrícia da Silva, *et al*. Esperança e cura: a transcendência da espiritualidade e religiosidade na recuperação dos casos graves da SARS-CoV-2. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 16, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23808>. Acesso em: 16 maio 2022.

OLIVEIRA, Hugo Angelo Gomes de; *et al*. Mudanças da atuação multiprofissional em pacientes com COVID-19 em unidades de terapia intensiva. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 1, n. 7, p. 32-51, 2020. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/120/75>. Acesso em 03 jun. 2022.

OMS (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 15 ago. 2022.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Covid-19 Dashboard**. Disponível em: <https://covid19.who.int>. Acesso em: 15 ago. 2022.

OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE), OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 30 jan 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em 22 mar. 2022.

OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE); OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Histórico da pandemia de COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em 22 mar. 2022.

PEREIRA, A. C. C.; PEREIRA, M. M. A.; SILVA, B. L. L.; FREITAS, C. M. de; CRUZ, C. S.; DAVID, D. B. M.; SANTOS, D. L. dos; DELFRARO, D. O.; URA, F. A. C. O agravamento dos transtornos de ansiedade em profissionais de saúde no contexto da pandemia da COVID-19 / The aggravation of anxiety disorders in healthcare

professionals in the context of COVID-19 pandemic. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 4094–4110, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n2-009.

Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25537>. Acesso em: 9 mar. 2023.

PESSINI, Leo, BARCHIFONTAINE de, Christian de Paul. **Problemas atuais de Bioética**. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

PRONTUÁRIO Afetivo: Atendimento humanizado a pacientes com covid-19 ganha destaque. **UnBNOTÍCIAS**, Brasília, 31 mar 2021. Disponível em: <https://noticias.unb.br/112-extensao-e-comunidade/4871-atendimento-humanizado-a-pacientes-com-covid-19-ganha-destaque#:~:text=%E2%80%9CO%20paciente%20deixa%20de%20ser,A%20iniciativa%20j%C3%A1%20teve%20resultado>. Acesso em: 21 jun 2022.

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

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica: DOI: 10.15343/0104-7809.200731.2.10. **O Mundo da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 225-237, 1 abr. 2007. Acesso em 21 mar. 2023

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, Eliane. Técnica da 'mãozinha', criada por enfermeira para dar conforto a pacientes com Covid, viraliza: 'Foi em momento de desespero'. **PORTAL G1**, Rio de Janeiro. 23 mar 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/03/23/tecnica-da-maozinha-criada-por-enfermeira-na-zona-norte-do-rio-para-dar-conforto-a-pacientes-com-covid-viraliza-foi-em-momento-de-desespero.ghtml>. Acesso em 21 jun. 2022.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio, ROSSATO, Lucas, CUNHA, Vivian Fukumaso da, *et al.* A Religiosidade/Espiritualidade como Recurso no Enfrentamento da Covid-19. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro** [online], v. 10, p. 1-12, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3723>. Acesso em: 15 mar 2022.

SEIXAS, Raul Santos. "O dia em que a terra parou". **O dia em que a terra parou**. Rio de Janeiro: Warner Music Brasil, 1977.

SILVA, Itacely Marinho da, *et al.* Trabalho da Equipe Multiprofissional no contexto da COVID-19: Diversos olhares, um só objetivo. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13439>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SOUZA, Wellington Sabino de, *et al.* Vivência da Equipe Multiprofissional de Saúde no enfrentamento da COVID-19 em Serviços de Internação Hospitalar. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14048>. Acesso em: 18 maio 2022.

STUEWER, Aline; GONÇALVES, Quézia Cristina Abelo; BONIN, Joel Cezar. A DIGNIDADE HUMANA EM TEMPOS DE PANDEMIA. **Revista do NESEF**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 179-195, dez. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/neseef.v11i1.89061>. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/neseef/article/view/89061/47940>>. Acesso em: 22 fev. 2023.

TONIOL, Rodrigo. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico** [Online], v. 42, n. 2, 2017a. Disponível em: <http://journals.openedition.org/aa/2330>. Acesso em: 30 nov 2021.

TONIOL, Rodrigo. O que faz a espiritualidade? **Religião & Sociedade** [online], v. 37, n. 2, p. 144-175, 2017b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-85872017v37n2cap06>. Acesso em: 6 dez 2021.

TUDO sobre o coronavírus - Covid-19: da origem à chegada ao Brasil. **ESTADO DE MINAS**, ano 2020, 27 fev. 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/02/27/interna_nacional,1124795/tudo-sobre-o-coronavirus-covid-19-da-origem-a-chegada-ao-brasil.shtml. Acesso em: 05 jun. 2022.

VALIM, P.; AVELAR, A. DE S.; BEVERNAGE, B.. APRESENTAÇÃO - NEGACIONISMO: HISTÓRIA, HISTORIOGRAFIA E PERSPECTIVAS DE PESQUISA. **Revista Brasileira de História**, v. 41, n. 87, p. 13–36, ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93472021v42n87-03>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbh/a/mKqygYCGFLmDBCNWmVKJ4gd/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 09 mar. 2023.

VISITAS virtuais conectam pacientes com Covid-19 do Hospital São Camilo às suas famílias. **Jornal VS**, São Leopoldo, 4 set. 2020. Disponível em: https://www.jornalvs.com.br/noticias/especial_coronavirus/2020/09/04/visitas-virtuais-conectam-pacientes-com-covid-19-do-hospital-sao-camilo-as-suas-familias.html. Acesso em: 24 ago. 2022.

WONDRACEK, Karin Hellen Kepler, HERNÁNDEZ, Carlos José. **Aprendendo a lidar com crises**. São Leopoldo: Sinodal, 2004.

ZOBOLI, Elma. O cuidado: no encontro interpessoal o cultivo da vida. In: BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. **Encanto e Responsabilidade no Cuidado da Vida**. São Paulo: Paulinas, Centro Universitário São Camilo, 2011. p. 57-70.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM CAPELÃES

- 1) Como foi o trabalho da capelania hospitalar neste tempo de pandemia?
- 2) O que foi preciso mudar na rotina de trabalho nesse tempo?
- 3) Como a capelania hospitalar acompanhou as pessoas internadas com COVID-19?
- 4) Qual situação o marcou mais?
- 5) De que forma você acredita ter feito a diferença na vida dessas pessoas?
- 6) Você considera importante e necessário o acompanhamento pastoral em casos graves de COVID-19? Por quê?
- 7) Você considera que o trabalho da capelania hospitalar tem sido valorizado e reconhecido pelos outros profissionais envolvidos no cuidado da pessoa com COVID-19?
- 8) O que para você foi mais difícil? Qual foi o nível de *stress* pessoal vivido nesse período?
- 9) Em algum momento, você pensou em desistir? Perdeu a fé?
- 10) Qual a especificidade da capelania luterana?
- 11) Como você acompanhou os familiares das pessoas internadas com Covid-19?

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES DE COVID-19

- 1) Antes de ter sido infectado, o que você pensava sobre a doença?
- 2) Quando e como você descobriu que estava com a COVID-19?
- 3) Como você se sentiu quando precisou ser internado por causa da COVID-19?
- 4) Quantos dias precisou ficar internado?
- 5) Quando você sentiu mais medo? Passou pela sua cabeça a ideia de que poderia morrer?
- 6) Como você vivenciou a sua espiritualidade nesse tempo de doença?
- 7) Você foi acompanhado por um ministro religioso no período em que esteve internado?
- 8) Você acha que ter esse acompanhamento pode ajudar na recuperação?
- 9) O que você considera ter sido fundamental para a sua recuperação?
- 10) Como a sua família vivenciou esse tempo em que você esteve internado?
- 11) Como você percebeu que a sua família foi acompanhada por um ministro religioso nesse período em que você esteve internado?

ANEXO 1 – PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE ALTO DO
VALE DO RIO DO PEIXE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ATUAÇÃO DA CAPELANIA HOSPITALAR NO CUIDADO A PACIENTES DE COVID-19

Pesquisador: ALINE DANIELLE STUEWER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64331322.0.0000.0259

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - FUNIARP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.729.915

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa tem o objetivo de evidenciar a atuação da capelania hospitalar no cuidado a pacientes de Covid-19. Para tanto, será realizada pesquisa de natureza aplicada com abordagem qualitativa do problema de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Evidenciar a atuação da capelania hospitalar no cuidado a pacientes de Covid-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos grupos A e B, ao relatar as experiências vividas, as lembranças podem desencadear tristeza e sofrimento. Tendo em vista que as entrevistas serão gravadas, o que poderá gerar algum desconforto para um ou outro participante, este procedimento também deverá ser previamente avisado e a pesquisadora deverá cientificar o entrevistado desta situação.

pesquisadora, caberá a realização de um diálogo mais informal num primeiro momento até que a pessoa esteja mais familiarizada com a situação e

se sinta apta a participar sem qualquer tipo de constrangimento. Caso manifeste o desejo de participar, mas sem que o momento seja gravado,

então este desejo também será respeitado.

Endereço: Rua Victor Batista Adami, nº 800, bloco A, 2º andar, sala própria do Comitê de Ética em Pesquisa da Uniarp

Bairro: CENTRO

CEP: 89.500-199

UF: SC

Município: CACADOR

Telefone: (49)3561-6199

E-mail: cep@uniarp.edu.br

**UNIVERSIDADE ALTO DO
VALE DO RIO DO PEIXE**



Continuação do Parecer: 5.729.915

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tendo em vista a interdisciplinaridade de assuntos, importante frisar sempre que a pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento, bem como de que a conversa será gravada. No TCLE há esta previsão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Importante buscar uma autorização para realização da pesquisa, tendo em vista que ocorrerá em ambiente público de direito privado.

Recomendações:

Frisar que será envolto dos capelães das igrejas do Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Importante inserir quais os capelães hospitalares e qual cidade será abrangida.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o projeto e documentação apresentada, o projeto segue as diretrizes do CONEP e deste CEP para validação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2007372.pdf	19/10/2022 11:58:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/10/2022 14:18:52	ALINE DANIELLE STUEWER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2022_10_03_Dissertacao.docx	11/10/2022 14:17:39	ALINE DANIELLE STUEWER	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	11/10/2022 14:05:12	ALINE DANIELLE STUEWER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Victor Batista Adami, nº 800, bloco A, 2º andar, sala própria do Comitê de Ética em Pesquisa da Uniarp
Bairro: CENTRO **CEP:** 89.500-199
UF: SC **Município:** CACADOR
Telefone: (49)3561-6199 **E-mail:** cep@uniarp.edu.br

UNIVERSIDADE ALTO DO
VALE DO RIO DO PEIXE



Continuação do Parecer: 5.729.915

CACADOR, 28 de Outubro de 2022

Assinado por:
JUCIELE MARTA BALDISSARELLI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Victor Batista Adami, nº 800, bloco A, 2º andar, sala própria do Comitê de Ética em Pesquisa da Uniarp
Bairro: CENTRO **CEP:** 89.500-199
UF: SC **Município:** CACADOR
Telefone: (49)3561-6199 **E-mail:** cep@uniarp.edu.br