

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**INTERFACES FRENTE À MORTE: ATUAÇÃO
AMBULATORIAL DE PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS EM
RELAÇÃO À FINITUDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Anaíse Dalmolin

Santa Maria, RS, Brasil

2014

**INTERFACES FRENTE À MORTE: ATUAÇÃO
AMBULATORIAL DE PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS EM
RELAÇÃO À FINITUDE**

por

Anaíse Dalmolin

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia.**

Orientador: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana

Santa Maria, RS, Brasil

2014

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Dissertação de Mestrado

**INTERFACES FRENTE À MORTE: ATUAÇÃO AMBULATORIAL
DE PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS EM RELAÇÃO À FINITUDE**

elaborada por
Anáise Dalmolin

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana
(Presidente/Orientador)

Prof. Dra. Cláudia Maria Perrone (UFSM)

Prof. Dra. Elisa Kern de Castro (Unissinos)

Santa Maria, 14 de janeiro de 2014

Confesso que, na minha experiência de ser humano, nunca me encontrei com a vida sob a forma de batidas de coração ou ondas cerebrais. A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança da beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casca de cigarra vazia (Rubem Alves)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu orientador, Professor Alberto, pelos elogios, correções e ‘puxões de orelha’ que acompanharam a construção deste trabalho, especialmente por ter acreditado em mim e oportunizado que ele acontecesse;

Aos colegas do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde (NEIS) por compartilharem comigo conhecimentos e experiências que deram mais cor a este trabalho e força na sua construção;

Aos colegas, parceiros de jornada, pelo companheirismo, força, risadas e histórias, proporcionando-me afortunadas lembranças e maior leveza na caminhada até aqui, especialmente à Ângela, Adelise, Sabrina C., Sabrina S., Bruna, Mauren, Verônica, Márcia e Suane;

Aos entrevistados, por confiarem em mim e cederem uma parcela de seu tempo e conhecimento para que este trabalho existisse;

Às Professoras Cláudia Maria Perrone, Beatriz Teixeira Weber e Elisa Kern de Castro por disponibilizarem seu tempo e conhecimento a fim de comporem minhas bancas avaliadoras de qualificação e defesa;

À minha família, base do que sou e alicerce de onde estou;

Ao Carson, pelo amor e companheirismo diário, e principalmente pela paciência de aceitar minha ausência em tantos momentos importantes, motivada por este trabalho que hoje apresento, e que seria inviável sem seu apoio.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

INTERFACES FRENTE À MORTE: ATUAÇÃO AMBULATORIAL DE PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS EM RELAÇÃO À FINITUDE

AUTORA: ANAÍSE DALMOLIN
ORIENTADOR: ALBERTO MANUEL QUINTANA

Local e Data da Defesa: Santa Maria, 14 de janeiro de 2014

Falar sobre morte nunca foi assunto fácil. Através de análise histórica, percebe-se que o temor da morte sempre esteve presente, porém com diversas formas de lidar com ele. Hoje se percebe a institucionalização do processo de morrer, assim como da manifestação de sentimentos. Após a Reforma Psiquiátrica, surgiram também Instituições de amparo em Saúde Mental, como Ambulatórios de Saúde Mental e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que objetivam promover saúde e ampliar atendimento à população em geral para gerar bem estar e evitar cronificação de psicopatologias. Nessas instituições, duas especialidades de profissionais destacam-se na atuação conjunta, sendo eles psicólogos e psiquiatras. Essa ação conjunta é interessante por possibilitar uma visão integral do sujeito, em seus aspectos físicos e psicológicos do comportamento. Assim, o presente trabalho objetiva compreender a presença da morte no trabalho ambulatorial através da percepção destes profissionais que atuam nestes locais. Para tanto, foi realizado um estudo qualitativo e de cunho exploratório através de entrevistas semiestruturadas com eixos norteadores. Para interpretação dos dados, utilizou-se de análise de conteúdo, com categorias emergentes das falas. Entre os resultados, encontrou-se diversas maneiras de deparar-se com o tema na clínica, sendo elas: luto, luto cronificado, preparação para uma morte próxima através de doença ou velhice, ideação suicida e morte em vida, representada pela perda da subjetividade. Entre essas maneiras, o suicídio apresentou especial destaque, sendo descrito como o mais complexo em função da grande responsabilidade que o profissional tem na condução de casos desta natureza. Ainda, pôde-se explorar o entendimento dos profissionais frente à essa demanda e qual eram as práticas corriqueiras de enfrentamento. Os achados do estudo estão apresentados em três artigos, divididos pelo assunto a que se referem.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde. Psiquiatria. Tanatologia. Suicídio.

ABSTRACT

Master's Thesis
Postgraduation Program in Psychology
Universidade Federal de Santa Maria

INTERFACE FORWARD TO DEATH: PRACTICE OUTPATIENT OF PSYCHOLOGISTS AND PSYCHIATRISTS REGARDING FINITENESS

AUTHOR: ANAÍSE DALMOLIN
ADVISOR: ALBERTO MANUEL QUINTANA

Place and Date of Defense: Santa Maria, January 14th, 2014

Talking about death never has been an easy matter. Through historical analysis, one realizes that the fear of death was always present, but with different ways of dealing with it. Today we realize the institutionalization of the dying process, as well as the feelings manifestation. After the Psychiatric Reform, also emerged the Institutions of support in Mental Health, such as Outpatient Mental Health and Psychosocial Care Centers (CAPS), which aim to promote and expand health care to the population in general, in order to promoting wellness and avoid the emergence of chronicity of psychopathology. In these institutions, two specialties professionals stand out in joint action; psychologists and psychiatrists. This mutual action is interesting because it allows a comprehensive view of the subject, in their physical and psychological behavior aspects. Thus, the aim of this study is to understand the presence of death in the outpatient work through the perception of the professionals who work in these places. For this, a qualitative and exploratory study was conducted through semi-structured interviews with guiding principles. For data analysis, was employed content analysis, with emerging categories from the speeches. Among the results, was found several ways of encounter the issue at the clinic, they are: bereavement, complicated grief, preparation for an upcoming death through illness or old age, death and suicidal ideation in life, represented by loss of subjectivity. Among these ways, suicide presented special mention, being described as the most complex due to the large responsibility that the professional has in conducting such cases. Furthermore, was possible to explore the understanding of the professionals in this demand and what were the everyday practices of coping. The study findings are presented in three articles, divided by the subject to which they relate.

Key-words: Health Psychology. Psychiatry. Thanatology. Suicide.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Aceite Institucional	103
Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	115
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
Anexo D – Termo de Confidencialidade	112

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
INÍCIO.....	2
Sobre as mudanças sociais.....	2
Sobre o novo olhar a respeito da morte	3
Sobre as novas instituições de saúde: situando a psicologia e psiquitria	5
Sobre o Sistema Único de Saúde e atuação clínica	8
OBJETIVOS DA PESQUISA	10
Objetivo Geral	10
Objetivos Específicos	10
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	11
Desenho do estudo.....	11
Cenário do estudo	12
Definição dos participantes	14
Processo de coleta de dados.....	15
Procedimentos de análise dos dados.....	17
Aspectos Éticos da Pesquisa.....	19
ARTIGO 1	21
POSSIBILIDADES DE ENFRENTAMENTO DA MORTE EM CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS E PSICOLÓGICAS	21
Resumo	22
Abstract.....	22
Introdução.....	23
Metodologia.....	25
Resultados e discussão	27
A perda de algum ente querido e o processo de luto	27
“No meio do caminho havia uma pedra...” – Complicações do processo de luto.....	33
Perdas inevitáveis, preparação e sofrimento – deparando-se com doenças terminais e velhice	35
O desejo de morte e a tentativa de controle – ideações suicidas	37
A morte em vida – perda da subjetividade como um fim antes da hora.....	39
Considerações Finais	41
Referências Bibliográficas.....	43

ARTIGO 2	47
A MORTE INVADE A CLÍNICA: ANÁLISE DESTA PERCEPÇÃO DE PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS.....	47
Resumo	48
Abstract.....	48
Resumen	48
Introdução.....	49
Metodologia.....	50
Resultados e discussão	52
De que morte estamos falando?.....	53
E agora, quem irá nos defender? Dificuldades em permitir-se sentir a dor do outro.....	58
Como me deparo?.....	60
Grupo como apoio para profissional e paciente	62
Busca farmacológica como solução imediata.....	65
Tragédia da Kiss, mudanças e expectativas de mudanças no cotidiano de trabalho	67
Considerações finais	69
Referências Bibliográficas.....	72
ARTIGO 3	75
ATUAÇÃO CLÍNICA DE PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS FACE AO SUICÍDIO	75
Resumo	76
Abstract.....	76
Resumen	76
Introdução.....	77
Metodologia.....	78
Resultados e discussão	79
Diferenciando o desejo de morrer de vícios de linguagem	79
Suicídio e patologias psiquiátricas	83
Profissionais de saúde como fator de proteção.....	87
Rede de apoio	89
Preparo teórico-prático para enfrentar o suicídio	90
Considerações Finais	92
Referências Bibliográficas.....	93

CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	102

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho compõe a Dissertação de Mestrado intitulada “Interfaces frente à morte: atuação ambulatorial de psicólogos e psiquiatras em relação à finitude”, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM, tendo sido aprovado pelo mesmo comitê em janeiro de 2013, com CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) n. 11664512.0.0000.5346.

Os resultados da pesquisa estão aqui apresentados em formato de artigo. Esta abordagem é permitida pelo Manual de Estrutura de Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses (MDT) (UFSM, 2012), publicação que norteia os trabalhos apresentados nesta instituição. Este método foi escolhido por facilitar a divulgação dos resultados da pesquisa, favorecendo a publicação dos mesmos. Os artigos, por sua vez, estão formatados de acordo com as regras da American Psychological Association (APA, 2013), e adequados às normas das revistas às quais serão submetidos, sendo elas: Psicologia Saúde e Doença (Qualis B1), Psicologia em Estudo (Qualis A2) e Arquivos Brasileiros de Psicologia (Qualis A2).

Assim, o trabalho está apresentado da seguinte forma:

- Introdução, trazendo a linha de raciocínio utilizada neste trabalho;
- Trajetória Metodológica, elucidando a forma como foi realizado;
- Artigos apresentando os achados do trabalho;
- Referências Bibliográficas utilizadas na compreensão dos fenômenos;
- Considerações finais e encerramento.
- Anexos contendo os documentos que estão envolvidos na realização deste trabalho e que são citados ao longo do texto.

INÍCIO

Sobre as mudanças sociais

Hoje somos obrigados a conviver com perdas diárias geradas por acontecimentos e tragédias em meio à violência urbana, a relações sociais e familiares em constante mudança e ao estresse de um mundo de trabalho que gera rotinas desgastantes, por vezes levando a doenças físicas. Essa realidade mostra-se recente, porém impactante e de alta incidência. Por já fazer parte do cenário cotidiano das cidades, há uma necessidade de negação dos acontecimentos e ocultamento do sofrimento que eles causam (Kovács, 2005). Trata-se de uma nova configuração e organização social, ainda recente, mas já rotineira. Por se tratar de situações novas, tendemos a ter resistência e estranhamento, apelando ao saudosismo de um tempo antigo onde, aparentemente, sabia-se exatamente como ser e agir.

Assim, podemos pensar como Philippe Ariès, historiador francês com trabalhos importantes sobre morte nas sociedades ocidentais. Segundo o autor, em tempos antigos, anteriores à Idade Média, a morte era considerada natural e sentida de forma pacífica. O processo de morrer era vivenciado pelo moribundo em seu lar, junto a familiares e todos mais que lhe fossem importantes. A vida, nessa época, era comunitária, não podendo ser diferente nas questões que envolvem seu final. Assim, todos tinham consciência da finitude e tratavam dela de forma natural. Aos que ficavam, havia o suporte social no processo de luto, que era ritualizado através de atos como vestimentas pretas, cortinas de mesma cor penduradas nas janelas das casas em sinal ao processo que se vivenciava dentro dela e um respeito social a este momento. Com o advento das religiões e a crença da vida eterna no céu como recompensa ou no inferno como punição, a morte passou a ser, pouco a pouco, temida e considerada tabu. Assim também foi o processo de individualização da sociedade, que foi perdendo lentamente o amparo e convívio comunitário até então prevalente. Hoje a morte acontece na solidão de leitos hospitalares, e a quem fica resta o peso de não ter espaço para demonstrar sentimentos, sendo vedado socialmente sofrer pela perda ou demonstrar este sentimento (Ariès, 1977).

Em contrapartida, o sociólogo alemão Norbert Elias critica este saudosismo do “bom funcionamento” do processo de morrer relatado por Ariès. Segundo o autor, a morte sempre atormentou e trouxe sofrimento. No tempo antigo, onde havia amparo social, a morte era naturalizada, mas não por isso deixava de ser temida. Afinal, ela estava presente na barbárie da guerra, no desgaste físico gerado pela lida campeira e pelas pestes que

rapidamente dominavam cidades. A expectativa de vida era mais curta e os perigos, maiores. Havia disponíveis poucos recursos para cura de doenças, com o conhecimento médico precário e pouco acesso a ele. Com o passar do tempo aconteceram mudanças significativas no campo da saúde. Hoje é possível morrer com dignidade, obter maior acesso a tratamentos e controle da dor e sofrimento físico, com consequente aumento na expectativa e qualidade de vida (Elias, 2001).

Por outro lado, ainda seguindo o mesmo autor, a participação de outras pessoas no momento da morte diminuiu, pois ela acontece, em sua maioria, nas instituições hospitalares, muitas vezes longe dos familiares e pessoas queridas. E aqui há um ponto em que Elias e Ariès concordam. Ambos demonstram que o convívio social neste momento é importante para amparar ambas as partes – quem está morrendo e quem está perdendo essa pessoa. Isso, no entanto, parece ter ficado perdido na história, pois é campo de incertezas e indefinições, tanto de profissionais que trabalham com o tema quanto de quem está vivendo uma morte ou perda de alguma pessoa próxima.

Junto com as mudanças sociais, o local da morte foi se transformando, passando do lar para instituições sociais. Isso fez com que o sofrimento físico do processo de morrer diminuísse, visto que se obtinha mais acesso a recursos de tratamento e diminuição de sofrimento por dor e desconforto próprios de adoecimentos, podendo-se morrer de forma silenciosa e higiênica. Com a consolidação dos hospitais como locais que recebem pessoas em processo de morte, esta torna-se distante e controlável aos olhos da sociedade. Em contrapartida, há menor participação social no processo de morrer, criando condições propícias à solidão neste momento. O moribundo ficava por vezes isolado, sem oportunidade de despedidas, amparo social e familiar no final de sua existência (Azeredo, Rocha, & Carvalho, 2011; Elias, 2001). A isso ainda é somado o fato de que morte definitiva é determinada pelas instituições sociais, e não pelo acontecimento físico. A morte do corpo é, pois, a morte do símbolo social que o corpo é (Rodrigues, 2011).

Sobre o novo olhar a respeito da morte

Ao viver uma situação inusitada e dolorosa, que é o processo de morrer, as pessoas tendem a sentirem-se sozinhas e sem saber o que fazer. Este fato é amplificado com a impossibilidade de ter por perto pessoas queridas que pudessem dar amparo em um momento tão difícil como este. Morrer, antigamente, era uma questão pública, o que hoje foi transformado, pois o indivíduo morre como paciente, e não mais como membro da família. De qualquer forma, a perda de um indivíduo afeta toda comunidade, pois todos ali

tem um papel a cumprir, por menor que seja (Cassorla, 2004; Freire, 2006; Oliveira, 2001).

Uma mudança significativa acontecida no contexto familiar foi a entrada das mulheres no mercado de trabalho. Até isso acontecer, eram elas as responsáveis pelos cuidados dos filhos e dos idosos da família, e também eram elas o sustento emocional da família. Com o advento da industrialização e do feminismo, as mulheres entraram massivamente no mercado de trabalho, deixando um vácuo nas famílias. Além disso, também passaram a estar mais expostas a riscos de doenças e morte em função do exercício da profissão, podendo desfalcar seus lares. Assim, os cuidados com os doentes foram sendo transferidos às instituições de saúde, pois em casa já não havia mais quem o fizesse. A família, por sua vez, perdeu espaço de se falar e lidar com a morte, também dificultando o processo de aceitação e elaboração da mesma. Em consequência, ela não consegue ser suporte emocional para o ente adoecido. Também com isso, a sociedade atual passou a criar os “especialistas em morte”, como os hospitais que abrigam seres em processo de morrer e agentes funerários que se encarregam na preparação do corpo e ritos funerários, deixando a família mais distante do processo de morrer e do próprio sujeito que está nesse processo (Brown, 1995; Kovács, 2005).

Os ritos de passagem, por sua vez, que foram criados para auxiliar na compreensão dos sentimentos envolvidos no processo de luto, estão condenados à extinção. Durante séculos eles demonstraram-se de grande importância para a elaboração do luto, pois facilitavam a exteriorização dos sentimentos, exercendo função terapêutica no processo de luto. Hoje, apesar de boa parte deles ainda estarem presentes, são discretos e proibidos de exibir grandes emoções (Elias, 2001; Freire, 2006; Oliveira, 2001). Com a “inversão” do sentido de morte, hoje não há mais o contato com o corpo morto. Esse é preparado para não parecer o que é. No entanto, a morte é projetada, por exemplo, através dos noticiários que mostram mortes violentas por entre notícias de conquistas. Assim, ela apresenta-se como um fantasma, como algo que não é dito, mas está presente subliminarmente (Laufer, 2012). O tema da morte e luto, então, ficou em um lugar vago, sem definições ou parâmetros sociais, e hoje nossa sociedade organiza-se de tal forma que a morte passa a ser a maior desgraça para o homem (Chiavenato, 1998).

Em meio a isso, percebe-se que o amparo social de antigamente, relatado acima nas ideias de Ariès, foi substituído por instituições que visam efetivar, pelo trabalho de especialistas, o que antes se fazia pelo bem comum e sem qualificação. Assim consegue-

se ter mais acesso a recursos para promover bem estar, cura e prevenção de doenças e maior expectativa de vida. Os hospitais hoje são referência do processo de morrer, e outras tantas surgem para ser amparo contínuo de situações patológicas e cotidianas. O que deveria ser questionado, então, não são as formas como tratamos da morte, mas a dificuldade de identificação com os moribundos, que gera o problema social da morte. Isso acontece porque a morte do outro relembra nossa própria morte e o despreparo frente a ela, que causa intenso sofrimento (Elias, 2001).

Somando-se a isso, em toda escala evolutiva, a espécie humana foi a primeira a possuir consciência da morte e repassar a seus descendentes – e até este momento, também aparenta ser a única. Esta consciência é uma das maiores conquistas evolutivas do ser humano, traduzindo uma espécie de revolta contra a morte. Esse saber, no entanto, é paradoxal. Jamais pode haver essa consciência de fato. Para isso, seria necessário pensar em nada, em ver-se ninguém, o que não é viável, pois o pensar já é alguma coisa, não podendo alcançar o nada. A morte do outro, então, que é sentida. É ela que evoca a própria morte de quem sente, traduzindo os limites e precariedade de si diante da morte. Afinal, o problema para os vivos não é a morte, mas o saber que ela existe e necessariamente acontecerá (Cassorla, 2002; Freire, 2006; Kovács, 2010; Rodrigues, 2007, 2011).

Sobre as novas instituições de saúde: situando a psicologia e psiquiatria

Nesta trajetória, também foram criadas instituições no intuito de promover acompanhamento aos cidadãos e famílias. Estas compreendem unidades básicas de saúde e estratégias de saúde da família, que são consideradas “porta de entrada” dos sistemas públicos de saúde por serem as mais próximas da população e de mais fácil acesso. Em saúde mental, o serviço equivalente é o Ambulatório de Saúde Mental (ASM), seguido em complexidade pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes atendem demandas definidas, como tratamento ao uso de drogas, e possuem estratégias de intervenção específicas a essas demandas. De forma geral, estas instituições deveriam estar aptas a receber toda a população, indiferente de classe sócio econômica. A única exigência possível é estar adequado à demanda das instituições e morar em seu território de atuação, que são as regiões atendidas por esses serviços. A trajetória histórica e identificação dessas instituições é feita na sequência (Brasil - Ministério da Saúde, 2013).

Essas instituições são, então, responsáveis pelo acompanhamento e intervenção contínua aos usuários nos eventos cotidianos. Entende-se que a atenção hospitalar é

responsável por conter momentos de crise, tanto da saúde física quanto da saúde mental, e esse não é o foco deste trabalho. Queremos aqui focar em questões cotidianas, alheias a patologia pura. Entende-se também que temas de morte não são patologias, mas etapas da vida que causam sofrimento, seja a própria morte ou de outrem. Então, objetivou-se nesse trabalho entender o manejo de tal tema, que é corriqueiro, não patológico, mas causador de intenso sofrimento e potencializador de patologias.

Portanto, percebe-se que os profissionais de saúde possuem papel fundamental na forma como a morte acontece para o sujeito em final de vida e também para os familiares que o acompanham. No entanto, os profissionais que trabalham na área da saúde parecem estar sendo formados para curar a doença, e não para lidar com a pessoa (Combinato & Queiroz, 2006). Assim, o profissional sente-se forçado a utilizar mecanismos de defesa para suportar suas atividades diárias (Marta, Marta, Andrea Filho, & Job, 2009; Medeiros & Pinto Júnior, 2006).

Percebe-se, assim, que, já na formação dos profissionais que atuam com a iminência de mortes, há uma falha para trabalhar com essas questões. Estudantes de medicina, por exemplo, aprendem as técnicas e procedimentos mais modernos, mas não aprendem a conversar com o paciente e manter relação com ele (Kübler-Ross, 2008). Na formação médica, esta lacuna é promovida pela estrutura curricular que não proporciona tal formação e que vem ao encontro com as marcas culturais da negação da morte e empoderamento do profissional médico como único sujeito capaz de salvar vidas (Silva & Ayres, 2010). Assim, conquistar um espaço na formação acadêmica da medicina para discutir o enfrentamento da morte como parte essencial da vida faz-se necessário para que os alunos respeitem a integralidade de seus pacientes e, como humanos, entendam serem eles também sujeitos de sua vida e morte (Azeredo, Rocha, & Carvalho, 2011).

Nesse sentido, há um ramo da medicina para o qual a existência da morte sempre esteve no cotidiano de trabalho, mesmo que a formação acadêmica não tratasse do assunto, que é a psiquiatria (Parkes, 1998). Optar por este ramo de atuação significa, para o profissional médico, assumir um papel diferente do ideal social de médico. Psiquiatra é aquele que lida com o não físico, não orgânico, mesmo inserido na ciência responsável pelas doenças físicas (Menezes & Yasui, 2009). Mesmo assim, o comportamento psicológico, para a psiquiatria, transpassa a explicação do biológico (Shimabucuro, 2010). Para Gutman (2009), o tema da morte em psiquiatria não é consenso, pelo contrário, ainda é um tema delicado e pouco tratado nessa especialidade.

Neste campo de atuação, dos temas relacionados à morte, os psicólogos foram os últimos a acerrar-se, mas já demonstram a importância de seu trabalho nessa área (Parkes, 1998). O psicólogo pode ter importância fundamental em qualquer momento do desenvolvimento humano, mas é no processo de morrer que essa atuação é destacada. Essa colaboração pode acontecer de várias formas, como em prevenção, preparando o paciente em processo de morrer e também seus familiares, a auxiliar na adesão a tratamentos e na preparação do paciente para lidar com efeitos colaterais da doença, como as mudanças corporais e de rotina (Castro, 2001). Neste sentido, a psicologia da saúde tornou-se a área dedicada a estudos sobre os temas que envolvem vida e morte (Torres, 2003).

Assim sendo, percebe-se a necessidade de inserção do tema da morte na formação do psicólogo. Porém isto ainda é pouco observado na formação acadêmica. Em pesquisa com estudantes de psicologia, Junqueira & Kovács (2008) constataram, através da fala de alunos de final de graduação, que nada havia sido trabalhado sobre morte. Concluem, então, um despreparo frente a situações que possivelmente tais estudantes irão atravessar no cotidiano de trabalho.

Dentro desse cenário, considerou-se importante ouvir psicólogos e psiquiatras atuantes em ASM e CAPS. Isso porque essas são especialidades de maior destaque em saúde mental, e atuam de forma conjunta e complementar nessas instituições. Já é sabido que o ser humano possui dimensões físicas e psicológicas indissociadas e altamente influentes. Então, para compreender o sujeito em sua integralidade é necessário compreender essas duas dimensões. Assim, tem-se o médico psiquiatra, especialista na relação entre funcionamento físico e comportamento, e o psicólogo, profissional apto a avaliar a estrutura psicológica e intervir no comportamento. O trabalho em conjunto desses dois profissionais atinge um patamar inatingível de outra forma, que é a integralidade psicológica dos sujeitos e seus problemas (Occhini & Teixeira, 2006).

Além disso, a inter-relação de fatores ligados à compreensão do tema da morte ainda é pouco explorada. Assim, apresenta-se a necessidade de maior exploração do tema e fatores ligados a eles, pois se acredita que, se os profissionais da área da saúde mental estiverem preparados para tal situação e entenderem a morte como uma fase do desenvolvimento humano possuirão maiores condições de oferecer o cuidado necessário (Hohendorff & Mello, 2009). Assim, esse projeto visa entender essa lacuna científica a fim de contribuir com o trabalho de profissionais atuantes em tais instituições e

interessados pelo tema. E também, toda essa discussão serve para nos mostrar que, conhecendo nossas limitações e finitudes, podemos aproveitar melhor o aqui e agora (Cassorla, 2002).

Sobre o Sistema Único de Saúde e atuação clínica

Pela Lei 8.080/1990, é direito de todo cidadão brasileiro o acesso a serviços de saúde e dever do estado garantir este acesso (Brasil, 1990). Assim sendo, temos o Sistema Único de Saúde (SUS), que é balizado pela referida lei, como o único serviço de saúde pública no Brasil que contempla todas as realidades econômicas, sociais e culturais, ou seja, de caráter universal e igualitário. O SUS foi criado em um movimento pós ditadura brasileira, em que o país se encontrava em processo de redemocratização baseado na luta pelos direitos humanos. Este processo também contou com mudanças na atenção em saúde mental, até então feita sob regime de internação em manicômios aos acometidos por loucura. Após vários debates em conferências de saúde ocorridas por todo o mundo, criou-se um movimento intitulado Reforma Psiquiátrica, que objetivava promover tratamento e melhora efetiva para pessoas com transtornos mentais sem que fossem despejadas em prisões, como eram os manicômios até então (Mângia, 2008; Delgado, 2011).

No ano de 2001, o Brasil sancionou a Lei nº. 10.216, que institui o novo modelo de assistência em saúde mental (Brasil, 2001). Esta lei suscitou a consolidação da reforma psiquiátrica no país, favorecendo a desinstitucionalização e tornando a saúde mental prioridade na educação em saúde (Mângia, 2008). Sabe-se que é um processo novo, ainda em transformação e consolidação. Ainda temos, socialmente, um estigma a loucura, desmerecendo a palavra de quem é considerado louco e desprezando sua demanda de atenção (Pitta, 2011). Em função disso, o desafio atual é a inclusão da atenção em saúde mental no nível de atenção básica. Assim, objetiva-se promover maior espaço de escuta a quem está acometido por transtorno mental e também a população em geral, que mesmo sem apresentar traços psicopatológicos necessita de atenção para promover e/ou manter sua saúde enquanto bem estar geral (Lobosque, 2011). A organização atual da rede de atenção em saúde mental é descrita na sequência.

Em municípios pequenos, com até 20 mil habitantes, a atenção em saúde mental é feita nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são referências de entrada no sistema de saúde. Essas compreendem atendimentos básicos à população, como consultas médicas, aplicação de vacinas, realização de curativos, entre outros. Em municípios maiores (com

mais de 20 mil habitantes), a estrutura de atendimento é mais complexa, possuindo centros de atenção especializados, além das UBS. A saúde mental, nestes municípios, deve contar com rede que compreenda todos os níveis de complexidade. A alta complexidade é atendida em unidades psiquiátricas em hospital geral, visto que a reforma psiquiátrica extinguiu a criação de hospitais exclusivamente psiquiátricos. A média complexidade é feita em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e em Ambulatórios de Saúde Mental (Rio Grande do Sul, 2008). Estes serviços são elucidados na sequência.

Ambulatórios de Saúde Mental são instituições que oferecem atenção integral à sociedade. Isso significa que devem ser ofertados, nestes locais, atendimentos terapêuticos, de apoio, de educação em saúde, de orientação, psicoterapias e apoio psicofarmacológico, todas de caráter individual ou grupal. Esta categoria de ambulatório objetiva evitar e promover à população um fácil acesso a atendimentos em saúde mental e assim evitar internações hospitalares desnecessárias. Já o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma instituição que se caracteriza como unidade aberta e comunitária e especializada em oferecer atendimento, acompanhamento clínico e reinserção social à população acometida de algum tipo de sofrimento psíquico. O CAPS é responsável pela organização da rede de serviços em saúde mental de seu território (espaço geográfico que o compreende), articulando-se com as demais instituições, fiscalizando internações psiquiátricas para que não sejam feitas de forma desnecessária e promovendo suporte às ações de saúde mental feitas nas UBS e reinserção social de seus usuários. Além disso, o CAPS deve oferecer atendimento à sua população, em caráter terapêutico individual ou grupal (Brasil, 2001; Rio Grande do Sul, 2008).

Assim sendo, a realidade de atenção à saúde no Brasil nos revela a atuação clínica como primeiro apoio à população no que tange a sofrimentos físicos e psíquicos. É através dela, então, que procuramos entender a busca de ajuda para questões de sofrimento cotidiano. Assim, procuramos na atenção clínica em saúde mental do SUS entender a assistência dada à população em geral, sem restrições a classes econômicas e sociais, motivada pelo sofrimento do tema da morte que acontece fora dessa realidade.

OBJETIVOS DA PESQUISA

Objetivo Geral

Compreender a presença da morte no trabalho ambulatorial através da percepção dos profissionais de psicologia e psiquiatria.

Objetivos Específicos

- Conhecer a percepção dos profissionais de psicologia e psiquiatria quanto ao que envolve o assunto morte no manejo ambulatorial;
- Perceber qual é a presença da morte no trabalho ambulatorial na visão destes profissionais;
- Entender semelhanças e diferenças na compreensão de tais classes profissionais acerca do tema em questão;
- Compreender como esses profissionais avaliam sua formação para lidar com o tema.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente capítulo objetiva delinear o percurso metodológico seguido na pesquisa que traz este trabalho como fruto. Este espaço traz a ampliação da descrição metodológica presente nos artigos. Tal descrição faz-se necessária na medida em que sabemos das limitações na descrição metodológica feita em artigos. Assim, aqui são descritos os detalhes pormenorizados necessários para uma boa compreensão do trabalho e que não puderam formar parte dos artigos que apresentamos em sequencia, os quais são o cerne desta dissertação.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, pois visa conhecer um fenômeno, que é a presença de temas de morte em atuação ambulatorial de psicólogos e psiquiatras e como eles lidam com o tema, e buscar formular explicações sobre como ele acontece (Gil, 2010). A pesquisa é de caráter qualitativo, o que proporciona o entendimento e a interpretação dos sentidos e das significações referentes a tal fenômeno, em contrapartida a outras metodologias que se preocupam, geralmente, com fatos, no seu sentido de acontecimentos. A diferença entre estes conceitos é o de que um fato é passível de ser controlado após ser conhecido; e aquele situa-se e é manifesto na consciência de quem fala sobre algo (Turato, 2013).

A pesquisa qualitativa é utilizada em níveis de realidade que não podem ser quantificados, pois engloba, entre outros, significados, motivos, aspirações, crenças e valores. Dessa forma, ela é um meio para compreensão de como se estruturam pensamentos e emoções. A pesquisa configura-se como um ciclo, pois não se limita a ser apenas a resposta a uma pergunta. Isso porque a pergunta pesquisada e a resposta encontrada geram indagações e hipóteses aos pesquisadores e leitores, fazendo com que a investigação continue. Assim, ela é algo além da classificação da opinião de informantes, pois é através dela que se descobrem códigos e relações sociais. Ela também é um importante (Minayo, 2012).

A abordagem utilizada foi clínico-qualitativa, pois não se restringiu a enunciar fatos, e sim expandir a interpretação a sentidos e significações que estão em torno dele. O interesse da pesquisa esteve centrado em como as relações são estabelecidas entre os

fenômenos, não sendo restrito aos resultados. Ou seja, não são julgados sintomas clínicos e patológicos do sujeito, mas sim suas manifestações existenciais (Turato, 2013).

O pesquisador, na pesquisa qualitativa, é elemento fundamental da pesquisa, pois os resultados centram-se nas suas percepções. Assim, ele não é neutro ou distante emocionalmente da entrevista. São as angústias do pesquisador que o movem para a pesquisa, e as do entrevistado que motivam a sua participação. Essa angústia é entendida como inquietação, e não patologia. É a interação do entrevistador, guiado por uma base teórica, com o entrevistado, que faz a pesquisa acontecer. Deste modo, temos que nenhuma ciência é totalmente neutra, pois o conhecimento é construído através de visões de mundo socialmente estabelecidas. Como consequência, entende-se que a observação é um instrumento necessário para a pesquisa qualitativa. Ela é feita pelo pesquisador através das entrelinhas, como comportamento, tom de voz e postura do entrevistado diante das falas que emite (Minayo, 2012; Turato, 2013)

Cenário do estudo

As instituições alvo do estudo foram cinco estabelecimentos públicos do ramo de saúde mental de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, ilustradas na Tabela 1. Foram convidados a participar todos os psicólogos e psiquiatras que nela atuam e que na época da coleta de dados não estivessem afastados por algum motivo. Dos 15 profissionais habilitados para a pesquisa, conseguiu-se entrevista de 10. Não houve, porém, amostra de todas as instituições, restringindo-se a 3 no final (Instituições 1, 2 e 3). O detalhamento da amostra será feito na sequência. Para preservar a identidade dos participantes, os dados identificatórios foram reduzidos e os nomes estão ilustrados pelo pseudônimo “instituição”, seguida de número ordinário.

Tabela 1 – Perfil dos locais-alvo da pesquisa

	Instituição 1	Instituição 2	Instituição3	Instituição4	Instituição5
O que faz?	Atendimento clínico somente com psicólogos e psiquiatras	Atendimento clínico e grupos multidisciplinares com diversas especialidades	Atendimento clínico e grupos multidisciplinares com diversas especialidades	Atendimento clínico e grupos multidisciplinares com diversas especialidades	Atendimento clínico e grupos multidisciplinares com diversas especialidades
Quem é atendido	Pessoas com transtornos mentais leves e moderados	Pessoas com transtornos mentais graves	Pessoas em drogadição com mais de 30 anos	Pessoas em drogadição com idade entre 18 e 29 anos	Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico
Número de Psicólogos	7	2	2	2	1
Número de psicólogos entrevistados	4	2	1	0	0
Número de psiquiatras	3	1	1	1	1
Número de psiquiatras entrevistados	2	0	1	0	0
Número de funcionários (de todas as áreas)	18	10	8	7	10
Turnos de funcionamento	Manhã e tarde	Manhã e tarde	Manhã, tarde e noite	Manhã e tarde	Manhã e tarde
Ano de criação	2001	2005	2005	2009	2006

Definição dos participantes

Em pesquisas qualitativas é imprescindível definir uma amostra, visto que não é possível abordar todos os indivíduos que pertencem ao universo estudado pelo pesquisador por ser de grande número. Em pesquisa de caráter qualitativo, costuma-se utilizar o termo “amostra proposital”, traduzindo que os sujeitos participantes da amostra não são aleatórios, mas escolhidos propositalmente por suas próprias características individuais, que fazem parte do objetivo do estudo. Assim, pode-se investigar o motivo pelo qual o sujeito se comporta de determinada maneira, ampliando a elucidação de ele ter esse comportamento (Minayo, 2012; Turato, 2013)

Em função de ter sido escolhida a totalidade de amostra, essa configurou-se por variedade de tipos. Tal amostragem possui uma peculiaridade, que é a diversidade de características dos sujeitos pesquisados. Isso não significa aleatoriedade, pois há uma característica em comum como cerne da amostra, chamada de homogeneidade fundamental. Então, o tamanho da amostra é variável e definido quando os critérios de seleção forem atendidos. Geralmente, o número de entrevistados oscila entre seis e quinze participantes, não sendo uma regra fixa. Neste estudo o cerne da amostra foi a profissão dos entrevistados, que deveriam ser psicólogos ou psiquiatras para adequar ao objetivo de entender como tais profissionais lidam com um tema específico, delimitado pelas questões de morte e fim de vida (Turato, 2013).

O público alvo da pesquisa foram, então, os profissionais atuantes na rede de saúde mental do município de modo clínico e nas especialidades de psicólogos e psiquiatras. Estes foram escolhidos em função de a atuação clínica que envolve comportamento ser o fator instigante da pesquisa, sendo esta parte da rotina de trabalho deles. Todos os entrevistados fazem parte do quadro de funcionários efetivo da prefeitura, e as instituições pertencem integralmente ao SUS. Do total de vinte e uma pessoas, dez foram entrevistadas. Das demais, seis estavam em afastamento por férias, laudo ou licença; quatro alegaram não ter conseguido tempo para a entrevista até o final do prazo da coleta de dados; e uma não demonstrou interesse na pesquisa, e, apesar de não ter negado, inviabilizou todas as tentativas de contato e abordagem após o convite. Segue abaixo uma tabela ilustrativa de formação e atuação dos entrevistados.

Tabela 2 – Perfil dos entrevistados

	FORMAÇÃO	TEMPO DE FORMADO (ANOS)	TEMPO DE ATUAÇÃO NO MUNICÍPIO (ANOS)	TEMPO DE ATUAÇÃO NO LOCAL (ANOS)
PSI1	Psicólogo	4	20	4
PSI2	Psicólogo	10	5	5
PSI3	Psicólogo	24	14	3
PSI4	Psicólogo	7	1	1
PSI5	Psicólogo	19	15	12
PSI6	Psicólogo	11	6	6
PSI7	Psicólogo	26	19	1
MD1	Médico	31	10	10
MD2	Médico	22	2	2
MD3	Médico	26	19	12

Processo de coleta de dados

O primeiro passo desta etapa da pesquisa foi o encaminhamento do projeto de pesquisa para apreciação do Núcleo de Educação Permanente (NEP) da prefeitura, que é o órgão responsável pela aprovação de projetos que envolvam profissionais ou serviços vinculados a ela. Após aceite (Anexo A), o mesmo projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), instituição da qual o Programa de Pós Graduação em Psicologia faz parte e, conseqüentemente, este trabalho. Com a aprovação do CEP (Anexo B), o processo de coleta de dados foi iniciado.

Os entrevistados foram contatados através das instituições às quais fazem parte, estando os coordenadores informados sobre a pesquisa. A coleta de dados foi feita através de entrevistas individuais, em data e horário previamente definidos, nas instituições alvo da pesquisa. Inicialmente foi exposto o projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C) e logo após foi iniciada a entrevista. Esta, que é o instrumento mais utilizado em pesquisas qualitativas, foi escolhida por proporcionar uma

forma privilegiada de interação social, pois está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na sociedade. Ela é definida como uma conversa com finalidade específica, promovida pelo pesquisador. Tal instrumento é, então, facilitador para abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação. O local da entrevista também traz ao pesquisador importantes dados, visto que privilegia-se o ambiente onde o entrevistado está em seu cotidiano, chamado “ambiente natural”, detalhe que proporciona observar as características do indivíduo tal qual se manifestam cotidianamente (Turato, 2013; Minayo, 2012).

As entrevistas, por sua vez, são denominadas e caracterizadas pela forma de organização. Neste trabalho foram eleitas as entrevistas semiestruturadas propostas por Minayo (2012). Este termo é questionado por Turato (2013), alegando que todas as pesquisas possuem estrutura, seja ela aberta ou fechada. Ele traz, então, o termo semidirigidas, demonstrando que a questão central não é a estrutura da entrevista, mas a forma como ela é conduzida (dirigida). Porém, utilizou-se neste trabalho a palavra semiestruturadas, pois este é um termo consagrado na literatura e amplamente utilizado, ainda segundo o mesmo autor. Este termo, então, exprime que a direção da conversa é dada de forma flexível, onde o entrevistador dita o rumo da entrevista, introduzindo um tópico (eixo) e guiando a entrevista a partir dele. Assim formam-se os eixos norteadores, definindo as entrevistas como semiestruturadas com eixos norteadores, pois são eles que a orientam (Minayo, 2012).

O entrevistado, por sua vez, possui oportunidade maior de fala, podendo trazer à entrevista elementos além dos previstos, que podem auxiliar no entendimento do estudo. Isto permite maior flexibilidade, podendo acontecer um transcurso diferente daquele imaginado anteriormente, como, por exemplo, com o informante falando sobre um tópico do roteiro antes que lhe seja perguntado. Também permite considerar novos tópicos, com o entrevistado verbalizando questões não previstas anteriormente e que podem ser de grande valor para o estudo. Mesmo assim, as posições do pesquisador e entrevistado são assimétricas, visto que é o pesquisador quem escolhe o tema, guia a entrevista e faz com que ela aconteça, permitindo ao entrevistado apenas discorrer sobre o que ele propõe. Os tópicos, chamados eixos norteadores, são utilizados para coletar as informações que contemplarão os objetivos do estudo. Eles servem como um guia para o pesquisador, mantendo-o sob o foco do que pretende pesquisar (Minayo, 2012; Turato, 2013). Assim,

nesta pesquisa, o entrevistado falou de acordo com sua ordem de ideias, guiadas pelo pesquisador através dos eixos norteadores, que foram:

- Atuação em ambulatório;
- Interesse pelo tema;
- Morte e atuação ambulatorial;
- Formas de manifestação da morte nos atendimentos;
- Formação para o assunto;
- Situações relacionadas à morte na experiência profissional;
- Avaliação da estrutura dos Serviços para o tema.

Também foi organizado, de forma complementar, um diário de campo com relatos sobre a abordagem dos entrevistados e as impressões do entrevistador em todo o processo de coleta de dados. Estes foram gravados em áudio, armazenados no computador do pesquisador, e posteriormente transcritos e analisados.

Procedimentos de análise dos dados

A análise de dados é uma etapa de fundamental importância para a pesquisa, visto que os dados obtidos são brutos e necessitam da interpretação do pesquisador para que possuam sentido (Minayo, 2012). Assim, elegeu-se para apurar os dados o método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2010). Esta é a técnica mais utilizada em pesquisas qualitativas, merecendo atenção para apresentar inferências e não apenas descrições (Turato, 2013).

O processo de análise é composto por três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento de resultados com interpretação. Para a análise, todas as entrevistas devem ser sobre o mesmo tema, em indivíduos semelhantes, e terem sido obtidas por forma de coleta de dados idêntica, critérios cumpridos neste estudo.

A análise dos dados só é iniciada após a transcrição dos dados colhidos. A *pré-análise*, primeira fase do processo, tem como objetivo a organização das informações, operacionalizando e sistematizando as ideias. Para isso, é feita uma primeira leitura para apropriação do material a ser analisado. Após, inicia-se a segunda fase, chamada de *exploração do material*, onde as entrevistas passam primeiramente por *leituras flutuantes*. Estas consistem em ler o conteúdo das entrevistas várias vezes, permitindo-se utilizar-se das impressões e observações advindas desta leitura (Bardin, 2010). O termo *leituras*

flutuantes é utilizado por fazer analogia ao trabalho do psicanalista, que utiliza a chamada *atenção flutuante* em seu trabalho de análise (Turato, 2013). A atenção flutuante, por sua vez, baseia-se em suspender o foco da atenção, permitindo que todo material que se possui contato seja absorvido de igual forma pelo analista, que abre mão de preconceitos, tendências de interpretação e pensamentos automáticos. O objetivo de tal tarefa é conservar em memória vários elementos que passam a fazer sentido a partir do confronto com outros elementos de igual origem, que aparecem ao longo da fala do analisado (Laplanche, 2001). Assim, no processo de análise as hipóteses vão surgindo das leituras flutuantes a partir da projeção da teoria, adquirida após pesquisa e estudo da literatura da área. É essa teoria que embasa a pesquisa e o material analisado (Bardin, 2010).

Após, segue-se a fase de *formulação de hipóteses* através dessa leitura. Nela os dados vão sendo *categorizados*, tarefa que compreende isolar os elementos importantes que surgiram da leitura flutuante e agrupá-los em igual classe de ideias a fim de impor organização às mensagens. Nesta etapa, devem ser seguidos dois critérios principais: *repetição* e *relevância*. O primeiro consiste em destacar o que os discursos possuem em comum e as colocações reincidentes. Já o segundo consiste em dar destaque a uma fala sem que necessariamente haja repetição dela nos outros discursos, pois ela traz a importância de encaminhar a discussão a um pressuposto interessante do conteúdo. Deve-se destacar que uma boa categorização compreende obter categorias em que os resultados não sejam repetidos em outros tópicos, sejam homogêneos, pertinentes, objetivos e fidedignos. No final da análise, muitos dados da entrevista não serão considerados por não apresentarem relevância ou possibilidade de discussão. Isso, no entanto, é esperado nas pesquisas qualitativas em função da grande quantidade e diversidade de informações obtidas pela entrevista, e não oferece prejuízo na análise (Bardin, 2010; Turato, 2013).

Esta etapa a organização dos dados pode ser facilitada por subcategorias. Estas consistem em destacar, dentro de uma categoria, ideias importantes que estejam ligadas ao grande tópico e apresentam vinculação direta com o assunto que dele decorre. As subcategorias mostram-se importantes à medida que se percebe a categoria como diversificada em relação a seus conteúdos. Há, no entanto, a ressalva de limitar a subcategorização pelas ideias mais relevantes, pois corre-se o risco de recheiar o tópico com excesso de ideias, pondo em risco a clareza do texto e defesa dos resultados encontrados (Torres, 2003).

Aspectos Éticos da Pesquisa

Este item traz as preocupações com as questões que envolvem a relação entre seres humanos em uma pesquisa e os cuidados necessários para a integridade deles. Tais inquietações estiveram presentes em todas as etapas da pesquisa, merecendo atenção diferenciada, em cada uma delas, de acordo suas especificidades. Ressalta-se que o presente trabalho traz uma pesquisa com seres humanos, e não *em seres humanos*. A sutil diferença do termo é, em sentido, abismal. A pesquisa em seres humanos é totalmente controlada pelo pesquisador, que define seu objetivo e a realiza nos sujeitos de pesquisa. A pesquisa com seres humanos, por sua vez, é fruto de interação entre seres humanos, e depende de ambos para acontecer – pesquisador e pesquisado. Neste tipo de pesquisa têm-se mais informações e riqueza de detalhes, porém o pesquisador está sujeito a mais imprevistos e problemas no decorrer da pesquisa (Guerriero, Schmidt, & Zicker, 2008). O presente estudo, portanto, categoriza-se como “pesquisa com seres humanos”.

Para chegar à conclusão do que se espera de ética em pesquisa com seres humanos, foi-se à procura de referências teóricas e práticas que balizam tais exercícios. Então, encontrou-se a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2012) que regulamenta as condições da pesquisa que envolvem serem humanos, considerando a ética, a preservação da identidade dos participantes e não oferecendo riscos ou percas para esses. Também foi levado em consideração a Resolução 010/2012 do Conselho Federal de Psicologia, órgão máximo de regulação da profissão no país. Esta resolução dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos e seus cuidados (Conselho Federal de Psicologia, 2012). Então, entende-se aqui como ética em pesquisa com seres humanos as questões que envolvem seriedade, competência e boa relação entre pesquisador e pesquisado, todos a fim de manter este último mais distante possível de riscos e percas acontecidas em função da pesquisa (Guerriero, Schmidt, & Zicker, 2008).

As instituições, e todos os gestores envolvidos de alguma forma com elas, foram informados e consultados sobre a pesquisa, estando cientes da presença da mestrandia nesses locais e das entrevistas que iriam acontecer. No início da entrevista foi lido e examinado, junto com o entrevistado, o termo de consentimento livre e esclarecido, ficando uma cópia deste com o participante e outra com o entrevistador, com a assinatura deste e do sujeito entrevistado que autoriza sua participação no estudo. Juntamente ao

termo, foram esclarecidos o tema do estudo e suas implicações, bem como seus direitos enquanto sujeito de pesquisa. Também foi informado aos entrevistados sobre a possibilidade da desistência em participar da pesquisa em qualquer etapa do estudo, sem que isso lhe represente qualquer perda ou prejuízo. A pesquisa iniciou após a aprovação do Comitê de Ética da UFSM, que tem o certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) número 11664512.0.0000.5346.

Após obter consentimento do entrevistado, as entrevistas foram realizadas e gravadas em áudio com posterior transcrição e análise. Nesta etapa, os nomes dos entrevistados foram substituídos por códigos identificadores. Os Psicólogos foram denominados com a sigla “Psi” seguida pelo número de ordem da entrevista, organizando-se, assim, como Psi1, Psi2, Psi3, Psi4, Psi5, Psi6 e Psi7. Já os médicos psiquiatras foram chamados pela sigla Md, também seguida pelo número de ordem da entrevista, organizando-se como Md1, Md2 e Md3.

Conforme detalhado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) e no Termo de Confidencialidade (Anexo D), assegurou-se a todos os participantes o sigilo com relação à sua identidade, garantindo, portanto, a privacidade. Não foram oferecidos benefícios diretos aos entrevistados. Porém, entende-se que os participantes podem apreciar o benefício de serem pessoas que fornecerão dados relevantes para a efetivação do presente estudo, colaborando para uma nova construção do conhecimento e da ciência.

Ainda que toda entrevista implique um risco para o participante, considera-se que ao se utilizar como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada e clínico-qualitativa, se está oferecendo, ao sujeito da pesquisa, um ambiente de fala que ao possibilitar a descarga de sentimentos angustiantes produz efeito psicoterápico de alívio, mesmo essa fala sendo realizada em entrevista e não em ambiente de psicoterapia (Turato, 2013). Puderam ser observadas situações como estas, ditas de forma clara como uma “oportunidade única” para pensar em assuntos que ficam em plano secundário na rotina de trabalho diário. Então, entende-se que a pesquisa também pôde proporcionar benefícios secundários aos entrevistados. Contudo, estava previsto que, caso o momento gerasse alguma situação desagradável ao entrevistado, a equipe de pesquisa se comprometeria a realizar entrevistas operativas ou encaminhar o sujeito para atendimento psicológico a fim de deixá-lo tão estável quanto no início da entrevista. Felizmente, não foi necessário utilizar este recurso.

ARTIGO 1

POSSIBILIDADES DE ENFRENTAMENTO DA MORTE EM CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS E PSICOLÓGICAS

Formatado de acordo com as normas da Revista Psicologia Saúde e Doença, a qual
será submetido após a defesa.

Possibilidades de enfrentamento da morte em clínicas psiquiátricas e psicológicas

Resumo

Diante das mudanças sociais de aceitação social e da participação comunitária no processo de morrer e com o objetivo de entender a presença da morte nas clínicas de psicologia e psiquiatria e como esses profissionais lidam com o tema, foi feita uma pesquisa com tais especialistas atuantes em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, cujos resultados são apresentados neste artigo. Para alcançar tal objetivo, foram feitas entrevistas semiestruturadas com eixos norteadores, interpretadas por análise de conteúdo. Os resultados obtidos destacam as diferentes formas de apresentação da morte na clínica. Foram encontrados cinco tipos principais, sendo eles: luto pela perda de algum ente querido; complicações do luto, que pode levar ao desenvolvimento de patologias psiquiátricas; preparação para uma morte iminente em função de doença ou velhice; ideias suicidas e “mortes em vida”, experimentadas pela perda de subjetividade. Com isso, pôde-se concluir que há uma grande necessidade de preparo para enfrentamento dessas situações no cotidiano clínico que, embora não seja predominante, a incidência de tais assuntos é constante.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, Psiquiatria, Tanatologia.

Possibilities of facing death in psychiatric and psychological clinics

Abstract

Before social changes of acceptance and community participation in the dying process and in order to understand the presence of death in clinical psychology and psychiatry and how these professionals deal with it, a research was done with such experts acting in a city the interior of Rio Grande do Sul, whose results are exposed in this article. To achieve this objective, semi-structured interviews were conducted with guiding principles, interpreted by content analysis. The results highlight the different forms of the death at the clinic. Five main types were identified, namely: grief; complications of grief; preparation for imminent death due to illness or old age; suicidal ideation; and "life in death", that is the experienced the loss of human subjectivity. Thus, it was concluded that there is necessity for preparation for coping with these situations in which the clinical routine, although not prevalent, the incidence of such matters is constant.

Key-words: Health Psychology, Psychiatry, Thanatology.

Introdução

Falar sobre morte nunca foi um assunto fácil. As formas de lidar com este tema, no entanto, sofreram modificações ao longo dos séculos. Antes da Idade Média, a sociedade ocidental organizava-se de tal forma que todos viviam com consciência na finitude e, de certa forma, aceitando-a. O processo de morrer, quando natural, era vivido em casa, junto com a família e amigos, pois a sociedade organizava-se em torno do viver coletivo (Ariès, 1977). Em contrapartida, a vida basicamente rural e as guerras que se desenvolveram durante os séculos medievais tornavam a expectativa de vida menor e a exposição a perigos maior. A morte atormentava pelas crueldades que poderiam vir juntas a ela. No entanto, a qualidade dos séculos passados no que concerne ao enfrentamento da morte parece ser o grande apoio social ao moribundo e às famílias enlutadas. Existia, assim, um suporte afetivo para que o luto acontecesse de forma natural e o final da vida oferecesse oportunidade de encerrar o que foi desenvolvido durante ela (Elias, 2001).

Junto com as mudanças sociais, o local da morte foi se transformando, passando do lar para instituições. Isso fez com que o sofrimento físico do processo de morrer diminuísse, visto que se obtinha mais acesso a recursos de tratamento e diminuição de sofrimento por dor e desconforto próprios de adoecimentos, podendo-se morrer de forma silenciosa e higiênica. Com a consolidação dos hospitais como locais que recebem pessoas em processo de morte, esta torna-se distante e controlável aos olhos da sociedade. Em contrapartida, há menor participação social no processo de morrer, criando condições propícias à solidão neste momento. O moribundo ficava por vezes isolado, sem oportunidade de despedidas, amparo social e familiar. Morrer, antigamente, era uma questão pública, hoje transformada num ato privado e solitário. O indivíduo morre como paciente, e não mais como membro de uma família. Contudo, esta tentativa de encobrir a morte inevitavelmente fracassa; a perda de um indivíduo afeta toda comunidade, pois

todos eles tem um papel a cumprir, por menor que seja. (Azeredo, Rocha, & Carvalho, 2011; Elias, 2001; Freire, 2006).

O que mudou durante os séculos, então, não foi o processo de morrer, mas a forma como o encaramos (Kübler-Ross, 2008). Afinal, faz parte da própria condição humana a presença de semelhantes no início e final da vida. Ou seja, o ser humano não tem condições de nascer nem de morrer sozinho, sem iguais que o auxiliem neste processo (Oliveira, Santos, & Mastropietro, 2010). Porém a sociedade atual acredita ser mais fácil desconhecer e negar a morte do que encará-la e enfrentá-la. Negando-a, tenta-se evitar entrar em contato com a experiência de finitude, permitindo viver a ilusão de imortalidade. Assim, cria-se a ilusão de que o final da vida é anunciado, geralmente por doença ou velhice. Para poder haver planos e projetos de futuro, cria-se uma ilusão de imortalidade para esconder a fragilidade interna que remete à finitude e à vulnerabilidade humana (Kovács, 2010).

Por sua vez, os ritos de passagem, que foram criados para auxiliar na compreensão dos sentimentos envolvidos no processo de luto, estão em processo de extinção. Durante séculos eles demonstraram-se de grande importância para a elaboração do luto, pois facilitavam a exteriorização dos sentimentos, exercendo uma função terapêutica no processo de luto. Hoje, apesar de boa parte deles ainda estarem presentes, são discretos e as pessoas são proibidas de exibir grandes emoções (Elias, 2001; Freire, 2006). Assim sendo, hoje nossa sociedade organiza-se de tal forma que a morte passa a ser a maior desgraça para o homem (Chiavenato, 1998). Situados em termos históricos, conseguimos entender a forma como nossa sociedade tem tratado deste assunto, que é inevitável a todos. E, por ser assunto cotidiano, não poderia ser diferente em clínicas e atendimentos de psicólogos e psiquiatras, já que estes são profissionais que atuam em todas as etapas da vida. Dessa forma, este artigo visa trazer os resultados de uma pesquisa feita com esses

profissionais a respeito de como é lidar com assuntos relativos à morte no cotidiano de seu trabalho. Percebeu-se a necessidade desta pesquisa por ter sido encontrada escassa literatura acerca do tema, contrariando a necessidade de estudos que auxiliem essa necessidade corriqueira de psicólogos e psiquiatras clínicos.

Metodologia

Este artigo é fruto de uma pesquisa, de caráter exploratório e transversal (Gil, 2010), acerca da percepção dos profissionais de psicologia e psiquiatria sobre presença da morte no trabalho clínico. Para tanto, foi empregado o método clínico qualitativo (Turato, 2003) e, para coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semidirigidas com eixos norteadores (Minayo, 2012), sendo eles: atuação em ambulatório; interesse pelo tema ‘morte’; morte e atuação ambulatorial; formas de manifestação da morte nos atendimentos; formação para o assunto; situações relacionadas à morte na experiência profissional; avaliação da estrutura dos serviços para o tema. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para proceder à análise de dados. Os resultados encontrados foram interpretados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2010). Neste método, a análise é dividida em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento de resultados com interpretação. O objetivo da primeira etapa é a familiarização com a entrevista, que já deve estar transcrita. É feita uma primeira leitura para apropriação do conteúdo. Em seguida, inicia-se a exploração do material, onde são feitas leituras flutuantes. Estas consistem em ler o conteúdo das entrevistas várias vezes, permitindo-se utilizar-se das impressões e observações advindas desta leitura. Assim, as hipóteses vão surgindo com a leitura flutuante projetada da teoria que embasa a pesquisa, adquirida previamente com estudo sobre o tema. Com isso, segue a fase de tratamento de resultados, onde os dados vão sendo categorizados. Isso compreende isolar os elementos importantes que surgiram da leitura flutuante e agrupá-los em igual classe de ideias a fim

de impor organização às mensagens. Nesta etapa, devem ser seguidos dois critérios principais: *repetição* e *relevância*. O primeiro consiste em destacar o que os discursos possuem em comum e as colocações recorrentes. Já o segundo consiste em dar destaque a uma fala sem que necessariamente haja repetição dela nos outros discursos, pois ela traz a importância de encaminhar a discussão a um pressuposto interessante do conteúdo.

O público alvo da pesquisa foram os psicólogos e psiquiatras atuantes a nível clínico e vinculados profissionalmente à rede de saúde básica de um município do interior do Rio Grande do Sul. No total, havia cinco instituições que abrigavam os profissionais de nosso interesse, sendo um Ambulatório de Saúde Mental e quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas modalidades de álcool e outras drogas, sofrimento psíquico intenso e infantil.

Dos quinze profissionais habilitados para a pesquisa, conseguiu-se entrevistar dez, sendo sete psicólogos e três psiquiatras. Os demais profissionais, sendo três deles psicólogos e dois psiquiatras, foram procurados por diversas vezes, mas alegaram falta de tempo para a entrevista. Até o final do prazo de coleta de dados não foi possível adequar seus horários para conceder a entrevista, ficando eles, então, fora da pesquisa. Infelizmente não conseguiu-se obter representantes de todas as instituições, ficando duas delas ausentes nessa pesquisa em função de dificuldades de contatar os profissionais nelas atuantes no tempo reservado para a coleta de dados. Esse silêncio faz pensar que talvez possa ter havido uma resistência desses profissionais em relação ao tema da pesquisa. Isso porque, como já visto, é um tema que provoca angústias e resistências em função de sua complexidade.

Todas as entrevistas foram feitas no ambiente de trabalho dos entrevistados e com prévio contato e agendamento. Para preservar a identidade dos participantes, os dados identificatórios foram suprimidos e a identificação restringe-se às letras “Psi” para

psicólogos e “Md” para médicos psiquiatras, seguida de número ordinário. Então, os entrevistados são denominados da seguinte maneira: Psi1; Psi2; Psi3; Psi4; Psi5; Psi6; Psi7; Md1; Md2; Md3.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM com o número 11664512.0.0000.5346. Em todas as fases da pesquisa foram considerados os preceitos da Resolução 466/12 (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2012) que regulamenta as pesquisa que envolvem serem humanos e Resolução 010/2012 (Conselho Federal de Psicologia, 2012).

Resultados e discussão

Neste espaço será apresentada a categorização das formas como esses profissionais, através de suas falas, identificam se deparar com a morte no cotidiano de sua atuação clínica. As cinco categorias identificadas são constituídas por cinco tipos de contato com a morte, descritas na sequência.

A perda de algum ente querido e o processo de luto

A espécie humana é a única a possuir consciência da sua própria morte Esta consciência é uma das maiores conquistas evolutivas do ser humano, traduzindo uma espécie de revolta contra a morte. Porém, mesmo tendo essa consciência, a nossa própria morte é impossível de ser experienciada, a não ser em nível de fantasia, que foge do real. Afinal, no nosso inconsciente, não há espaço para a morte. Então, a nível inconsciente, todos acreditamos ser imortais (Freud, 1915; Kübler-Ross, 2008; Rodrigues, 2011). Assim, a forma mais próxima que se consegue chegar da morte é a experiência do luto. Entretanto, nossa sociedade atual vive em tamanho temor da morte que todos os afetos relativos a ela devem ser controlados. Por isso, os enlutados são proibidos de demonstrar qualquer sentimento que possa “contaminar” o bom funcionamento da sociedade com a presença do sofrimento da morte. Dessa forma, estar enlutado, hoje, significa estar

inadequado socialmente, podendo ser colocado à margem da sociedade para evitar o descontrole desta (Brêtas, Oliveira, & Yamaguti, 2006; Freire, 2006). Podemos entender esse processo no trecho abaixo transcrito de Milena Freire:

A dor grita nos enlutados. Mas dentro deles. O social faz sua economia de gestos e sentimentos. E põe-se surdo diante do sofrimento daquele que sofre uma perda. Esta dor transforma-se em algo inaudível, e por isso mesmo indizível. Para não sofrer mais (?) diante da inadequação de seu sofrimento num âmbito mais amplo, o enlutado cala e põe-se mudo (Freire, 2006, p. 30).

Nesse sentido, negação e repressão ligadas à perda e à dor são fatores que podem complicar o processo de luto, ainda mais se ligado a uma cultura que prega o controle e não manifestação de sentimentos. Portanto, sabe-se que não é a pessoa enlutada a única responsável pelos complicadores de seu luto, mas também a organização social em que vive (Kovács, 2008; Medeiros & Lustosa, 2011). O luto, também, é um processo familiar, em que todos os indivíduos estão implicados e auxiliam ou dificultam de alguma maneira esta demanda (Brown, 1995). Percebe-se, assim, a necessidade de respeitar o processo em que a pessoa se encontra, juntamente com suas reações e apoios:

E aí a gente vai ter que analisar em que momento do luto tá também aquela família (...) Se ainda tá no momento de revolta, se tá no momento de aceitação, se eles já procuraram outros tipos de apoio ou não né, por exemplo igreja, ou por exemplo medicação, ou, né... (Psi5)

É interessante a ressalva da adequação das formas de apoios ao momento do luto. A igreja, citada nessa fala, representa a busca pelo apoio social. Assim, este entrevistado entende que mesmo que haja um bom acompanhamento através de profissionais psicólogos ou psiquiatras, as manifestações de apoio vindas do núcleo familiar e da rede social é de extrema importância. Estas manifestações complementam o trabalho do

profissional e contribuem para a elaboração do luto: *“Um amigo, um familiar, no sentido de dá apoio, de ‘vamos adiante, a gente vai superar, com o tempo isso passa...’ Esses são manifestações importantes, fundamentais, de apoio (...) dos familiares, das pessoas próximas (Psi7)”*.

Assim, entende-se o papel singular das pessoas próximas ao enlutado nas demonstrações de afeto necessárias para a reorganização da pessoa. Então, o luto gera sentimentos diversos, que podem ou não ser superados por si, mas não há dúvidas de que ter profissionais e familiares próximos ao enlutado facilita esse processo. Isso nos traz a conclusão de que, além de o processo de luto ser individual, ele passa por diferentes fases, com diferentes sentimentos e expressões deles. É, também, importante ressaltar o uso da expressão de luto na família, e não apenas no indivíduo, demonstrando que tal processo não pode ser desvinculado: *“até porque tem um tabu na família de falar sobre isso, e elas também... hã, acabam assimilando sem querer esse tabu, como se não pudesse falar disso... (Psi5)”*. Nesta fala é interessante a colocação do tabu familiar, onde o luto acaba por ser dificultado a todos que compõem a família enlutada, ou até mesmo o apoio familiar de alguém em luto por uma perda extrafamiliar. Assim, concluímos que o apoio e compreensão do núcleo familiar acabam se demonstrando um fator importante, para esses profissionais, na elaboração de processos de luto. Outro entrevistado traz um novo elemento familiar, acrescentando que as relações não se perdem em um afastamento:

Eles não tinham vínculo com a família, porque eles já são pessoas, é, que... a maioria deles já, hã, sabe? Largou a família, ou a família abandonou. Eles não têm aquele convívio com a família, mas quando perde, dá aquele sofrimento. (...) e um deles inclusive (...) nunca tinha relatado da mãe. E a mãe faleceu, ele ficou sabendo... não sei quando tempo, mais de semana depois, e ele ficou mal, ele veio e... com um sofrimento bem, bem acentuado, e uma pessoa que ele não convivia,

que ele não via... Fazia mais de cinco anos que ele não via a mãe, e aquele estado de sofrimento (Psi4).

Assim, a qualidade dos laços determina o auxílio ou não da família nesse processo, assim como a manutenção da organização familiar ou sua desestruturação com uma perda (Kovács, 2008). Entretanto, uma importante intervenção cultural atual é o uso de medicações para controlar o sofrimento e, assim, minimizar suas expressões: “*As pessoas acabam talvez indo mais pra psiquiatria, partindo pra uma medicalização que acham que acaba resolvendo... (Psi1)*”. E, também,

[os pacientes] solicitam o uso de medicação pra tentar acelerar , hã, enfim, esse processo (...) a gente avalia se isso é pertinente ou não, em alguns casos é, porque a angústia é tamanha que impede qualquer outra coisa, e a terapia, ou seja, o trabalho com o simbólico, com a palavra, todo o suporte social que ela tem de amigos, de familiares, de... lembranças, também não dá conta e a angústia é muito grande, tu entende que sim. Outras vezes a gente acha que não (Psi7).

Essa nova prática reflete a negação da morte, mencionada no início deste capítulo, juntamente com a necessidade de controle social do sofrimento gerado por ela. Também percebemos, pela fala, que, por sorte, nem todos os profissionais concordam com tal prática, sabendo que é apenas um cuidado paliativo. A dor e confusão gerada por uma perda, por mais difícil que seja, necessita ser tratada e elaborada para então termos uma efetiva superação. Caso contrário, corre-se o risco de esbarrar em complicações do luto, que serão desenvolvidas no próximo tópico.

A diferenciação da causa da morte também tem influência direta na aceitação e elaboração do luto. Para explicar isso, (Rodrigues, 2011) brinca com os ditados populares de “morte morrida” e “morte matada” (p. 26). A “morte morrida” significa que o sujeito chegou ao final de sua existência, e que não é necessário procurar culpados para a sua

morte – ela simplesmente aconteceu por ser a hora certa. É assim, pois a morte, de forma geral, é tida como natural apenas na velhice, após plena realização do sujeito durante sua história. Por outro lado, a “morte matada” segue da pergunta “morreu de quê?”, associando-a a algum evento não natural. Isso porque a morte ocorrida em qualquer momento de vida, que não seja a velhice, é entendida como fora de sincronia com os acontecimentos de uma vida normal (Brown, 1995; Kovács, 2008; Rodrigues, 2011). Notamos essa ideia muito marcada nas entrevistas, representadas pelas falas a seguir,

Que é diferente, é uma morte planejada parece, não é planejada entende, mas é uma morte mais esperada. O ano passado, aconteceu uma morte trágica de um paciente aqui do CAPS... Eu digo trágica porque realmente não era para ter acontecido, assim (...) realmente não era para o marido dela morrer sabe, não... era um surto psicótico assim, não tinha porquê, não era, ele não tinha problema nenhum de saúde, hã, física né. (...) Só que é uma questão da morte diferente (...) pacientes terminais estão ali, estão acamados há quanto tempo, né (Psi6).

Nessa fala, é interessante notar o exemplo trazido, que demonstra o desejo humano em manter o controle da morte – não era para ter morrido pois não tinha problemas de saúde. E, por essa morte não ter sido autorizada, é de difícil aceitação e denominada ‘trágica’. Então, podemos concluir que, para um processo de luto, poder preparar-se é uma forma de conforto por dar a ilusão de controle da morte. Assim ouvimos de outro entrevistado: “*Essa morte mais de velhice, eu acho que elas são mais fáceis de serem assimiladas (Psi7)*”.

Um diálogo em uma entrevista, relatado na sequencia, chamou a atenção na mudança de sentido do fim de vida do próprio profissional. Nele, o entrevistado aparenta estar percebendo a velhice como próxima a perdas pois ele está vivenciando essa questão. Ele relata que hoje ‘aparecem’ mais tais assuntos, pois ele também se vê na proximidade

com perdas, sejam elas vivenciadas por si ou observadas nos pacientes. É como se fosse natural enfrentar diversas perdas na velhice, tornando os sujeitos menos vívidos pois necessitam se preparar para o seu próprio fim, como se percebe no seguinte trecho, onde o entrevistado refere que tem pacientes mais antigos e que em função disso está vivenciando, no seu trabalho, situações onde os pacientes tem um contato mais frequente com situações de morte. Ao ser questionado sobre o motivo, ele responde:

Porque nós estamos ficando mais velhos. Eles e eu. Estamos lá há mais tempo (...) à medida que vai envelhecendo, existe uma proximidade maior. É natural. Se torna mais fácil de acontecer, de lidar com isso, de lidar com as perdas... (Md3).

Assim, parece que, por mais que se apresentem perdas e seus consequentes sofrimentos ao longo da trajetória profissional de psicólogos e psiquiatras, para alguns desses especialistas o assunto passa a ter sentido somente no momento em que esse profissional se depara com tal sentimento em si mesmo. Percebe-se difícil haver essa trajetória sem se deparar com perdas, pois elas fazem parte do dia a dia desses especialistas (Kovács, 2010). Porém, talvez elas não sejam vistas por não fazerem parte do universo de significado de alguns dos profissionais. Então, com o passar dos anos e o contato com a própria velhice, os medos passam a ser reais e sentidos por si, não pelos outros, e então ganham o mesmo significado e importância.

Também, impedindo a manifestação de sofrimentos decorrentes de sua proximidade ou de luto, mantemos essa falsa ilusão. Entretanto, podemos perceber pelos desajustes e sintomas que tal escudo não está sendo suficiente, pois só faz aumentar o sofrimento de enlutados. Na sequência, desenvolveremos as consequências de um luto mal elaborado, os quais demonstram que tais resistências, além de frágeis, podem gerar problemas e angústias ainda maiores.

“No meio do caminho havia uma pedra...” – Complicações do processo de luto.

Não há padrões para definir se o processo de luto está correndo bem ou está sendo um luto complicado – que é o luto que não está sendo elaborado adequadamente, gerando mais sofrimento e prejuízo psíquico do que deveria. O desenrolar de um luto depende da personalidade de quem está sofrendo o processo, seu otimismo ou pessimismo diante de questões de vida e morte, meio sociocultural em que vive e se possui alguma patologia psiquiátrica que impeça que aconteça o processo de luto. Os avanços médicos, fatores culturais e lutos vivenciados durante o desenvolvimento, também contribuem significativamente para a elaboração do luto. No entanto, mesmo o luto considerado normal, é doloroso e exige grande esforço, individual, familiar e social, para adaptar as novas condições de vida dadas por ele (Hohendorff & Melo, 2009; Kovács, 2008; Medeiros & Lustosa, 2011; Rodrigues, 2011).

Na esfera clínica, o luto mal elaborado é preocupante, pois há um predomínio de objetos introjetados persecutórios. Isso pode chegar a quadros melancólicos e depressivos, podendo tornar os indivíduos enlutados psiquicamente mortos, tamanha é a identificação com o objeto que está morto. Como evidência da epidemia de lutos mal elaborados, (Cassorla, 2010) traz a grande incidência de depressões melancólicas, tantas mortes “naturais” acontecidas logo após a perda de uma pessoa querida, e tantas somatizações depressivas ou psicóticas geradas pela dificuldade de simbolização do objeto interno. Ou, em outras palavras:

Um sofrimento que é inevitável, que do meu ponto de vista é preciso... que a gente passe por ele né, que a gente tenha essa, essa trajetória. E é um outro tipo de sofrimento, que deixa a pessoa... ah... numa situação de angústia, que ela não permite a elaboração, que é uma angústia que paralisa, que é uma angústia que

tende a se cronificar no sentido de... não... É tão intensa que ela impede que a pessoa busque, é, recursos simbólicos assim, pra poder resolver (Psi7).

Assim, parece que o fator complicador deste processo é a presença constante da angústia. Dessa forma, apesar de levar várias denominações - luto complicado, luto traumático, luto anormal, desordem de luto prolongado – há um fenômeno, de consenso entre diversos autores, que faz com que o processo de luto seja interrompido, causando desordens que prejudicam o indivíduo (Manfrinato, 2011). Em geral, os sintomas de um luto complicado são os mesmos de um luto considerado normal, apenas variando em intensidade e duração, a ponto de impossibilitar a evolução para a elaboração do mesmo (Alves, 2008). Porém, apesar de bastante comum, nem sempre percebemos o luto como complicado. Por isso, ele parece passar despercebido, muitas vezes na ilusão de que é necessário apenas deixar passar o tempo para ele se resolver. De fato, qualquer forma de impedir a dor do luto abre caminho para que ele não se finalize (Melo, 2004). Entende-se melhor tal questão no seguinte exemplo trazido por um entrevistado:

Eu trabalho com um grupo aqui de mulheres depressivas, e umas 4 ou 5 das 7, 8 que estão no grupo tiveram perdas de mãe, todas foram mãe, assim, quando tinham 10, 12 anos, e elas têm uns 40 anos, e a coisa que mais ainda as comove, mais ainda faz chorar é que elas não aceitam ter ficado tão cedo sem a mãe (Psi7).

Aqui percebe-se as complicações que surgem em comorbidade com o luto. Neste exemplo, a perda da mãe desencadeou uma série de outras perdas que impediram a boa elaboração do luto, a ponto de manter sintomas e sofrimentos por décadas. Nesse sentido, não é possível prever o tempo que levará o processo de luto, mas, se for necessário prever uma média, ela ficaria entre um e dois anos (Melo, 2004). Assim, as pessoas do exemplo já ultrapassaram o que seria necessário. O que há de mais perigoso nesse caso, então, não

é o tempo, mas as marcas que ficaram no desenrolar da vida dessas pessoas em função de a perda ter acontecido em um estágio de desenvolvimento ainda muito precoce.

Assim, quando o sujeito não encontra um espaço que o abrigue, muitas vezes ele precisa reforçar o caráter patológico para poder encontrar essa atenção. A patologia e seu reforço não precisariam acontecer caso fossem acolhidos em suas dores. Assim, por vezes encontra-se muitas pessoas buscando ajuda por apresentar sintomas depressivos e ansiosos, por exemplo, quando na verdade precisam é falar sobre o luto que estão vivenciando para poder elaborá-lo:

E depressão já tem um caráter mais, assim, entre aspas patológico. E o luto não né, pode ser uma coisa normal ou que se torne patológico, então talvez as pessoas queiram frisar que elas estão doentes, então dizem depressão (risos) (Psi5).

Assim, estabelece-se um processo de vitimização como única forma de encontrar o apoio e atenção necessários. A procura por ajuda em questões relacionadas à morte, então, dificilmente acontecem de forma direta. Chega-se ao especialista buscando ajuda a alguma disfunção ou problema, como medo, ansiedade e sintomas depressivos. Com o passar das sessões terapêuticas a raiz dos problemas vai aparecendo, e aos poucos vai se conseguindo desembaralhar o luto e livrar o paciente de seus efeitos indesejados. Assim, é necessário que o profissional psi esteja preparado para lidar com essas questões a fim de promover aos sujeitos atendidos uma efetiva escuta e melhora no que tange a essas questões (Brown, 1995).

Perdas inevitáveis, preparação e sofrimento – deparando-se com doenças terminais e velhice.

Trabalhar com pessoas próximas à morte é, sem dúvida, uma difícil tarefa, pois coloca o profissional em contato com sua própria finitude. Em função disso, muitos fogem do contato com pessoas com doenças terminais por não suportarem o medo de sua própria

morte. Além disso, profissionais de saúde são formados com uma ilusão de onipotência diante da morte, como se eles fossem figuras semelhantes a ‘deuses’, com o poder de manter a vida e combater a morte. Então, ter um paciente à beira da morte significa a esses profissionais que eles não estão cumprindo com esse papel, gerando frustração pelo sentimento de impotência diante da morte (Pressato-Araújo & Biagolini, 2010). Assim, temos doença e velhice como formas simbólicas da morte (Oliveira, 2001). Este medo da proximidade da morte esteve presente nas entrevistas: “*Mas a gente trabalha com esse adoecimento, então tu trabalha com a possibilidade de, a todo momento, nesses pacientes, mais cronificados e tudo o mais (Psi4)*”. E também com outro entrevistado: “*Em uma doença tem uma possibilidade, um risco... um medo, que pode acontecer ou não. Mas tem que se preparar... (Psi2)*”. Contudo, é importante salientar que aqui não se fala da morte física, mas da presença dela e, principalmente, da possibilidade que ela aconteça logo.

Também, salienta-se que se trata de aspectos psicológicos, e não orgânicos, deste estágio de vida. Isso, entretanto, não diminui a tensão que essa condição de doença gera. Percebe-se nessa fala que não há a possibilidade de negação, pois o risco encontra-se ‘a todo momento’. Para psicólogos e psiquiatras não há, pois, a possibilidade de salvar a vida do adoentado, como acontece no cotidiano médico de um hospital.

Então, as mortes que possibilitam ‘avisos’ aparentam permitir maior preparação, resultando em uma facilidade às pessoas próximas para elaborar o luto do ente querido perdido: “*essa morte mais de velhice, eu acho que elas são mais fáceis de serem assimiladas (Psi7)*”. Segundo Rodrigues (2011), isso se deve ao fato de a morte ser o final da vida e estar, portanto, associada à finalização dos planos. A morte por doença ou velhice é considerada natural na medida em que ambos só poderiam evoluir a ela. Em pessoas jovens, porém, a morte é vista como uma interrupção dos planos de vida, sendo, portanto, indesejada. Então, a morte não é reconhecida como parte integrante do

desenvolvimento humano, mas como algo que vem de fora (Freire, 2006). E isso, sem dúvidas, vem acompanhado do medo em função do inevitável, mas inesperado.

Então, essa parte encerra-se com o pensamento de Oliveira, Santos, & Mastropietro (2010), que trazem a necessidade que sujeitos próximos à morte têm de serem ouvidos em seus medos, metáforas e angústias. Porém, eles encontram poucas pessoas dispostas a ouvi-los sem julgamento ou negação de seus sentimentos. Em contrapartida, eles concluem que o profissional que se dispõe a essa ‘difícil tarefa’ acaba por ganhar uma experiência única de humanidade e aprendizado, que pode inclusive auxiliá-lo com seus próprios medos em relação à morte.

O desejo de morte e a tentativa de controle – ideias suicidas

O suicídio é descrito tanto pela literatura acadêmica quanto pelos entrevistados como a forma mais complicada de lidar com a morte. Isso porque ele mexe com o medo da morte e também muitas fantasias inconscientes, sendo uma mistura de fatores que contribuem para a manifestação de um desejo ainda não compreendido ou explicado. Ele é, ainda, um grande desafio para profissionais que se deparam com eles e pesquisadores que tentam entendê-lo (Botega *et al*, 2009; Cassorla, 2004; Werlang, 2012). E, infelizmente, ideias e tentativas suicidas sempre estão presentes em serviços de saúde mental, mesmo que em números esporádicos: “*Aqui tem muita ideiação suicida, e isso surge muito frequente. E a gente tem que dar conta, tem que trabalhar isso. Enquanto eu estou aqui não aconteceu nenhum caso, mas já tem histórico de ter acontecido (Psi2)*”.

Deve-se salientar que o suicídio traduz um sofrimento intenso, que o sujeito percebe como insuportável ou insuperável. Por isso, todo desejo suicida é ambivalente, pois o sujeito deseja livrar-se desse sofrimento que, por estar dentro dele, aparenta ser superável apenas com o seu próprio aniquilamento (Cassorla, 2004; Kovács, 2010). Assim sendo, esse desejo causa insegurança dos profissionais que o acolhem, pois não há regras

de conduta em como agir para garantir o bem estar do sujeito, e conseqüentemente livrá-lo do risco:

Quando eu comecei a fazer Psiquiatria (...) isso era uma coisa que... é... me assustava. Eu dizia, "ah, um paciente com uma ideação suicida, o que é que eu vou fazer?", ele [professor] disse "olha, tu pode ter certeza que tu vai ter, que tu vai perder paciente que se suicidou". E nesses 14 anos dois pacientes se suicidaram (Md3).

De fato, há uma perspectiva de que, ao longo de suas carreiras, metade dos psiquiatras e um quinto dos psicólogos perderão algum paciente por suicídio (Meleiro, Fensterseifer, & Werlang, 2004). É um número bastante alto, alertando para a necessidade de preparo desses profissionais para que estejam seguros na atuação quando necessário. Ainda, esses profissionais acabam por carregar uma grande responsabilidade sobre pessoas com ideação suicida, pois eles fazem parte dos poucos profissionais capacitados para lidar com situações de sofrimento, como é o caso da morte (Cassorla, 2004). Além disso, muitos pacientes jogam sua última ficha em uma terapia ou atendimento psiquiátrico acreditando que isso irá ajudá-los, e não se pode desmerecer esse fato. Pode-se entender melhor essa expectativa na fala de um entrevistado:

Eu nunca perdi por suicídio, por exemplo, mas teve colegas que já perderam por suicídio (...) A gente fala que nós somos a última parada antes da garganta do diabo (risos). Então quando eles vem pra cá a gente tem que dar um jeito de... de... né... de conter isso, de dar uma escuta mais qualificada, de ver qual é a questão mais importante, né, tem várias maneiras de fazer isso (Psi1).

O jargão referido por esse entrevistado, de ser “a última parada antes da garganta do diabo”, refere-se a uma ponte de acesso ao município onde acontecem muitos suicídios, e que ficou conhecida por esse fato. Ele acaba por resumir a expectativa citada

acima de o consultório de um psicólogo ou psiquiatra ser a última esperança de livrar-se do grande sofrimento ali existente sem que seja necessário acabar com a própria vida. Ainda, não há uma única maneira de abordar a questão da morte e do sofrimento, pois essas possuem diferentes causas, assim como cada indivíduo reage a elas de forma peculiar. Assim sendo, não há outra saída para enfrentar ideações suicidas do que calma e preparo prévio. Não é difícil entender essa necessidade, mas pouco é encontrado sobre a forma como pode ou deve ser feita (Afonso & Minayo, 2013). Da mesma forma, a falta desse preparo põe em risco muitas pessoas, que se tivessem um atendimento adequado poderiam ter sido salvas de um final suicida (Marcondes Filho, et al., 2002). Então, não há dúvidas da importância de preparo de psicólogos e psiquiatras para conter situações de suicídio, pois, além de serem situações de grande incidência, essa é a forma mais comum de deparar-se com a morte em consultório. Ainda, essa forma é a mais complicada e difícil de manejar, pois envolve um risco real e iminente de morte, além de um intenso sofrimento, que geralmente apresenta proporções maiores que assuntos cotidianos relatados nesses consultórios.

A morte em vida – perda da subjetividade como um fim antes da hora

A morte em si é antecedida por outras mortes, quando usamos o sentido das perdas. Desde o nascimento vivenciam-se lutos, pois ocorre uma ruptura da simbiose mãe-bebê, procedida por todas as etapas do desenvolvimento que necessitam deixar algo para trás para que se possa avançar em conquistas (Brêtas, Oliveira, & Yamaguti, 2006). Percebe-se, então, que a morte e o fim da vida nem sempre são coincidentes, pois a vida pode terminar antes da própria morte. Esta questão esteve muito presente nas entrevistas, onde os profissionais trouxeram a necessidade de observar-se também a existência da pessoa enquanto sujeito detentor de subjetividade, além de ver apenas um corpo vivo. Pode-se entender essa questão a partir da seguinte fala:

Não é só a morte do corpo vivo, né, dessa questão orgânica da morte, mas a morte enquanto sujeito, enquanto... enquanto sujeito desejante. Enquanto... enquanto elemento produtivo de alguma coisa, né, de produção de subjetividade. ã... quando vê a gente se depara com pessoas que... elas tão aí só, né, mas elas... como... como subjetividade dá pra se dizer que é uma morte, né, porque não produz, não consegue produzir (Psi1).

Então, nota-se que a morte vai para além do corpo que deixa de apresentar sinais vitais, como é para os demais animais. Para ser vivo o sujeito precisa de desejos, ser produtivo enquanto ser social e querer viver isso tudo. Para os homens, a morte é o fim da existência, que pode ou não coincidir com um corpo morto (Oliveira, 2002). O que traz o entrevistado diz respeito também às pessoas que desistem da própria vida, mas não são suicidas. Trata-se de pessoas que perdem a vontade de viver e produzir enquanto sujeito, tornando-se incapazes de permitir-se desejar e usufruir sua qualidade de ser vivo. Na sociedade atual, marcada pela rápida e intensa urbanização e industrialização, somente são aceitos socialmente aqueles sujeitos que contribuem em algum sentido para ela. Aqueles sujeitos que, por algum motivo, não estão em condições de produzir acabam por não receber a aceitação e inserção no grupo social (Kovács, 2008). E esse fato faz com que muitos introjetem essa característica improdutiva e assim se tornem, desistindo da vida antes que ela termine. Para melhor compreender, um entrevistado exemplifica esse fenômeno:

[o sujeito] perdeu o marido, ou perdeu a esposa, um casamento de (...) mais de 40 anos (...) eu peço a um familiar que fique de olho se tá tomando a medicação, se tá se alimentando, que tipo de alimentação tá fazendo, né, se já fazia uso de álcool, de como é que tá fazendo agora, se é tabagista, como é que tá ... né (...) O idoso,

pra ele, é... ter problemas com, com a vida né, não é só chegar e dá um tiro, tomar medicação, não é isso, é parar de tomar medicação, é parar de se cuidar (Psi3).

Esta fala traz a esse texto o idoso, que é atualmente a maior vítima da marginalidade social no que concerne às questões produtivas. Como já visto na categoria “Perdas inevitáveis, preparação e sofrimento – deparando-se com doenças terminais e velhice”, esta última é vista como sinônimo de final de vida por ser considerada a fase em que tudo o que um ser humano deve fazer em vida já foi feito, então nada mais resta do que esperar a morte. Essa carga traz uma noção de passividade. Afinal, se não há em que investir, não há motivos para permanecer na condição de ser vivo. Isso faz muitos idosos desistirem da própria vida, do auto cuidado, e, também, do amor próprio e autoestima. Por esse motivo encontramos na fala acima a necessidade de outra pessoa perceber tal situação a fim de poder ajudá-lo a sair desse ciclo vicioso, intransponível por si só. E essa questão é especial para psicólogos e psiquiatras, visto que são eles os primeiros profissionais a serem procurados para ‘curar’ esse desânimo e também os que vivem em seus cotidianos de trabalho as questões subjetivas da vida como um todo.

Considerações Finais

Durante o processos de evolução social, as questões relativas à morte e final da existência foram aos poucos sendo transferidas do trato social a instituições e especialistas criados para suprir essa demanda. Por isso, a pesquisa que motivou este artigo surgiu no intuito de auxiliar no processo de entendimento e exploração da morte no campo clínico de psicólogos e psiquiatras. Na análise das entrevistas, os cinco tipos de maneiras de lidar com o tema da morte foram apresentados e desenvolvidos individualmente.

A forma mais corriqueira na qual a morte está presente nos consultórios é o luto pela perda de algum ente querido. Esta, porém, é pouco valorizada pelos profissionais por não enquadrar-se em patologias, e sim em um evento cotidiano que, mesmo sendo sofrido,

é visto como natural. Entretanto, proporcionar um ambiente favorável para uma escuta qualificada de sujeitos enlutados é garantir que sua elaboração acontecerá de forma saudável. Isso porque, embora o luto não seja em si uma patologia, ele pode abrir caminho para que alguma doença se instaure em comorbidade. Assim, ao chegar neste extremo, a melhora do sujeito fica mais difícil, demandando maior investimento do profissional e do próprio sujeito para que efetive-se o bem estar

Outra forma de manifestação da morte presente nas clínicas psicológicas e psiquiátricas é a busca por preparação para uma perda, seja por velhice ou doença. Isso porque essas duas são as únicas maneiras socialmente aceitáveis de acontecer a morte. Talvez seja essa a forma mais difícil de trabalhar com a morte, visto que nos coloca diante da nossa própria finitude e todos os medos que giram em torno dela. Porém, é também um momento em que o paciente mais necessita de amparo e escuta qualificada, fazendo com que os profissionais precisem encarar o desafio.

A segunda forma mais presente de apresentação da morte é o que refere-se a ideias e tentativas suicidas. Aqui se fala de um sofrimento muito intenso, que motiva tais pensamentos. Então, o sujeito necessita da ajuda para dar conta desse sofrimento que aparenta ser intransponível por si só. Deve-se trabalhar com esse sofrimento mais do que com a morte em si, pois ela é apenas um meio de se livrar do sofrimento.

Por fim, também está presente no cotidiano clínico de psicólogos e psiquiatras a morte que acontece em vida – a morte subjetiva. Aqui, é necessário rever como este sujeito encara seus desafios cotidianos e a fase da vida em que se encontra, pois muitas das respostas para tal questão encontram-se nisso. É, então, quando o sujeito deixa de ter desejos, passando a viver por obrigação, não mais por gosto.

De qualquer forma, percebe-se que é necessário haver preparo de psicólogos e psiquiatras para atuarem em situações que remetem a assuntos de morte. Nesse sentido,

encontramos muitos profissionais que se sentem despreparados para essas questões, não conseguindo dar conta do sofrimento trazido pelo paciente e gerando sofrimento para si também. Assim, parece interessante investigar como está sendo a preparação teórico-prática de tais profissionais e como esse preparo (ou falta dele) poderia modificar tal situação.

Neste trabalho, pôde-se concluir que há uma importante ligação entre a falta de preparo, ainda na formação, e a insegurança dos profissionais em lidar com a morte no cotidiano de trabalho. Porém, não há dados suficientes para afirmar como isso acontece e o que deveria ser modificado para sanar este problema. Assim, este artigo finaliza com a sugestão de novos estudos envolvendo o tema para encontrar novos elementos para entender as dificuldades apresentadas e ter mais subsídios para modificar a realidade a favor do bem estar, tanto dos profissionais quanto dos pacientes.

Referências Bibliográficas

- Afonso, S. B., & Minayo, M. C. (2013). Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(9), 2729-2732.
- Alves, K. (2008). Morrer de amor: luto pode ocasionar adoecimento físico? *Trabalho Final de Curso de Especialização em Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Ariès, P. (1977). História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Azeredo, N. S. G., Rocha, C., & Carvalho, P. (2011). O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, pp. 37-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000100006>
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Botega, N., Marín-León, L., Oliveira, H., Barros, M., Silva, V., & Dalgalarrodo, P. (2009). Prevalência de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base

populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 25(12). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200010>

Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012*.

Brêtas, J., Oliveira, J., & Yamaguti, L. (2006). Reflexões de estudantes de enfermagem sobre a morte e o morrer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 477-483. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400005>

Brown, F. (1995). O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: B. Carter, & M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cassorla, R. M. (2004). Suicídio e autodestruição humana. In: B. S. Werlang, & N. J. Botega, *Comportamento Suicida* (pp. 21-34). Porto Alegre: Artes Médicas.

Cassorla, R. M. (2010). Reflexões sobre a psicanálise e a morte. In: M. J. Kovács, *Morte e Desenvolvimento Humano* (pp. 91-112). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chiavenato, J. (1998). *A morte: uma abordagem sociocultural*. São Paulo: Editora Moderna.

Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Resolução Nº 010/2012. Revoga a Resolução 016/2000 e dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos*.

Elias, N. (2001). *A solidão dos Moribundos, seguido de, Envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

Freire, M. C. (2006). *O som do silêncio: isolamento e sociabilidade no processo de luto*. Natal: Editora da UFRN.

Freud, S. (1915) Os instintos e suas vicissitudes. Edição Standard Brasileira das obras completas, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

Gil, A. (2010). *Como elaborar Projetos de Pesquisa. 5a ed.* São Paulo: Atlas.

Hohendorff, J., & Melo, W. (2009). Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ*, 9(2), 480-492.

- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300004>
- Kovács, M. J. (2010). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 9a. Ed. São Paulo: Martis Fontes.
- Manfrinato, M. (2011). Psicologia e DSM. *Trabalho Final de Curso de Aprimoramento: Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto*. São Paulo: 4 Estações Instituto de Psicologia.
- Marcondes Filho, W., Mezzaroba, L., Turini, C. A., Koike, A., Moromatsu Junior, A., Shibayama, E. E., et al. (2002). Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. *Adolescência Latinoamericana*, 3(2).
- Medeiros, L., & Lustosa, M. (2011). A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 203-227.
- Meleiro, A., Fensterseifer, L., & Werlang, B. (2004). Esforços para prevenção. In: B. Werlang, & N. Botega, *Comportamento Suicida* (pp. 141-152). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Melo, R. (2004). Processo de luto: o inevitável percurso face a inevitabilidade da morte. Disponível em: <http://groups.ist.utl.pt/unidades/tutorado/files/Luto.pdf>.
- Minayo, M. C. (2012). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 31a. ed. Petrópolis: Vozes.
- Oliveira, E. A., Santos, M. A., & Mastropietro, A. P. (2010). Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 235-244. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000200002>
- Oliveira, E. C. N. (2002). O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(2), 30-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932002000200005>
- Oliveira, T. (2001). *O psicanalista diante da morte*. São Paulo: Editora Mackenzie.

Pressato-Araújo, T., & Biagolini, R. E. (2010). A morte e o morrer sob a ótica dos docentes de enfermagem. *Anais do IV Seminário Nacional de Pesquisa da Uninove*, pp. 7-14.

Rodrigues, J. (2011). *Tabu da morte*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

Werlang, B. (2012). Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, pp. 17(8), 1955-1957. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800003>

ARTIGO 2

A MORTE INVADE A CLÍNICA: ANÁLISE DESTA PERCEPÇÃO DE PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS.

Formatado de acordo com as normas da Revista Psicologia em Estudo, a qual será submetido após a defesa.

A morte invade a clínica: análise desta percepção de psicólogos e psiquiatras.

Resumo

Em uma era de intensas mudanças sociais, clínicas de psicologia e psiquiatria refletem, mais do que nunca, os sentimentos, costumes e tabus do dia a dia. Entre tantos temas polêmicos trabalhados diariamente, a morte encontra-se em papel de destaque, visto que é universal. Para entender essa questão e como esses profissionais estão envolvidos e trabalhando com o assunto, foi feita uma pesquisa com profissionais dessas especialidades atuantes em nível clínico de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Utilizou-se de metodologia qualitativa, com entrevistas semiestruturadas com eixos norteadores interpretadas através de análise de conteúdo. Os resultados, que tangem a necessidade de maior preparação para o tema, serão apresentados neste artigo.

Palavras-chave: Psicologia Clínica, Psiquiatria, Tanatologia.

Death invades clinic: analysis of the perception of psychologists and psychiatrists.

Abstract

In an age of broad social changes, psychology and psychiatry clinics reflect, more than ever, the feelings, customs and taboos of everyday. Among several polemic daily debated issues, death occupied a highlighted space, because it is universal. To understand this issue and how these professionals are involved and working with this subject, a research was developed with professionals of these specialties, which are in active clinical level of a city in Rio Grande do Sul. We used qualitative methodology with semi-structured interviews with guiding axes interpreted using content analysis. The results are exposed in this article.

Key-words: Clinical Psychology, Psychiatry, Thanatology.

La muerte invade la clínica: análisis de percepción de psicólogos y psiquiatras.

Resumen

En una época de intensos cambios sociales, clínicas de psicología y psiquiatría reflejan, más que nunca, los sentimientos, costumbres y tabúes del día a día. Entre tantos temas polémicos trabajados diariamente, la muerte se encuentra en un lugar destacado, ya que es universal. Para entender este problema y cómo, esos profesionales están involucrados y trabajando con el tema, se realizó una investigación con los profesionales de estas especialidades con actuación clínica en una ciudad en Rio Grande del Sur. Se utilizó la metodología cualitativa, con entrevistas semi-estructuradas con ejes norteadores interpretadas mediante análisis de contenido. Los resultados son presentados en este artículo.

Palabras-clave: Psicología Clínica , Psiquiatría, Tanatología .

Introdução

Vivemos em uma era de grandes modificações sociais, com intensa informatização e meios de comunicação em rápido avanço. Algumas dessas mudanças são responsáveis pelas dificuldades de elaboração do luto nos dias atuais. A consequência disto é que, ao viverem perdas significativas, as pessoas sentem-se sozinhas, sem saber o que fazer, principalmente quando estão distantes de seus familiares, fato comum na atualidade. Nos centros urbanos, houve aumento significativo da violência, dos acidentes e do abuso de drogas, resultando no aumento das mortes violentas e traumáticas, um dos fatores de risco para luto complicado. Nesses casos, múltiplos fatores podem dificultar a elaboração do luto, como perdas múltiplas (morte de várias pessoas da mesma família), perdas invertidas (filhos e netos que morrem antes de pais e avós), presença de corpos mutilados, desaparecimento de corpos e cenas de violência (Kovács, 2011). Além disso, essas transformações refletem o fato de que hoje existe a ilusão de que a morte é uma fatalidade que tende a diminuir se controlados alguns fatores como dietas, regras de segurança e exames físicos rotineiros. (Rodrigues, 2007).

Um fator amplamente influenciado por essas transformações foi a mudança do local de morte, que passou da residência, junto com familiares e pessoas próximas, aos hospitais, que se tornaram instituições responsáveis pela cura de doenças e o processo de viver e morrer (Ariès, 1977). Ao transformar o hospital no local onde as pessoas adoecem e morrem, as questões inerentes a este ato, que antes eram compartilhadas socialmente, ficam restritas ao âmbito das instituições de saúde. O papel de cuidador, por sua vez, também foi transferido dos familiares aos profissionais dessa área. Muitas profissões surgiram, inclusive, para atender a essa demanda (Azeredo, Rocha, & Carvalho, 2011).

Então, assim como o processo de morte sofreu transformações tanto da forma como é visto quanto dos ambientes onde ocorre (passando das casas aos hospitais), a atenção em

saúde para a população também passou por modificações. Assim, assuntos como estes, antes pouco pensados, tornaram-se socialmente essenciais. Por isso, é necessário entender como esses profissionais estão lidando com a temática e o peso gerado por ela. Nesse sentido, este artigo traz os resultados de uma pesquisa feita com psicólogos e psiquiatras atuantes a nível clínico em um sistema de saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul, que objetivou compreender a presença da morte no trabalho clínico através da percepção desses profissionais, e cujos resultados são apresentados neste artigo.

Metodologia

O presente artigo é fruto de uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório e descritivo (Gil, 2010). Para tanto, utilizou-se da metodologia clínico-qualitativa feita em ambiente natural, ou seja, sem controle de variáveis (Turato, 2013). Foram considerados os preceitos da Resolução 466/12 (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2012) e Resolução 010/2012 (Conselho Federal de Psicologia, 2012).

Participantes

O público alvo da pesquisa foi formado por todos os psicólogos e psiquiatras que possuíam vínculo empregatício com uma prefeitura do interior do Rio Grande do Sul e que trabalhavam a nível clínico. Eles estavam lotados em cinco instituições de saúde mental, sendo um Ambulatório de Saúde Mental e quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas modalidades de álcool e outras drogas, sofrimento psíquico intenso e infantil. Os profissionais que, por algum motivo, encontravam-se afastados do serviço na época da coleta não integraram a amostra. Todos os profissionais foram contatados através da instituição onde atuam. Dos quinze profissionais que preenchiem os requisitos para a pesquisa, dez concederam entrevista, que foi feita no ambiente de trabalho dos entrevistados e com prévio convite e agendamento. Os demais profissionais (três psicólogos e dois psiquiatras) foram procurados por diversas vezes, mas alegaram falta de

tempo para a entrevista, não encontrando meios de concedê-la antes do final do prazo de coleta de dados, ficando, então, fora da amostra deste estudo. Tal amostra consta, então, de sete psicólogos e três psiquiatras. Por motivos de força maior não se conseguiu obter representantes de todas as instituições, ficando duas delas ausentes nessa pesquisa em função de dificuldades de contatar os profissionais nelas atuantes no tempo reservado para a coleta de dados. Para preservar a identidade dos participantes, os dados identificatórios foram suprimidos e a identificação restringe-se às letras “Psi” para psicólogos e “Md” para médicos psiquiatras, seguida de número ordinário. Então, os entrevistados são denominados da seguinte maneira: Psi1; Psi2; Psi3; Psi4; Psi5; Psi6; Psi7; Md1; Md2; Md3.

Coleta de dados

Para coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semidirigidas com eixos norteadores. Nesse método, o entrevistado fala livremente com pequenas intervenções do entrevistador, que guia o diálogo através de eixos norteadores. Estes, então, são assuntos previamente definidos pelo pesquisador e colocados para serem desenvolvidos pelo entrevistado visando alcançar o objetivo da pesquisa (Minayo, 2012), que foi compreender a presença da morte no trabalho ambulatorial através da percepção dos profissionais de psicologia e psiquiatria. Os eixos norteadores utilizados na entrevista foram: atuação em clínica; interesse pelo tema ‘morte’; morte e atuação clínica; formas de manifestação da morte nos atendimentos; formação para o assunto; situações relacionadas à morte na experiência profissional; avaliação da estrutura dos Serviços para o tema.

Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para proceder à análise de dados. Os dados encontrados foram interpretados de acordo com a análise de

conteúdo proposta por Bardin (2010), método de grande importância nas pesquisas qualitativas, pois possibilita a visualização dos diferentes sentidos, manifestos e latentes, das falas dos sujeitos da pesquisa.

A análise iniciou com a transcrição das entrevistas, seguida de leituras flutuantes. Estas consistem em ler o conteúdo das entrevistas várias vezes, permitindo-se utilizar-se livremente das impressões e observações advindas desta leitura. O intuito desta prática é internalizar o conteúdo e identificar suas ideias principais. Após, os tópicos emergentes da leitura flutuante foram categorizados segundo dois critérios: relevância, que é a importância do conteúdo da fala, e repetição, que é a presença reiterada duma ideia na mesma entrevista ou em diferentes entrevistas. As falas relevantes foram se transformando em unidades de análise. Posteriormente, foi feita a análise através da relação entre significantes e significados (Bardin, 2010). Esses conteúdos, junto com a base teórica obtida pelo estudo da literatura que também traz os temas pesquisados, deram origem ao material exposto nesse trabalho.

Resultados e discussão

Ter que tratar de assuntos que envolvem perda e morte não é fácil ou agradável, mas não há escolha. No trabalho clínico de psicólogos e psiquiatras é inevitável essa temática aparecer em algum momento, visto que são esses profissionais que lidam com as dores e desajustes das pessoas, e geralmente são procurados quando há uma situação dessa natureza. Então, a partir de agora serão desenvolvidos os achados desta pesquisa a respeito do cotidiano do trabalho envolvendo morte, morrer e luto. Os resultados estão divididos em categorias emergentes nas falas dos entrevistados, fato que orientou a interpretação dos dados e também facilita a leitura de seus resultados.

De que morte estamos falando?

É compreensível que a maior dificuldade de profissionais de saúde em aceitar a morte de outrem seja que a pessoa cuidadora se depara com a própria morte e percebe não estar preparada a ela. Essa descoberta torna-se difícil pois abala a ilusão de imortalidade, dificultadora desses momentos, mas necessária para o desenrolar da vida. Em relação aos profissionais, a própria rotina de trabalho em saúde exige a negação da morte, pois socialmente é depositado sobre eles o domínio do poder de cura e amenização de sofrimento. Já para a família, a perda do espaço de se falar e lidar com a morte dificulta o processo de aceitação e elaboração da mesma, e a consequência disso é que ela não consegue dar suporte emocional para o ente adoecido, necessitando de profissionais que auxiliem nesse processo (Kübler-Ross, 2008)

Em função disso, é natural que a primeira reação seja a negação da possibilidade da morte. Muitas vezes, mesmo que haja vontade do profissional de ajudar e manter humanizada a atenção, falta preparo e orientação de como fazê-lo. Isso os deixa inseguros, abandonando tal atenção para manter a negação dos fatos, hábito já usual profissional e socialmente (Bernieri & Hirdes, 2007). O que chama a atenção nesses casos é que, para os profissionais, não é a morte de um paciente que comove, mas a possibilidade que isso aconteça. Afinal, não há como prever quando a morte acontecerá, não sendo, pois, garantia que alguém adoentado faleça antes que uma pessoa saudável. Porém, a doença faz lembrar que existe uma finitude, e mais cedo ou mais tarde, ela acontece, situação que é negada pelas pessoas consideradas saudáveis. Entende-se claramente essa situação pelo exemplo da fala de um entrevistado:

Na hora em que trabalha com dependência química, tu trabalha com um sujeitos em diversos estágios... desse uso, né, desse abuso de substância. E... também com doenças associadas (...) Então são pessoas que tu já espera que essa vida não seja

tão... longa quanto no outro, que tem uma vida saudável. (...) mas a gente trabalha com esse adoecimento, então tu trabalha com a possibilidade de, a todo o momento, nesses pacientes, mais cronificados e tudo o mais (Psi4).

Assim, percebe-se nessa fala que ela não se refere à morte propriamente dita, mas à sua possibilidade, que é assustadora. Nota-se a dificuldade do entrevistado em falar a palavra ‘morte’, referindo-se a ela através de eufemismos. Isso se pode interpretar como reflexo da noção de imortalidade do inconsciente. Para ele, a morte não existe, senão provocada por algum fator externo. Apesar de ser uma forma de proteção, parece que também é visto como uma fonte de sofrimento quando não há maneira de fugir do pensamento da finitude (Freud, 1915; Kübler-Ross, 2008).

Nesse sentido, Rodrigues (2011) traz a diferenciação da causa da morte como sendo influente na aceitação da mesma. Ele brinca com os ditados populares de “morte morrida” e “morte matada” (p. 26). A “morte morrida” significa que o sujeito chegou ao final de sua existência, e que não é necessário procurar culpados para a sua morte – ela simplesmente aconteceu. A morte por velhice é a mais comum deste tipo. Por outro lado, tem-se a “morte matada”, também chamada de “morte súbita”. A ela, segue a pergunta “morreu de quê?”. Associa-se, assim, a morte a algum evento não natural. Pode-se entender essa questão no exemplo de um entrevistado:

Ninguém aceita, assim, né "ai é uma maravilha a morte" (risos), ninguém acha né, ninguém quer morrer (...) Se tem uma explicação para aquilo ali assim, a gente aceita mais esse tipo de morte, parece né? Por doença, assim. A gente não aceita muito a morte trágica né, a morte por tragédia, por acidente de carro, por acidente de moto, por... por incêndio, né, por esse tipo de... de coisa assim, é mais difícil da gente aceitar (Psi6).

Assim, fica clara a maior dificuldade em aceitar mortes trágicas, seja no âmbito pessoal ou profissional. Por mais que seja consciente a possibilidade de morte, ela não faz parte do cotidiano, tampouco é esperada com a naturalidade que possui. Então, quando ela acontece é como se fosse um golpe de azar, tirando uma pessoa do convívio de outras aparentemente sem aviso prévio. Salienta-se a questão de ser aparente, pois, se a morte é universal, ela já deu seu aviso prévio. Porém, como ela é associada apenas a velhice e doença como natural, em qualquer outra situação ela é vista como algo não esperado. Isso porque dessa forma acredita-se ter um controle sobre ela, já que delimita-se um momento certo para acontecer. A morte súbita, por sua vez, nos faz deparar com a fragilidade e desamparo, e também com o fato de que estamos totalmente indefesos frente ao imponderável da morte (Kovács, 2010).

Na perspectiva dos entrevistados, um dos elementos que mais influencia na perda de um ente querido ou no medo de deparar-se com a própria morte é o afeto e apego a bens e pessoas. Por vezes, o sentimento é tão grande que a ideia da perda imobiliza o funcionamento da pessoa (Basso & Marin, 2010). E isso, sem dúvida, causa intenso sofrimento:

Então a experiência de morte é sempre uma experiência que, de alguma maneira, para nos fazer sofrer, tem que colocar em ameaça algo que é importante pra nós, seja objetivamente um familiar, seja algo que você, sei lá, se identifica...(Psi7).

Assim, percebe-se que, na visão dos entrevistados, é muito difícil experienciar uma situação de perda, seja por si ou pelo exemplo de outrem, sem abalar-se com o fato. Porém, existem pessoas que não tem por opção sofrer a perda de alguém próximo por isso ser fato cotidiano. Um entrevistado traz um exemplo claro, porém distante da realidade da qual está sendo tratada neste artigo. Mas, se for vista com cuidado, a reação a essa realidade e ao trabalho diário com perdas não é tão diferente assim:

Uma vez eu vi uma entrevista com um traficante que ele dizia que tanto fazia se ele iria levar um tiro ou não, mas ele iria continuar traficando. Porque pensando lá nos morros do Rio de Janeiro, onde a coisa é mais pesada, eles devem ver isso todos os dias, os vizinhos, parentes, amigos, levam tiro todos os dias. Então realmente, tanto faz morrer ou não, não tem apego. É diferente para quem tem muito que se apegar (Psi2).

Nessa situação, o desapego é algo vital para a sobrevivência emocional de quem está nessa realidade. O que está sendo tratado aqui, entretanto, é a realidade de profissionais de saúde com assuntos de morte. A reação de ambos, contudo, não parece ser diferente, pois necessitam de proteção emocional. A diferente, então, é que nesta última realidade a necessidade de humanização é gritante, visto que quem está ‘do outro lado’ não está em uma guerra civil onde tudo é possível, mas sim em uma situação de sofrimento em que ser tratado humanamente é percorrer metade do caminho para sua recuperação e tratamento digno. Portanto, apesar de ambos, profissionais e traficantes, estarem utilizando os mesmos mecanismos de defesa, o resultado não parece estar sendo adequado para o segundo grupo. E há mais um motivo para o conflito entre reagir ou não com frieza:

remete à nossa morte né, não adianta né, a gente se coloca no lugar do outro também, do familiar né, da pessoa (...) é desumano até se eu não sentisse nada sabe... (Psi6).

Então, o elemento que mais dificulta a atuação desses profissionais é a compaixão com o paciente em sofrimento. Assim, percebe-se que muitos profissionais não possuem estrutura psíquica para aceitar e lidar abertamente com questões relacionadas à morte. Negá-la e tratá-la como inexistente também não produz resultados bons, pois contraria a necessidade de atenção em compreensão do outro ser humano, que é o paciente. Assim,

temos nas palavras de Cassorla (1996, como citado em Marta, Marta, Andrea, & Job, 2009) a definição de um ideal, que ele chama “distância ótima”. Essa distância compreende o envolvimento necessário com o paciente a fim de garantir-lhe assistência humanizada ao mesmo tempo em que mantêm certa distância para garantir sua proteção ao não adoecimento e manutenção de competência para atuação profissional. Chegar a esta distância ótima só é possível com treino, que o autor defende ser necessário já na formação acadêmica, pois aguardar para que aconteça no exercício da profissão médica pode gerar incômodo e sofrimentos tanto para o profissional quanto para o paciente.

Isso também reflete o tabu social no cotidiano de trabalho de profissionais de saúde e saúde mental. Porém, como o tabu faz parte da cultura, ele só pode ser percebido tomando-se certa distância dele, ou, de forma ideal, despindo-se dele. Para os profissionais que lidam com a proximidade da morte, isso parece indispensável, tanto para poder auxiliar os sujeitos atendidos por ele quanto para poder controlar o sofrimento gerado pelo tema. Pensando no primeiro aspecto, podem-se visualizar alguns problemas evitados pelo simples fato de o profissional aceitar a finitude e trabalhar-la sem preconceito:

Eu acho que as pessoas têm um pouco de, não sei se é o tabu ou a resistência pelo tabu, não sei, de chegar falando que é por isso né, ou falando diretamente nisso. (...) e talvez também as pessoas não queiram reconhecer que seus sintomas tenham a ver com isso né, (...) ou até, até talvez pra negar né, a questão da morte, né, que tenha ficado tão mal por causa disso (Psi5).

Percebe-se nessa fala que, apesar de o profissional entender a difícil relação do paciente com a finitude, ele não se isenta de sua influência. Para ele, falar a palavra “morte” é difícil, traduzindo-a por “isso” a fim de evitar a confrontação com o peso que ela traz. Então, o reconhecimento da necessidade que os pacientes têm de um acolhimento

humanizado em temas sobre morte nos leva a questionar-nos sobre como isto repercute nos profissionais. A próxima categoria tentará responder a isso.

E agora, quem irá nos defender? Dificuldades em permitir-se sentir a dor do outro.

Poder deparar-se com a morte do outro e permitir-se sentir isso faz emergir o aspecto mais humano que possa existir. Isso porque permite dar espaço ao ser humano que está sendo atendido e também às nossas limitações frente à condição de finitude (Bellato, Araújo, Ferreira, & Rodrigues, 2007). Para isso, é necessário o profissional poder despir-se do moralismo diretamente influenciado pelas visões socioculturais. É preciso que ele possa ver e aceitar o ser humano como é, e não moldá-lo como imagina ser o correto (Cassorla, 2002). Isso, apesar de necessário, não significa que seja agradável. Ou, como diz um entrevistado:

Nunca foi uma coisa que eu gostasse muito de... Mas não tem como a gente escolher isso né, então eu acho que eu tenho conseguido lidar (Md3).

Como fica claro, infelizmente não é um assunto que possa haver escolha no cotidiano de trabalho. Apesar de difícil, é necessário abordá-lo, sob pena de estender-se o sofrimento causado por ele. Então, parece que a melhor opção é tentar enfrenta-lo sem tanto medo. Segundo Cassorla (2010), o psicanalista, em seu trabalho, deve lutar pela vida. Isso não quer dizer que não deva trabalhar com a morte. Pelo contrário, deve fortalecer a vida trazendo a tona o que é inconsciente para não sabotar a felicidade e bem estar do paciente. Essa dificuldade é trazida também pelos entrevistados:

Acho que fácil não é, acho que nunca é fácil. Mas eu acho que a gente aprende a pensar que é importante (...) ajudar a pessoa a falar disso, porque tu vai estar de alguma maneira auxiliando (...) na evolução dela (...) vai ajudar né, a... desafogar as coisas que tão, né, emperrando de alguma maneira o funcionamento dela (...)

que tu tá de alguma forma possibilitando um... uma retomada (...) da vida às vezes, né, dela, da... do teu paciente né (Psi5).

Aqui se percebe a importância da fala na elaboração do luto. Segundo Kovács (2010), o senso comum acredita que falar sobre a perda somente fará a pessoa sofrer, aumentando sua dor. Sabe-se, entretanto, que falar sobre a dor desencadeia o caminho contrário, que é da elaboração do luto. Assim, parece algo fácil ao profissional, que se restringe a ouvir, porém pode tornar-se angustiante a sensação de impotência a que ele se depara. Em função de o luto ser individual e não haver parâmetros fixos para seu desenvolvimento, o profissional pode, por vezes, ter a sensação de não sair do lugar, ou de estar indo a lugar algum. Isso pode tornar o trabalho do terapeuta complicado, impelindo-o a desistir. Porém, como diz o entrevistado, perceber que isso é importante é um exercício que se demonstra claro na prática clínica. Isto é, ao abrir espaço para uma escuta qualificada, promove-se uma melhora do quadro geral do paciente:

Falando... Luto se trabalha falando, expondo, elaborando. Não tem outra forma. Então tem de deixar livre para eles falarem quando surge essa vontade (...) Porque eles precisam falar, eles precisam elaborar... E se eles trazem isso é porque há necessidade e ali é seguro pra isso (Psi2).

Então, parece haver uma grande necessidade, tanto por parte dos pacientes quanto dos profissionais, de estes últimos estarem preparados para ouvir quando surge a necessidade de falar do luto por parte dos pacientes. Isso porque promove a elaboração do luto, por vezes truncado. Assim, a primeira parte do preparo começa com a percepção da necessidade de falar, que, assim como a elaboração do luto, não tem parâmetros e evoluções fixas e definidas. Esta preparação deve ser seguida pelo enfrentamento do luto na clínica, que será apresentada na sequência.

Como me deparo?

A procura por ajuda em questões relacionadas à morte, no entanto, dificilmente acontecem de forma direta. Chega-se ao especialista buscando ajuda a alguma disfunção ou problema, como medo, ansiedade e sintomas depressivos. Com o passar das sessões terapêuticas a raiz dos problemas vai aparecendo, e aos poucos vai se conseguindo desembaralhar o luto e livrar o paciente de seus efeitos indesejados (Brown, 1995). Esta é a mesma percepção de um dos entrevistados, ao dizer que:

Procurar tratamento psicológico imediatamente em seguida a alguma perda, ou uma morte de um familiar ou de um, de um ente querido, raramente acontece, né. O que acontece são pessoas que estão em tratamento e (...) durante o tratamento têm uma experiência de morte de alguém próximo, ou busca um tratamento depois de algum tempo da perda de alguém, e que essa perda continua sendo muito difícil de, de elaboração, ou enfim, começa a se produzir, aparecer dificuldades no cotidiano da pessoa (Psi7).

Assim, é necessário intensa atenção para entender qual é a real demanda do paciente. Para os profissionais, é uma tarefa que, além de difícil, torna-se desgastante. O tabu do medo da morte fica refletido no comportamento do paciente na clínica, mesmo este sabendo que ali é o local reservado para entender e domar seus medos, angústias e tudo o mais que estiver disfuncional. Quando se trata de crianças, que não possuem responsabilidade ou liberdade por seus atos, essa questão parece ficar ainda mais clara:

A não ser que seja um caso assim, muito... hã, atípico (...) geralmente os pais buscam atendimento pra criança, hã, se ela começa a desenvolver uma outra sintomatologia (...) se a criança, hã, desvia de alguma forma o curso normal, assim, do... do seu desenvolvimento, seu funcionamento (Psi5).

Parece desgastante ao profissional, que por várias vezes precisa reavaliar o sujeito até encontrar o luto escondido que motiva uma gama de disfuncionalidades. Por outro lado, negar a morte é uma das formas de não entrar em contato com experiências dolorosas, criando a ilusão de imortalidade. Se o medo da morte estivesse constantemente presente, sonhos e projetos futuros não seriam realizados. É natural do ser humano desejar sentir-se único, criando obras que não permitam o seu esquecimento, fazendo cobiçar que a morte não aconteça. Essa ‘doce ilusão’ esconde uma fragilidade interna que remete a finitude e a vulnerabilidade (Azeredo, 2007). Assim, para evitar deparar-se com o tabu do tema da morte ou para não quebrar a negação do medo e do luto, muitos pacientes escondem-se atrás de sintomas patológicos, pois assim burlam a censura e permitem-se buscar ajuda ao que não está bem:

E depressão já tem um caráter mais, assim, entre aspas, patológico. E o luto não né, pode ser uma coisa normal ou que se torne patológico, então talvez as pessoas queiram frisar que elas estão doentes, então dizem depressão (risos) (Psi5).

Assim, é necessário que o profissional de saúde mental esteja preparado para lidar com essas questões a fim de promover aos sujeitos atendidos uma efetiva escuta e melhora no que tange a essas questões (Brown, 1995). Além disso, é também protetor a si mesmo estar preparado para este tipo de situação, visto que, além de poder controlar a situação posta, evita culpas desnecessárias no desenrolar do processo terapêutico. Isso porque, ao admitir a real causa do sofrimento, é possível tratar dela com sucesso terapêutico, o que seria inviável se o motivo alegado ao sofrimento fosse aceito sem questionamentos. Assim, falar de perda significa falar de vínculo que se rompe, ou seja, uma parte de si é perdida; por isso, fala-se da morte em vida (Combinato & Queiroz, 2006). Poder criar um ambiente facilitador da elaboração do luto não é tarefa fácil. Por isso, a sequência do texto

traz formas que, através das entrevistas e análise da literatura sobre o tema, demonstraram-se eficientes nesse enfrentamento.

Grupo como apoio para profissional e paciente

Uma forma de abordagem que parece ser interessante nas questões de aceitação da morte são as terapias em grupo. Pascoal (2006) encontrou, em pesquisa com grupo de enlutados, uma evolução consideravelmente maior quando os pacientes eram atendidos em grupo, visto que muitos estavam estagnados em terapia individual. Yalom (2006), por sua vez, orienta que grupoterapia com enlutados é uma das melhores abordagens para a elaboração do luto. Encontrou-se a mesma opinião nas falas dos entrevistados, relatando o cotidiano de trabalho:

Eles trazem nos grupos (...) e é bem interessante, porque eles acabam falando coisas que em uma consulta individual eles não fariam, e abordando temas que talvez não seriam trabalhados na individual. Porque tem intervenções que o psicólogo não pode fazer, mas o colega pode. (...) E quando um traz, os outros vão se identificando de alguma forma e quem tem alguma coisa guardada acaba colocando pra fora também (Psi2).

Aqui aparece a maior vantagem deste tipo de intervenção terapêutica, que é a multiplicidade de abordagens simultâneas. As intervenções corriqueiras, que também aconteceriam fora do grupo, são feitas pelos colegas. O terapeuta grupal, por sua vez, controla essas intervenções, corrigindo o que possa fazer mal a quem ouve, e também intervém na sua prática. Para o terapeuta, o trabalho parece ser mais árduo, visto que precisa fazer a sua intervenção e controlar a dos outros. Por outro lado, ter um grupo como apoio para si também, não somente para os integrantes desse grupo, pode fazer com que o terapeuta se sinta confortável e com maior segurança em suas ações. A combinação dessas duas maneiras de agir do grupo, que é do terapeuta e dos colegas, torna a grupoterapia

única e eficaz. Isso também porque proporciona a combinação da terapia, por vezes invasiva e dolorosa, com o afeto dos demais participantes, tornando a pessoa amparada em seus variados aspectos. Essa comunicação afetiva é, inclusive, o que Cavallari & Moscheta (2007) trazem como um dos principais motivos da efetividade do grupo. É dessa mesma forma que um dos entrevistados relata a situação:

No grupo, assim, tem todo aquele suporte um do outro (...) tem aquele olhar daquele outro que tá ali, que não é o terapeuta, mas é alguém que se identifica de alguma maneira. E às vezes aquela palavra desse outro colega funciona bem naquele momento, porque não é um técnico falando, é alguém que vive uma situação muito parecida (Psi4).

Assim, não há dúvidas de que, os entrevistados consideram a grupoterapia, um tratamento de grande importância, tanto para os pacientes como para os próprios terapeutas. De fato, para o terapeuta, também traz vantagens optar por essa forma de intervenção. E parece que o principal motivo disso é a dissolução da responsabilidade, que, os sujeitos da pesquisa, consideram se deslocar deles para o grupo. Como trouxe o entrevistado, o lugar do terapeuta é diferenciado, o que o permite intervir de forma eficiente. O que torna confortável é a liberdade de agir sem planejamentos estáticos ou com cuidado excessivo nas intervenções. Ou seja, é um agir mais à vontade, mais livre, e, por consequência, mais tranquilo e confiante. Entende-se melhor essa relação na fala de um entrevistado:

[no atendimento individual] Aí a gente tem que ter um planejamento diferente também né (...) no grupo, eu não, eu não fico muito preocupada com aquilo que aconteceu há muito tempo atrás, é mais aquilo que tá aparecendo ali. No individual, às vezes, situações que tão acontecendo no presente (...) requerem um pouco daquilo que aconteceu, de como é que ela vivenciou isso (Psi3).

Outro fator diferenciador é o planejamento, menos estático, que transfere o foco para as dores do momento. Isso permite que o terapeuta fique mais atento às emoções demonstradas e consiga traduzi-las para pensamentos organizados. Isto não pode, porém, tornar-se uma repetição de outros locais. Para isso, é necessário que o terapeuta fique atento à análise do que ocorre no decorrer do grupo, o que torna seu papel mais cansativo por ser sempre atento (Cavallari & Moscheta, 2007). É o que o entrevistado traduz no foco. Para a intervenção clínica é preciso estar atento à trajetória de vida do sujeito, e no quanto cada episódio influencia o aqui e agora. No grupo, isso não é demonstrado de forma estática. Pelo contrário, são as relações entre os integrantes do grupo e deles com o terapeuta que traduzem as dificuldades pessoais de cada um. Ou seja, não se trata de uma linha reta, de fácil intervenção, mas de uma teia que, ao mesmo tempo, facilita e dificulta a percepção e intervenção adequada. Assim, o grupo solicita do terapeuta maior entrega na sua tarefa, mas também proporciona maior descanso e tranquilidade na medida em que traduz papéis de forma mais objetiva e divide as responsabilidades no tratamento de cada um. Dessa forma, parece que em casos de luto a grupoterapia demonstra-se como uma eficiente abordagem, visto que torna o processo mais rápido, afetivo e edificante. Da mesma maneira, para o terapeuta também é uma boa escolha, visto que permite maior resolubilidade dos casos com menor desgaste. Visto isso, a próxima categoria traz outra forma de abordar sujeitos em luto, que, em oposição a esta, não traz a elaboração do estado de luto, tampouco o acolhimento emocional. Trata-se da busca farmacológica na superação de uma perda, que será desenvolvida a partir de agora. Apesar de as práticas terem diferentes focos, este aspecto foi pouco diferenciado entre psicólogos e psiquiatras, tornando as entrevistas homogêneas.

Busca farmacológica como solução imediata

Uma questão bastante recorrente tanto na literatura científica quanto em ambientes cotidianos é: enlutados devem ou não fazer uso de medicação psiquiátrica para realizar a elaboração do processo de luto? As respostas a isso são as mais diversas. Franco (2008) justifica essa necessidade atual trazendo que a sociedade encontra-se em mudanças, buscando novos parâmetros que substituam os antigos já não mais eficientes. Até a pouco tempo, a atenção médica era a única considerada correta. Hoje, dá-se mais atenção às características de subjetividade dos sujeitos, que vão aos poucos tomando o lugar do modelo biomédico dominante. Nesse mesmo sentido, (Mautoni & Soares, 2013) acreditam que medicações só devem ser usadas em casos de desenvolvimento de doenças que ponham a vida do mesmo em risco, pois caso contrário não seria interessante para o avanço do processo de luto. Essa questão esteve presente na fala dos entrevistados:

[os pacientes] solicitam o uso de medicação pra tentar acelerar (...) esse processo (...) a gente avalia se isso é pertinente ou não, em alguns casos é, porque a angústia é tamanha que impede qualquer outra coisa, e a terapia (Psi7).

Aqui, percebe-se que, o entrevistado considera que o uso de medicação no processo de luto por vezes demonstra-se necessário. Poder avaliar a necessidade ou não deste apoio farmacológico parece difícil aos profissionais, pois a linha que divide a necessidade da medicação da negação do sofrimento é muito tênue. Em contrapartida, o apoio farmacológico pode também ser utilizado de uma forma equivocada, que em lugar de facilitar a elaboração do processo de luto apenas faz negá-lo, na medida em que nega a dor que ele gera. O mesmo entrevistado prossegue na fala, trazendo outra situação de mesma natureza:

De maneira geral, são pessoas que têm essa característica no dia-a-dia assim, se tão com dor não querem procurar médico, se tão doentes não querem ser

internados, ou seja... qualquer sofrimento representaria uma certa fragilidade (Psi7).

Essa fala reflete a questão social exposta acima. Pode-se notar a negação da dor do luto e também do seu processo com a justificativa de não poder demonstrar fragilidade aos demais. Nesse ponto, a medicação aparece como principal aliada, visto que auxilia a atingir o objetivo da negação da dor. É como depositar todas as energias que deveriam ser empregadas na elaboração do luto no poder de uma medicação que ignora todos esses sintomas. Ainda, mesmo os psiquiatras demonstraram a necessidade de fala para além da medicação:

A gente medica daí, quando há necessidade de medicação, discute com os psicólogos como é que tá o andamento (...) encaminha para os psicólogos, né, para fazer a psicoterapia (Md1).

Este entrevistado corrobora com o texto anterior ao explicitar que usa medicação somente quando é necessário, enquanto que a terapia é recomendada sempre. Aqui, mais uma vez, entende-se a importância do trabalho desses dois profissionais em conjunto. Assim, pode-se concluir que a maior necessidade do luto é a sua elaboração, obtida através de processos naturais, sem precisar ajuda profissional, ou em terapia, com o apoio do psicoterapeuta. A medicação pode ser utilizada como apoio inicial, sob forma de controle da dor que se demonstra insuportável a ponto de não permitir qualquer outra intervenção. Ela sozinha, porém, não aparenta ser recomendável, visto que apenas mascara os sintomas, dificultando a elaboração da dor, que é a melhor maneira de livrar-se dela.

E, falando de dor, neste ano pôde-se presenciar um episódio que se tornou de interessante análise nos processos de luto e superação, que foi o incêndio na boate Kiss, em Santa Maria, Rio Grande do Sul. A presente pesquisa foi elaborada no ano anterior à tragédia, sendo que a escolha pelo tema não foi influenciada por ela. Porém, a fase de

coleta de dados aconteceu, mesma cidade, um mês após a tragédia. Isso fez com que tal situação fizesse-se presente em todas as entrevistas, seja em forma de relato de experiência ou nas expectativas que os profissionais geraram em prol de mudanças positivas no atendimento das pessoas enlutadas. Foi reservado um espaço deste artigo para apresentar os dados obtidos, visto que se demonstraram de grande importância em função da reflexão gerada a respeito da conduta dos profissionais frente a sujeitos em processo de luto. A partir de agora, então, passar-se-á a desenvolver este assunto.

Tragédia da Kiss, mudanças e expectativas de mudanças no cotidiano de trabalho

Desenhado como a segunda maior tragédia do país, o incêndio na casa noturna de Santa Maria pegou a todos de surpresa, gerando reações à morte e ao luto de uma intensidade muito maior ao que acontece nas perdas cotidianas. Os desastres servem para mostrar à sociedade que ela é mais forte do que imagina ser, capaz de aprender com as perdas e organizar-se de forma articulada para dar conta das necessidades dos sujeitos, mesmo que necessite mudanças constantes nessa organização (Mattedi, 2008). Essa mudança e flexibilização não poderia ser diferente na organização dos profissionais, como segue:

Nós tínhamos aqui uma suposta rede, e tinha muitos serviços isolados, não existia uma conversa entre serviços, que trabalhavam nas suas especificidades, e... e agora não né, esse evento obrigou a rede a, a se agilizar (...) E todo mundo saiu meio que das suas... acomodações, e trabalhar em conjunto, e fazer outras coisas (Psi4).

Parece que foi necessário acontecer uma tragédia de grande dimensão para que os profissionais pudessem olhar uns aos outros e permitirem-se trocar ideias e experiências com o colega, o que deveria ser premissa básica ao cotidiano de trabalho. A dor e o susto desacomodaram tais profissionais, obrigando-os a ver que sozinhos não poderiam obter

bons resultados. Assim, logo após a tragédia todos foram cercados pela dor, não permitindo que haja uma posição passiva frente à morte. Percebe-se isso também na fala de um entrevistado:

[depois da kiss] a morte foi para a rua, está em passeatas, está nas Igrejas, está nos consultórios, está no sofrimento de cada um, e esse sofrimento de cada um virou um sofrimento coletivo. Todas as pessoas envolvidas de maneira direta ou indireta foram afetadas (...)Passou a ser do cotidiano falar sobre as pessoas que morreram, e a possibilidade de se deparar com isso (Psi1).

A reação de negação também ficou, assim, comprometida. Não houve espaço para ignorar essa presença e, como consequência, muitas pessoas obrigaram-se a pensar em sua finitude. Assim como desacomodou o medo da morte, houve redes que, por agrupar pessoas sentindo a mesma angústia, puderam ser continentes desse sofrimento, facilitando a superação dele. A associação entre morte e aviso, feito geralmente sob forma de doença e velhice, também precisou ficar de lado, visto que as vítimas da tragédia estavam em situação oposta: jovens, saudáveis e se divertindo. Pode-se entender melhor essa situação na fala de um entrevistado:

Porque agora a morte passa a ser real, apesar de ela sempre ser... Porque (...) não é algo que se pense ou que se espere. Agora vai passar a ser, ou pelo menos passa a ser cogitado como real pra quem está mais próximo. Não é porque se é jovem que não se morre (Psi3).

Assim, o estado de choque faz necessário uma atenção diferenciada para poder superar tal estado. Nessas situações, as intervenções de apoio durante o período de choque demonstram-se importantes e efetivas. Isso torna o desenvolvimento da elaboração do processo de luto mais tranquilo, visto que foi possível haver maior preparação para ele, mesmo a morte acontecendo sem aviso (Massing, Lise, & Gaio, 2009). Para os

profissionais, por sua vez, essa tarefa é difícil, visto que não há aviso prévio da demanda, tampouco preparação para dar conta dela. Psicólogos e psiquiatras são formados para dar conta do sofrimento humano, mas, como visto anteriormente, a morte fica de fora desta cartela de possibilidades por ser algo que demanda sofrimento também do profissional. Assim, este tipo de situação apresenta-se como algo assustador aos profissionais, mas que precisa ser feito, fazendo-os encarar seus medos frente a essas questões:

A questão da urgência né, efetivamente num primeiro momento (...) e uma demanda muito específica com pacientes numa, num estado de angústia muito elevada, que queriam intervenções imediatas e que nós, psicólogos, não temos essa formação, né?(Psi7).

Dessa forma, a tragédia da Kiss, embora tenha trazido muita dor e sofrimento, deixou alguns aprendizados. Isso demonstra que as mortes não foram em vão, pois a nova organização e reflexão que surgiu com ela fez com que outras tantas perdas possam ser evitadas. Nesse leque de aprendizados está presentes a consolidação da rede de atendimento aos usuários, que liga diversos Serviços e profissionais que são complementares nas atuações conjuntas; preparo dos profissionais para sua própria proteção e maior sucesso nas intervenções com os sujeitos; e maior espaço para reflexão de temas relativos à morte, evitando sofrimentos como este. Por ser uma tragédia recente, é preciso certo tempo para que as mudanças se consolidem. Porém, é também essencial um investimento dos profissionais e das instituições que o abrigam para perceber tais necessidades e agir em prol delas.

Considerações finais

Em função de a morte ser um tema doloroso e coberto por tabus, falar e permitir-se trabalhar com isso torna-se difícil. Assim, pode-se perceber em muitos profissionais de saúde mental um distanciamento do tema, com conseqüente negação como forma de

proteção. Em contrapartida, se há um espaço de confiança para poder falar sobre morte e suas conseqüentes dores, torna-se mais fácil elaborar o medo e a perda, e assim liberar energia para investimento em outras questões mais saudáveis. Assim, se psicólogos e psiquiatras estiverem preparados para lidar com seus medos e também com as dores e medos dos pacientes, ambos tornam-se mais protegidos. O paciente sai ganhando, pois encontra alguém que pode acolher sua dor e auxiliá-lo em direção à elaboração da perda. O profissional, por sua vez, preserva-se do sofrimento de encarar a morte sem qualquer tipo de proteção.

Para tal função, uma interessante forma de abordagem é a grupoterapia, que se demonstra interessante por ser rápida, afetiva e eficaz. Para o profissional, ela oferece muitos ganhos, como o apoio afetivo grupal na elaboração do luto de cada um, que torna o grupo continente da dor, raiva e demais sofrimentos relacionados ao luto. Também, ao poder falar da sua dor ao grupo, outras pessoas acabam por ficar “contagiadas”, permitindo-se falar e encarar a sua própria dor. Dessa forma, o profissional fica mais livre para atuar no aqui agora sem grandes planejamentos lineares de intervenção.

Por outro lado, a intensa medicalização do luto faz um movimento contrário à grupoterapia. Socialmente temos que morte e luto são negados como forma de proteção, ocasião em que a medicação entra nesse mesmo sentido. Por amenizar as reações de sofrimento, a intervenção farmacológica vem de encontro à negação desses sentimentos, autorizando a impossibilidade de sofrer. No entanto, ela também pode ser utilizada de forma útil e eficaz. Em casos onde o sujeito encontra-se imobilizado pela dor e sofrimento, poder contar com alguma medicação que o liberte desse estado inerte facilita a elaboração do luto, pois impulsiona esse processo. Cabe, então, aos profissionais que acompanham o sujeito, avaliar a que ponto é necessária e interessante a intervenção

farmacológica. De qualquer modo, não se pode deixar de lado a psicoterapia ou quaisquer outros métodos que intervenção que auxiliem o sujeito em prol da elaboração de seu luto.

Este trabalho trouxe também outra situação que, ao contrário das demais trabalhadas, foi totalmente atípica do cotidiano de atuação clínica. Trata-se da tragédia da boate Kiss, acontecida no início de 2013 na cidade de Santa Maria/RS. Esta trouxe à tona muitas questões e problemas vivenciados cotidianamente, mas mascarados por tabus e negações. Com a morte de centenas de jovens, a presença da morte na vida das pessoas não pôde mais continuar esquecida ou sem importância. Assim, a tragédia obrigou muitas pessoas a pensar sobre sua própria morte e a possibilidade de perda das pessoas próximas a si. Fez, também, lembrar que na maior parte das vezes a morte não manda avisos ou dá tempo de preparar-se para a perda. Por outro lado, a dimensão da tragédia possibilitou uma reflexão sobre a atuação de muitos profissionais e a maior necessidade de preparo deles a fim de evitar que eles e os sujeitos atendidos sofram de forma desnecessária. Também, a rede de serviços e atendimento necessitou de nova reformulação, consolidando fluxos e atenções antes esquecidas, trazendo ganhos permanentes tanto aos usuários quanto aos profissionais. Então, somando esses conhecimentos a novas ações, pode-se garantir que outras tragédias como essa sejam abordadas de uma forma menos angustiante tanto pelos profissionais quanto pelos sujeitos afetados. Ainda, permitindo-se aprender com tal situação, pode-se garantir um dia a dia mais prazeroso, superando-se o medo da morte em prol de um bem viver.

Assim, no desenvolvimento deste trabalho pôde-se concluir que muitas mudanças sociais e de organização de pessoas e profissionais estão sendo positivas e necessárias. Então, percebe-se que há também uma necessidade de mudança na formação de profissionais psicólogos e psiquiatras a fim de prepará-los para lidar com a morte e seus assuntos correlatos, visto que parece ser muito difícil desenvolver uma carreira clínica

nessas profissões sem nunca deparar-se com esta temática. Por se tratar de questões de urgência, não há tempo para um mínimo preparo ou para buscar ajuda pessoal ou profissional. Assim, parece que a formação acadêmica teria possibilidades de evitar tal situação, fornecendo preparo teórico e/ou prático que defenderia os profissionais deste sofrimento, já que os deixaria pronto para atuar sem desespero. Dessa forma, entende-se que há, também, necessidade de maiores estudos sobre o tema, a fim de orientar que essa transformação aconteça de forma segura e vindoura.

Referências Bibliográficas

Ariès, P. (1977). *História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Azeredo, N. S. (2007). *O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re)pensar a formação*. [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Azeredo, N. S. G., Rocha, C., & Carvalho, P. (2011). O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, pp. 37-43.

Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Basso, L., & Marin, A. (2010). Comportamento de apego em adultos e a experiência da perda de um ente querido. *Aletheia*, 32, 92-102.

Bellato, R., Araújo, A. P., Ferreira, H. F., & Rodrigues, P. F. (2007). A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. *ACTA*, 20(3), 255-263.

Bernieri, J., & Hirdes, A. (2007). O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(1): 89-96.

Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012*.

Brown, F. (1995). O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: B. Carter, & M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cassorla, R. M. (2002). Reflexões sobre a psicanálise e a morte. In: M. J. Kovács, *Morte e Desenvolvimento Humano* (pp. 91-112). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Cavallari, M., & Moscheta, M. (2007). Reflexões a respeito da identificação projetiva na grupoterapia psicanalítica. *Revista da SPAGESP*, 8(1).
- Combinato, D., & Queiroz, M. (2006). Morte: Uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 209-216.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Resolução N° 010/2012. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos.*
- Franco, M. (2008). Luto em Cuidados Paliativos. In Conselho Regional de Medicina de São Paulo. *Cuidado Paliativo* (pp. 559-573). São Paulo.
- Freud, S. (1915) Os instintos e suas vicissitudes. Edição Standard Brasileira das obras completas, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- Gil, A. (2010). *Como elaborar Projetos de Pesquisa. 5a ed.* São Paulo: Atlas.
- Kovács, M. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468.
- Kovács, M. (2010). *Morte e desenvolvimento humano.* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2011). A morte em vida. In: Bromberg, M. H. P. F.; Kovács, M. J.; Carvalho, M. M. M. J.; Carvalho, V. A. *Vida e morte: laços da existência. 2ª. ed.* São Paulo: Casa do Psicólogo. Pp.11-34
- Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9a. Ed.* São Paulo: Martis Fontes.
- Marta, G., Marta, S., Andrea Filho, A., & Job, J. (2009). O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 405-416.
- Massing, C., Lise, F., & Gaio, J. (2009). Psicologia das emergências e dos desastres: Intervenções em Guaraciaba - SC . *V Seminário Internacional de Defesa Civil - DEFENCIL.* São Paulo: Anais do V DEFENCIL.
- Mattedi, M. (2008). A Abordagem Psicológica da Problemática dos Desastres: Um Desafio Cognitivo e Profissional para a Psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (1), 162-173.
- Mautoni, M., & Soares, E. (2013). *Conversando Sobre o Luto.* São Paulo: Ágora.
- Minayo, M. C. (2012). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 31a. ed.* Petrópolis: Vozes.
- Pascoal, M. (2006). Trabalhando em grupo com enlutados. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 725-729.
- Rodrigues, J. (2011). *Tabu da morte. 2ª ed.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Rodrigues, J. (2007). A morte numa Perspectiva antropológica. In: D. Incontri, & F. Santos, *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Comenius.

Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes.

Yalom, I. (2006). *Psicoterapia de Grupo: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ARTIGO 3

ATUAÇÃO CLÍNICA DE PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS FACE AO SUICÍDIO

Formatado de acordo com as normas da Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia, a qual
será submetido após a defesa.

Atuação clínica de psicólogos e psiquiatras face ao suicídio

Anaíse Dalmolin
Alberto Manuel Quintana

Resumo

Se falar de morte já é difícil, tratar de suicídio torna-se ainda mais complicado. Por isso, ainda é pequena a produção bibliográfica sobre o tema. Para contribuir com o assunto, este trabalho traz os resultados de uma pesquisa feita com psicólogos e psiquiatras atuantes a nível clínico no sistema de saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul, que objetivou entender a presença da morte no cotidiano de trabalho desses profissionais. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com eixos norteadores e os resultados foram interpretados através de análise de conteúdo. Pôde-se concluir que atendimentos psicológicos e psiquiátricos demonstram-se como os mais eficazes para prevenção de finais trágicos, sempre em conjunto com o apoio familiar. Porém, o assunto não aparenta ser de fácil manejo. Então, poder pensar e debater o suicídio contribui com a formação destes profissionais e atuação bem sucedida.

Palavras-chave: Suicídio; Psicologia da Saúde; Tanatologia.

Psychologists and psychiatrists practicing clinical compared to suicide

Abstract

Talking about death is difficult, but about suicide becomes even more complicated. Therefore, the scientific literature on the subject it is still in little number. To contribute to the subject, this paper presents the results of a study with psychologists and psychiatrists that works into clinical way in the health system of a city in the interior of Rio Grande do Sul. The research objective was understand the presence of death in the daily work of these professionals. Were used semi-structured interviews with guiding principles and interpreted through content analysis. It was concluded that psychiatric and psychological care are demonstrated to be the most effective for preventing tragic end, always in conjunction with family support. However, it does not appear to be manageable. So, being able to think and discuss suicide contributes to the formation of these professionals and successful performance.

Key-words: Suicide; Health Psychology; Thanatology.

Trabajo clínico de psicólogos y psiquiatras en comparación con el suicidio

Resumen

Si ya es difícil hablar de la muerte, tratar de suicidio es todavía más complicado. Por lo tanto, es escasa la literatura científica sobre el tema. Como contribución al tema, este trabajo presenta los resultados de una investigación realizada con psicólogos y psiquiatras, con actuación clínica en el sistema de salud de un municipio del interior de Rio Grande do Sul. El objetivo de la investigación fue conocer la presencia de la muerte en el trabajo diario de estos profesionales. Se utilizaron entrevistas semi-estructuradas con ejes orientadores y los resultados fueron interpretados mediante análisis de contenido. Se concluyó que atendimientos psicológicos y psiquiátricos demostraron ser los más eficaces para prevención de finales trágicos, siempre en conjunto con el apoyo familiar. Entretanto,

el tema no se presenta como siendo de fácil manejo. Así, poder pensar y debatir el suicidio contribuye para la formación de estos profesionales y para una actuación bien sucedida.

Palabras-clave: Suicidio; Psicología de la salud; Tanatología.

Introdução

Se falar sobre a morte já é difícil, falar sobre um desejo da morte de si mesmo torna-se ainda mais complicado. Não se sabe ao certo o motivo de muitas pessoas desejarem ou tentarem suicídio, mas já é sabido que quando ele acontece é fruto de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (Cassorla, 2004; Werlang, 2012). Este é, então, um tema que têm desafiado muitos pesquisadores, e ainda permanece sem consenso em suas pesquisas (Barros, Oliveira, & Marín-León, 2004). Os detalhes sobre motivação e também do próprio ato suicida ainda são pouco investigados e explorados, continuando sem resposta a maior parte das perguntas sobre o tema. Ainda, há pouca produção sobre o assunto, tanto na literatura nacional quanto na internacional (Botega et al, 2009; Gonçalves, Gonçalves, & Oliveira Júnior, 2011).

Para Durkheim (2011), o suicídio é fruto de um arranjo social e pode ser impulsionado por uma perda de referencial, como uma mudança brusca em algum sentido da vida. Barros, Oliveira e Marín-León (2004) corroboram com esse pensamento, trazendo que, em situações de suicídio, há um importante fator externo, que é o meio social onde a pessoa vive. Assim, pode-se considerar que o suicídio é um somatório de sofrimento e presença de fatores de risco para que ele ocorra (Meleiro, Fensterseifer, & Werlang, 2004). Ainda, ele não é um fato isolado ou um impulso, mas um processo (Kovács, 2010).

A necessidade de políticas públicas de prevenção ao suicídio também emerge através de números. Ao menos 1/5 da população residente em território urbano possui ideação suicida em algum momento da vida, e a cada 3 casos de suicídio, apenas 1 teve acesso a algum atendimento de saúde (Botega et al, 2009). Também, ao menos metade dos mortos por suicídio nunca consultaram profissionais de saúde mental (Botega & Werlang, 2004). Então, percebe-se como possibilidade de controle de mortalidades por suicídio um bom acompanhamento por algum profissional da saúde. Porém, paradoxalmente, esse serviço não é acessível a boa parte da população brasileira. Sabe-se, infelizmente, que não é um assunto isolado, visto que a dificuldade de acesso estende-se a

todo tipo de atendimento e tratamento público. Também é sabido que tal problema não possui uma solução rápida e definitiva, mas é preciso discutir saídas para que se torne realidade (Cassorla, 2004; Cavalcante & Minayo, 2012).

Para contribuir com o debate e avanços científicos, este trabalho traz resultados de uma pesquisa feita com psicólogos e psiquiatras atuantes na rede de saúde mental em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul com objetivo de compreender a presença da morte no trabalho clínico através da percepção dos profissionais de psicologia e psiquiatria. Os resultados da pesquisa estão aqui expostos para abordar sobre esse tema, que, apesar de bastante corriqueiro, é pouco debatido, tanto nas esferas sociais como acadêmicas. Por isso, o desenvolvimento desse artigo demonstra-se importante para contribuir na construção de conhecimento a fim de poder evitar novos casos, que são sempre prejudiciais para pessoas, famílias e sociedade em geral.

Metodologia

O presente estudo foi feito em caráter exploratório e transversal (Gil, 2010) com metodologia clínico-qualitativa. A pesquisa foi feita em ambiente natural, sem controle das variáveis (Turato, 2013). Para coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semidirigidas com eixos norteadores. Nesse método, o entrevistado fala livremente com pequenas intervenções do entrevistador, que guia o diálogo através de eixos (Minayo, 2012). Os eixos norteadores utilizados na entrevista foram: atuação em ambulatório; interesse pelo tema 'morte'; morte e atuação clínica; formação para o assunto; situações relacionadas à morte na experiência profissional; avaliação da estrutura dos Serviços para o tema. A coleta de dados iniciou-se após autorização das instituições alvo do estudo e autorização do comitê de ética em pesquisa (CEP) da UFSM que tem o certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) número 11664512.0.0000.5346.

Todas as entrevistas foram feitas no ambiente de trabalho dos entrevistados e com prévio contato e agendamento. No início da entrevista foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao entrevistado, que ficou com uma cópia para certificação. Em todas as fases da pesquisa foram considerados os preceitos da Resolução 466/12 (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2012) que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos e Resolução 010/2012 (Conselho Federal de Psicologia, 2012).

No total, havia cinco instituições que abrigavam os profissionais de nosso interesse, sendo um Ambulatório de Saúde Mental e quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas modalidades de álcool e outras drogas, sofrimento psíquico

intenso e infantil. Foram convidados a participar todos os psicólogos e psiquiatras que nelas atuam em nível clínico e que na época da coleta de dados não estivessem afastados. Dos quinze profissionais habilitados para a pesquisa, conseguiu-se entrevista de dez, sendo sete psicólogos e três psiquiatras. Os demais profissionais, três deles psicólogos e dois psiquiatras, foram procurados por diversas vezes, mas alegaram falta de tempo para a entrevista. Até o final do prazo de coleta de dados não foi possível adequar seus horários para conceder a entrevista, ficando eles, então, fora da pesquisa. Infelizmente não se conseguiu obter representantes de todas as instituições, ficando duas delas ausentes nessa pesquisa em função de dificuldades de contatar os profissionais nelas atuantes no tempo reservado para a coleta de dados. Para preservar a identidade dos participantes, os dados identificatórios foram suprimidos e a identificação restringe-se às letras “Psi” para psicólogos e “Md” para médicos psiquiatras, seguida de número ordinário. Então, os entrevistados são denominados da seguinte maneira: Psi1; Psi2; Psi3; Psi4; Psi5; Psi6; Psi7; Md1; Md2; Md3.

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para proceder à análise de dados. Os resultados encontrados foram interpretados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2010). A análise iniciou com a transcrição das entrevistas, seguida de leituras flutuantes. Estas constam em ler o conteúdo das entrevistas várias vezes, permitindo utilizar-se das impressões e observações advindas desta leitura. O intuito desta prática é internalizar o conteúdo e identificar suas ideias principais. Após, essas ideias são transformadas em unidades de análise, compostas pelas falas mais relevantes. A partir das falas do sujeito, busca-se fazer uma relação entre estruturas semânticas e significantes, e também entre estruturas sociológicas e psicológicas. Esses conteúdos, junto com a base teórica obtida pelo estudo da literatura que também traz os temas pesquisados, deram origem ao material exposto nesse trabalho.

Resultados e discussão

Diferenciando o desejo de morrer de vícios de linguagem

Um elemento que chamou a atenção em todas as entrevistas foi a difícil diferenciação entre ideação suicida e ameaças históricas como formas de chamar a atenção. De modo geral, diferencia-se o risco na presença de sofrimento intenso oriundo de dificuldades ou frustrações, enquanto reações teatralizadas tendem a ser encaradas como chantagens (Rocha, 2008). A ideia de que é uma manipulação deve ser deixada de

lado, pois é cheia de rótulos que não irão ajudar neste momento (Botega & Werlang, 2004). Um entrevistado trouxe essa problematização:

É que pensar em morrer, todos pensam, tá? E as pessoas manifestam muitas vezes que, ah, "pensei em morrer", "queria morrer", mas aí (...) como uma angústia, como um certo desespero diante de um fato que parece intransponível. (...) Então, pensar em morrer, dizer que quer morrer, eu acho que é uma manifestação neurótica muito trivial e comum (...) e pensar que... querer se matar ou dizer que vai se matar ou que já tentou se matar, aí é um outro tipo de escuta que aparece (Psi7).

Da mesma forma, Carvalho (2011) traz seu próprio relato, ao comentar a dualidade suicida, de já ter pensado em morrer em situações de grande dificuldade ou sofrimento, mas que apesar desse sentimento, nunca pensou em cometer suicídio. Assim, percebe-se como comum piadas envolvendo morte ou bordões sobre o tema, como os clássicos “estou morrendo de fome”, “se fizer isso, me *mato!*”, “queria *morrer* de tanta vergonha”, entre tantos outros. Essas falas, no entanto, não são apenas um sentido figurado da situação, mas nos trazem uma importante manifestação de medo da morte. Tememos tanto que, se nos deparamos com esse medo, o peso do sofrimento é insuportável. As piadas surgem, então, na tentativa de manipular o medo e ter a ilusão de um controle sobre a morte (Kovács, 2005). Entretanto, algumas vezes essas frases e demonstrações não possuem sentido de piada, mas de um desejo real, por vezes já planejado. E poder discernir brincadeira de realidade é ainda mais difícil do que parece. Nesse sentido, a presença implícita do risco de suicídio esteve presente nas entrevistas:

Os pacientes vêm com sintomas depressivos, né, muitas vezes eles, explicitamente... eles verbalizam a ideia né, outras vezes são sintomas, são indícios (...) Às vezes tu vê através do exame psiquiátrico, tu vê o afeto do paciente né, o afeto depressivo... ou o paciente tá verbalizando isso... algumas condutas, assim... auto agressivas, né... (...) tentativas anteriores, história familiar de suicídio, né... Uma série de... (pausa) sinais e sintomas. (...) mas pra gente tem, né, que ficar bem claro, assim, que há um risco de suicídio (Md1).

Assim sendo, na prática nem todos os suicídios são claros e explícitos. Isso gera uma necessidade de haver preparação dos profissionais que possam vir a atender tais casos para entender esses sinais. Ainda, além da necessidade do sujeito em deparar-se com um profissional qualificado para entender-lhe e solucionar sua demanda, é uma questão que gera sofrimento ao profissional, visto que provoca uma certa insegurança no

agir. Há três intensidades no que se refere aos atos ou intenções. Na mais intensa, onde se encontram os suicidas que efetivam a morte, a intensão de morte é clara e os atos escolhidos, se não fatais, são de pouca chance de erro. As tentativas de suicídio, por sua vez, são atos claramente auto agressivos que demonstram uma intenção autodestrutiva de quem o comete, sem haver, no entanto, consciência clara do risco de morte ou chance de sobrevivência. Por fim, a forma mais leve são as pessoas que verbalizam o desejo de morte mas não cometem nenhum ato intencional que leve a ele (Kovács, 2010; Ores et al, 2012). Nas falas, percebe-se a presença sutil, quase imperceptível destes riscos. Parece que é necessário muito cuidado e atenção para esses riscos não passarem despercebidos e, principalmente, acompanhamento intensivo do paciente que refere esses sinais: “O idoso, pra ele, é... ter problemas com, com a vida né, não é só chegar e dá um tiro, tomar medicação, não é isso, é parar de tomar medicação, é parar de se cuidar (Psi3)”. Nessa fala pode-se entender como o assunto torna-se complexo ao profissional, que precisa estar atento a esses sinais sutis. O ser humano necessita de cuidados constantes, como alimentação, sono e afeto, e no descuido com essas funções percebemos alguém que, mesmo em vida, já não vive mais. Kovács (2010) trata esse assunto como paradoxal, “em que a pessoa ‘está’ morta, mas ‘esqueceu’ de morrer” (p. 3). Ela denomina “morte em vida”, demonstrando que não viver e estar com o corpo sem vida não são coincidentes. Esse fim de vida pode ser, então, considerado como a perda da subjetividade, que faz as relações acontecerem. Nesse caso, de idosos, parece que a quantidade de vida está sendo superior à qualidade de vida, já perdida no tempo. Esse fim não está relacionado apenas à idade, mas também ao sofrimento, responsável pela perda da vontade de viver. E esses conflitos, muitas vezes inconscientes, podem levar a atitudes suicidas aparentemente não intencionais:

Teve os pacientes nossos que morreram por injeção de droga, porque aqui também tem comorbidade né, então usuário de droga e transtorno mental grave (...) de usar, usuário de crack, sabe, foi tanto, tanto, tanto que... Acredito que não foi intencional sabe, mais o que eles fazem é medicação né, a droga, é a medicação né (Psi6).

Para o profissional, parece complicado entender esses sinais, visto que tais atitudes de risco já fazem parte do seu dia a dia. Para isso, é preciso conhecer o paciente, suas angústias e seus hábitos no que se refere uso de drogas e medicamentos. Assim sendo, algumas pessoas demonstram de forma simbólica e deslocada esse desejo, sendo chamadas de suicídios inconscientes, que podem ou não levar à morte (Kovács, 2010).

Alguns entrevistados diferenciaram essas tentativas inconscientes do risco implícito de suicídio, abordado acima: “O que acontece são as tentativas inconscientes, em que eles andam descuidados por entre os carros, ou se perdem nas medicações... (Psi2)”. Observando-se essa fala, parece que os sujeitos utilizam os meios que estão em seu alcance nas tentativas inconscientes. Não são buscados métodos eficazes e estereotipados, como enforcamento, mas utiliza-se o que o dia a dia proporciona, porém de maneira arriscada, despida do cuidado necessário à vida.

Esses sutis sinais emitidos pelos pacientes transferem grande responsabilidade aos profissionais que os acompanham, gerando dúvidas e incertezas na atuação: “*Sempre é difícil porque causa muita preocupação né, tu... te sente responsável também né, e tu é responsável também. (...) a gente acaba se sentindo culpada, né...(Md1)*”. Assim, o maior peso ao profissional parece ser a pressão sutil que é exercida sobre ele. Afinal, quando acontecem tentativas desse gênero, que estão presentes nas entrelinhas, é difícil notar o real desejo do paciente. Porém, quando acontece de um suicídio ser efetivado, os sinais ficam mais claros na posteridade, gerando culpa no profissional, muitas vezes por não se considerar capaz de ter percebido o que estava prestes a acontecer. Todavia, é necessário ponderar até onde vai a responsabilidade do profissional, a fim de evitar culpas desnecessárias. Isso não exime a responsabilidade do terapeuta em observar com cuidado seu paciente e seus desejos. Pelo contrário, é permitir que este profissional se coloque no real local, em que pode evitar a morte do paciente através de intervenções adequadas, mas não pode vigiá-lo o tempo todo para evitar que cometa o ato fatal.

Portanto, entende-se que o suicida costuma comunicar seu desespero de alguma forma, seja sutil, em palavras, ou explícito, em planos/tentativas de suicídio mal sucedidas. Porém, muitas vezes as pessoas próximas não percebem tal pedido de ajuda, e, se percebem, sentem-se impotentes. É comum acontecer a busca de ajuda feita pelos familiares a algum profissional, mas nem sempre o encaminhamento e atendimento é fácil ou a tempo, o que dificulta o socorro e intervenção (Cassorla, 2004; Werlang, 2012). E esse equívoco acontece também com profissionais, que deveriam estar preparados para lidar com essas situações: “*Porque o verdadeiro suicida, ele não diz que se mata. Ele não te diz. Ele não diz ‘ah eu tenho vontade de morrer, vou me cortar, me atirar’... não (Md2)*”. Botega & Werlang (2004) contrariam essa fala ao comentar que a máxima de “quem se mata não avisa”, apesar de comum, é errada. Isso porque sempre há algum sinal de alerta, mesmo que não percebamos. Então, parece que a formação acadêmica é de vital

importância neste aspecto, pois traz informações para que os profissionais possam detectar tais sinais, além de outros fatores de risco, e poder trabalhar da melhor forma com eles e atuar da melhor forma, com o objetivo de proteger o paciente. Um fator importante nessa diferenciação é a intencionalidade suicida, que é identificada pelo grau de lucidez no planejamento, preparação e objetivação. Um dos entrevistados questiona o desejo de morrer, contestando que não possa existir um desejo de fato, pois não se sabe o que acontece depois: *“ninguém quer morrer, ninguém acha uma maravilha a morte. Hã... mesmo os que dizem que querem morrer não, não sabe, têm medo até né, não sabem como é que é a morte, ninguém sabe como é que é (Psi6)”*. Em termos psicológicos, entende-se que o desejo de um suicida é ambivalente, querendo viver e morrer ao mesmo tempo. Por ser fruto de um sofrimento psíquico, o resultado do conflito depende diretamente da intensidade desse sofrimento e da forma como o indivíduo lida com ele. E, quanto aos aspectos inconscientes da morte, ainda não há uma representação convincente. Então, se não se sabe o que é ela, não é a morte que o suicida busca, mas substitutos dela fantasiados. E, por serem inconscientes, somente podemos ter acesso a eles através da psicanálise. (Cassorla, 2004; Botega & Werlang, 2004; Kovács, 2010).

Então, todo ato suicida envolve sofrimento intenso, e essa é a maior motivação do ato. A intenção do suicídio é interromper uma situação dolorosa onde a única saída encontrada é interromper também consigo, pois tal sofrimento está dentro de si. Entendemos isso na seguinte fala: *“toda tentativa é uma tentativa impulsionada por um desespero muito grande, por uma percepção de uma incapacidade de dar conta de um sofrimento, ou seja, pelo pedido de ajuda (Psi7)”*. Assim, se não há risco real de morte há, no mínimo, um doloroso pedido de ajuda que deve ser ouvido. E, se foi dito ao profissional, é porque a pessoa o vê como alguém capaz de auxiliar e confia que irá ajudá-lo a ponto de requisitar isso. Entendida a necessidade de ajuda solicitada através destes atos, agora serão desenvolvidos alguns importantes detalhes advindos da interpretação das entrevistas sobre o tema de suicídio.

Suicídio e patologias psiquiátricas

Algo que chama a atenção em casos de tentativas de suicídio é a comorbidade deste com patologias psiquiátricas. Já se sabe que boa parte de pacientes com ideação suicida ou que já efetuaram tentativas possuem algum transtorno mental, principalmente depressão (Barros, Oliveira, & Marín-León, 2004). A depressão, por exemplo, aumenta

em trinta vezes a chance de suicídio, e sabe-se que cerca de 15% dos depressivos efetivam o suicídio (Meleiro, Fensterseifer, & Werlang, 2004). Rodrigues et al (2012) observaram que a presença de transtornos de ansiedade é muito alta em pessoas que cometeram suicídio, porém não há estudos nacionais relacionados às causas do assunto. Essa questão veio à tona nas entrevistas, onde os entrevistados explicam os diferentes fatores envolvidos, a começar por essa fala:

Mas sempre, né, ligado a alguma patologia, assim. Aliás (...) é um sintoma (risos) patológico (...) a pessoa não tá bem, no momento em que ela decide né (...) a pessoa pode não estar (..) no seu normal no momento em que ele decide cometer suicídio (Md1).

Como abordado anteriormente, o sofrimento está sempre presente em atos e pensamentos suicidas, o que torna o tema difícil de ser trabalhado. Mas esse sofrimento pode estar maximizado pela presença de alguma patologia psiquiátrica e seus infortúnios. De tão próximos, parece confuso definir onde se encontra o suicídio, se está com uma doença ou se é a própria doença. De qualquer forma, nesta fala podemos perceber novamente a presença de um sofrimento intenso, definido como “não estar no seu normal”. Entretanto, é importante diferenciar que suicídio por si só não é uma doença, e sim um comportamento, que pode estar associado a alguma patologia (Berlote, Mello-Santos, & Botega, 2010).

Isso, entretanto, não é motivo de subestimar os atos ou ideias suicidas. Pelo contrário, é um motivo de alerta para ver a pessoa na sua totalidade, com seus impulsos, sofrimentos, apoios e patologias. Isso porque as atitudes que são consideradas brandas, sem risco, podem resultar em uma nova tentativa com maior probabilidade de morte caso o sofrimento não seja tratado adequadamente (Cordás, 2008). Esse alerta é necessário pois a tendência mais comum é desvalorizar qualquer pensamento suicida quando advém de alguém com conhecida patologia psiquiátrica, como se fosse apenas uma manifestação desta, sem risco real. Os profissionais de saúde, entretanto, precisam sair desse senso comum para poder ofertar uma real ajuda ao paciente.

Toda fala e tentativa relacionadas a um ato suicida precisam ser motivos de alerta, como nos atenta um entrevistado: “*Mas a gente tem que ter muito cuidado, porque, né... Sempre, não dá pra subestimar, não dá pra minimizar, né... Sempre tem que supervalorizar quando se pensa no risco (Md1)*”. Assim, entendemos que, quando se trata de ideias suicidas, todo cuidado é pouco. Porém, há algumas pegadinhas que podem

nos enganar caso não aconteça uma avaliação minuciosa do paciente. Algumas respostas contraditórias ao esperado do quadro clínico do paciente, por exemplo, são sinais de alerta. Afinal, não é possível haver uma melhora imediata causada por algo que não teve solução ou mudança significativa que justificasse tal melhora. Ou seja, é importante ficar atento ao que parece inconsistente dentro da patologia apresentada e avaliação psiquiátrica (Berlote, Mello-Santos, & Botega, 2010). Um dos entrevistados nos alerta sobre a falsa ilusão de melhora que por vezes acontece, enganando-nos sobre a complexidade da dor do paciente: *“a dor é tão grande que ele, de repente, quando ele montou um plano [suicida], ele fica bem (...) ele encontrou a solução (Md2)”*. Essa fala evidencia o suicídio como solução de um grande sofrimento. Assim, o entrevistado demonstra que a rápida melhora é um grande sinal de que há um risco iminente. Ou seja, quando alguém demonstra uma dor muito grande, que cessa sem motivos aparentes, é necessário maior atenção, pois esse ato evidencia que, na verdade, houve uma piora no quadro emocional da pessoa. Isso porque o que fez com que a pessoa se acalmasse não foi a solução dos problemas manifestos, mas a ilusão da solução através da morte.

Assim, por vezes aceita-se essa falsa melhora por ser mais confortável acreditar que o perigo passou e nenhuma nova intervenção é necessária. Porém, é nessa situação em que mais se deve ter cuidado e preocupação. Então, por ser de grande complexidade e geralmente envolver patologias e sofrimentos de diferentes dimensões, não se pode criar a ilusão de que apenas um profissional dará conta de contornar a demanda do sujeito. Ainda, assim como todos os atendimentos multiprofissionais, é de extrema importância que todos os profissionais da equipe tenham uma boa comunicação e articulação de ações. Por se tratar de situações delicadas, também é importante que esses profissionais estejam com uma boa comunicação com os familiares destes sujeitos, o que completa a rede de apoio a ele (Ferreira & Gabarra, 2013). Essa necessidade foi trazida por um entrevistado:

Em muitos casos só o atendimento dele com o psicólogo não vai dá conta, ele já tem outros transtornos, a maioria deles, não é só o, o alcoolismo, não é só a drogadição, ele já tem o Transtorno Bipolar, uma Esquizofrenia, uma depressão severa, e... e aí tem que ver na equipe se revisa a medicação, o médico psiquiatra faz isso (Psi4).

Aqui é de especial destaque para a atuação conjunta e complementar de psicólogo e psiquiatra. Essa dupla é necessária e singular em saúde mental pois suas atuações se complementam. O psiquiatra, então, possui uma visão focada na influência biológica do comportamento enquanto o psicólogo foca seu olhar nas influências deste comportamento

e estrutura de personalidade. Assim, é possível entender a totalidade psicológica, também não sendo possível para apenas um dos profissionais isolado (Occhini & Teixeira, 2006). E essa dupla, para completar as formas de apoio ao sujeito, também precisa que a família esteja em sintonia nesse objetivo. Todos esses não são relações fáceis de serem tecidas, tampouco de forma imediata. Elas são difíceis de estabelecer e fáceis de romper, e por isso necessitam da vontade de todos e vínculos de confiança entre si e com o sujeito (Schrank & Olschowsky, 2008).

Entretanto, nem todos os suicidas potenciais irão procurar por algum tipo de ajuda, assim como muitos familiares nem irão perceber essa necessidade. Afinal, trata-se de um comportamento que pode cessar caso algumas necessidades sejam resolvidas, e não de uma patologia que somente é controlada com apoio profissional. O ideal, porém, é que essa procura aconteça, sendo vários os motivos para isso. Como já visto, se perceber o risco de suicídio não é fácil quando há verbalização do desejo, mais difícil se torna quando esse desejo se manifesta de forma indireta ou inconsciente. Ainda, muitos familiares não sabem como lidar com essas situações, e entender os motivos que levam um sujeito a essa condição é tarefa demorada e que exige confiança de todas as partes envolvidas. E, um outro motivo de extrema importância, é dito por uma entrevistada:

Aqui [CAPS] nós atendemos bipolares, depressivos, esquizofrênicos, borderlines. Então a morte pra eles é, de certa forma, objeto de desejo. Assim como eles trazem o medo dela, trazem o desejo de que tudo termine e essa pode ser uma boa forma. Eles se desestabilizam muito fácil. (...) Para pessoas normais é interessante pensar a morte e finitude, mas aqui pode estar se incentivando que aconteça algo. Porque eles tem esse desejo, tem impulso (Psi2).

Novamente surge a ambivalência do desejo suicida e a fragilidade que o acompanha. Saber manejar esses sentimentos requer conhecimento, destreza e sensibilidade clínica do profissional. Assim, esse profissional fica em uma “corda bamba”, pois precisa demandar uma atenção além do que se espera em outros casos corriqueiros. Ainda, o profissional também precisa maior preparo para poder perceber essas sutis diferenças no que o paciente demonstra e no que se espera de sua atuação. Dessa forma, pode-se entender a dificuldade em lidar com essas questões, que por vezes faz com que alguns psicólogos ou psiquiatras fujam do assunto para evitar tamanha tensão. Da mesma forma, há uma tipo de comorbidade que requer cuidado especial, que é a dependência de drogas. E há motivos para preocupação: *“O índice de, de tentativas de suicídio ou de*

suicídio entre pacientes alcoolistas e usuários de drogas, eu não sei se precisar, mas é mu... é três ou quatro vezes maior do que a população normal (Psi7)”. Para Cassorla (2004), o próprio uso de drogas já é uma atitude suicida, e o abuso de substâncias psicoativas, por si só, é um alto risco para o suicídio. Isso porque o uso dessas substâncias facilita o ato suicida a quem já está propenso a cometê-lo, pois dá coragem e altera a percepção da realidade. Ainda, boa parte dos suicídios acontece quando a pessoa estava sob efeito de alguma droga, e o uso da droga facilita que ocorra um ato suicida, formando um enigma de qual atitude é a causa e qual é a consequência (Ores et al, 2012). Porém, a dependência de substâncias pode estar mascarando a presença de outras patologias psiquiátricas, podendo ser esta a razão da alta incidência de uso de álcool e outras drogas e suicídio (Botega, Rapeli, & Freitas, 2004). Então, diminuir o acesso a drogas é, de certa forma, também prevenir suicídio (Meleiro, Fensterseifer, & Werlang, 2004).

Profissionais de saúde como fator de proteção

Como vimos na categoria anterior e também em todas as entrevistas, a atuação de profissionais de saúde mental é fundamental para uma ideação suicida não se efetivar em morte. Werlang (2012) associa que, se um suicida se encontra em intenso sofrimento, a ponto de tirar a própria vida para cessá-lo, então profissionais de saúde mental poderiam auxiliar a não chegar a esse extremo. Ou seja, tais profissionais têm nas mãos a oportunidade de salvar vidas auxiliando a pessoa a lidar com esse sofrimento exponencial. Barros, Oliveira e Marín-León (2004) também trazem que o acesso (ou não) de serviços de saúde influencia diretamente nas estatísticas de morte por suicídio. Assim também explica um entrevistado:

Ele está pedindo de certa maneira ajuda sim, pra você intervir (...) pra você não impedir de se matar, mas entender a situação aonde ele está, e é isso que a gente tem que fazer (...) entender, a partir do que ele tá falando, porque se ele está falando... ele tá convidando a você entrar nessa situação, a você interferir nessa, nesse risco iminente de suicídio (Psi7).

É importante salientar que neste pedido de ajuda está implícita uma relação de confiança estabelecida entre paciente e profissional. Ou seja, a pessoa que encontra-se em intenso sofrimento só vai conseguir demonstrar esse fato a quem acredita poder ajudá-la. Entretanto, uma relação de confiança não se faz imediatamente. É necessário conhecer o profissional para entender que ele pode ajudar. Assim, não podemos esperar que uma

intervenção única possa sanar uma necessidade de ajuda tão grande. É necessário que haja um acompanhamento, mesmo que recente, para que exista uma relação de confiança que gere intervenções oportunas e eficientes. Quem nos traz essa necessidade é um de nossos entrevistados: *“Só que em grande parte deles [suicidas], claro, a gente vai saber isso só a partir do acompanhamento né (Psi4)”*. Mesmo estabelecida essa relação de confiança, o risco é grande. Parece não haver outra possibilidade segura a não ser considerar toda ameaça, ideação ou manifestação de desejo de morte como sendo situação de risco. E isso exige atenção, intervenção e acompanhamento constante de profissionais e familiares. Não excluindo o compromisso prático e afetivo dos familiares, a responsabilidade que esses profissionais sentem nessas situações também é muito intensa:

Nós somos a última parada antes da garganta do diabo (risos). Então quando eles vem pra cá a gente tem que dar um jeito de... de... né... de conter isso, de dar uma escuta mais qualificada, de ver qual é a questão mais importante, né, tem várias maneiras de fazer isso (Psi1).

Nesta fala fica clara a responsabilidade do profissional e, principalmente, a aparente confiança depositada nele. E por vezes não há um pedido marcado de ajuda, mas uma linearidade que possa levar ao encontro dele. Geralmente suicidas possuem uma história marcada por agressões do mundo externo, que também os fazem procurar por ajuda em função do sofrimento gerado por isso. Nesses casos, o ego está tão desgastado pelas perdas e culpas introjetadas que se torna melancólico, transformando a morte como castigo que julga ser merecido (Knobel, 1991). O ego, então, só se mata se o transformar em objeto que represente a hostilidade relacionada a um objeto externo (Werlang, Macedo, & Krüger, 2004). E tais processos não poderão ser desfeitos senão em processo de psicoterapia, confirmando a importância de atendimento dessas situações.

Então, entende-se por essencial o atendimento e acompanhamento de potenciais suicidas. Isso porque o sofrimento a que estão submetidos, que é gerado por processos inconscientes, dificilmente é reversível senão por psicoterapia. Sempre há um pedido de ajuda por trás dessas atitudes, por mais discreto que seja. Não é fácil entender esse pedido, assim como não é adequado não dar importância a ele. E, apesar de boa parte do encargo estar depositado em profissionais de saúde mental, não são apenas eles os responsáveis pelos pacientes e pelo momento. Há, também, a necessidade da presença da rede de apoio do sujeito, em especial destaque à sua família, fato trabalhado a partir de agora.

Rede de apoio

Aqui já não restam mais dúvidas de que o suicídio é um ato motivado por intenso sofrimento. Porém, muito frequentemente um indivíduo em sofrimento nada mais é do que fruto de uma família desestruturada. Então, também podemos entender o suicídio, da mesma maneira que vários distúrbios psiquiátricos, como uma manifestação de uma família em crise. Ou seja, o ato não é apenas o resultado de crises individuais, mas de um desequilíbrio da família como um todo, onde o suicida aparece como a parte mais frágil, que não suportou tal desequilíbrio. Então, a família tem papel central no sofrimento e, principalmente, na recuperação do sujeito em crise (Brown, 1995; Werlang, Macedo e Krüger, 2004).

Assim entendido, constata-se que, antes de haver a responsabilidade destacada dos profissionais de saúde mental, há a responsabilidade intrínseca da família desse sujeito em intenso sofrimento. Afinal, alguns cuidados somente são possíveis de serem executados por familiares e pessoas próximas ao indivíduo, como demonstrações de afeto e vigília que o proteja de atos que efetivem o suicídio. Essas funções são relatadas como importantes pelos entrevistados:

Eu peço a um familiar que fique de olho se tá tomando a medicação, se tá se alimentando, que tipo de alimentação tá fazendo, né, se já fazia uso de álcool, de como é que tá fazendo agora, se é tabagista, como é que tá ... né... então essa é uma preocupação também, né. Então a gente precisa dessa rede de apoio (...) em casa que pode ser parceiro, né. Às vezes nem, nem sempre é um, um filho, às vezes até pode ser um neto ou um sobrinho né, às vezes um vizinho também, né (Psi3).

Percebe-se nessa fala que, na concepção dos entrevistados, muitas vezes a família não está atenta para esse risco, ignorando-o ou apenas não percebendo que existe. Essa resistência é algo esperado, principalmente, porque um suicídio acaba por ser uma tragédia na família (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005). Entretanto, não há outra forma de estabelecer esse cuidado vigilante senão pelos familiares e pessoas próximas. Além disso, como traz um entrevistado, há necessidade de compartilhar a responsabilidade, pois boa parte dela é oriunda da família: “*Se contata a família, porque tem alguns, como o risco é grave, tem que se avisar (...) que a gente [profissionais] não pode ficar com isso né, com isso só pra gente (Psi4)*”. Então, conclui-se que há corresponsabilidade entre família, como rede de apoio, e profissionais, como meio de dissolução do sofrimento. Parece que há uma tendência da família “entregar” o sujeito ao

profissional e depositar toda a responsabilidade nele. Percebe-se isso nas falas dos profissionais, em que eles precisam chamar a atenção dos familiares para um risco por vezes bem claro. Entretanto, psicólogos e psiquiatras precisam estar atentos a não permitir que isso aconteça. Não é fácil chamar a responsabilidade da família por sua parte, mas é necessário. Caso isso não aconteça, a chance de se conseguir atingir a atenção necessária ao sujeito a ponto de devolver-lhe a estabilidade e bem estar fica bastante reduzida, visto que a família é um dos principais responsáveis pela desestabilização do sujeito. Então, entende-se que há uma grande necessidade de preparo dos profissionais, tanto para enfrentar a situação de crise, quanto para chamar a família a assumir seu encargo na história. Ambas atitudes são complexas, e por isso merecem atenção. E, por isso, o preparo dos profissionais será trabalhado na sequência deste texto.

Preparo teórico-prático para enfrentar o suicídio

Aos profissionais, por sua vez, estudar o tema implica em poder abordá-lo sem receios, aumentando as possibilidades de ajuda ao indivíduo e, conseqüentemente, diminuindo os riscos de que ele aconteça (Werlang, 2012). Há uma perspectiva de que, ao longo de suas carreiras, metade dos psiquiatras e um quinto dos psicólogos perderão algum paciente por suicídio (Meleiro, Fensterseifer, & Werlang, 2004), como também nos traz um dos entrevistados:

Quando eu comecei a fazer Psiquiatria (...) isso era uma coisa que... é... me assustava. Eu dizia, "ah, um paciente com uma ideia suicida, o que é que eu vou fazer?", ele [professor] disse "olha, tu pode ter certeza que tu vai ter, que tu vai perder paciente que se suicidou". E nesses 14 anos dois pacientes se suicidaram (Md3).

Esse entrevistado acaba por confirmar a necessidade de preparo para o tema, que é difícil de ser evitado na vida profissional. E a faculdade demonstra-se essencial nesse preparo, pois é nela que se obtêm os conhecimentos necessários para a atuação. Além disso, após ela, é mais difícil encontrar apoio e orientação, visto que geralmente o profissional se encontra sozinho em sua atuação, ou com colegas de diferentes áreas que nem sempre poderão auxiliá-lo. Essa alarmante realidade também é descrita por outra psiquiatra:

Eu trabalho há trinta anos, eu sou formada há trinta anos né. Então tu acaba... a Psiquiatria acaba sendo rotina, e isso é uma coisa que... pode acontecer, e acontece várias vezes por semana, a, a questão do... diagnóstico né, e às vezes eventualmente,

hã... o suicídio ocorre. É claro que tu te choca né, e, principalmente quando... tu tem um vínculo maior, assim, com o paciente, mas... (Md1).

Nessa fala podemos entender que, por ser esperado, é necessário que haja um mínimo de preparação. No entanto, isso não significa que a perda de um paciente por suicídio não é sentida pelo profissional. Temos nas palavras de Cassorla (como citado em Marta, Marta, Andrea Filho, & Job, 2009) a definição de um ideal, que ele chama “distância ótima” desse sofrimento. Essa distância compreende o envolvimento necessário com o paciente a fim de garantir-lhe assistência humanizada, ao mesmo tempo em que mantêm certa distância para garantir sua proteção ao não adoecimento e manutenção de competência para atuação profissional. Chegar a esta distância ótima só é possível com treino, que o autor defende ser necessário já na formação acadêmica, pois o aguardo para que aconteça no exercício da profissão pode gerar incômodos tanto para o médico quanto para o paciente. E uma importante estratégia nesse enfrentamento é o trabalho em equipe, ideal não apenas nas intervenções, mas também no amparo dos profissionais:

Mas também tem o paciente que realmente, que efetivamente, ele tenta (...) isso nunca fica com o psicólogo só né (...) o paciente, ele está recaído, ele tem já um histórico de suicídio, ele tá com uma ideiação, ele tá com um projeto, um planejamento pra se matar, então efetivamente ele é um paciente que apresenta um índice alto, ele é um paciente que tem grandes possibilidades de fazer, então esse paciente, ele nunca fica com o psicólogo só, até porque ele não é o paciente do psicólogo, ele é paciente da equipe. (...) Mas não é uma, uma situação fácil, nem fácil de identificar isso, porque a gente tá correndo risco também de achar que... ah não, isso é uma questão histórica dele, ele tá fazendo isso pra chamar atenção ou não, isso é uma ampliação e ele, leva um certo tempo né (Psi4).

Então, entendemos que não é uma situação fácil de identificar, tampouco de lidar. Porém, como dito, há muita chance de psicólogos e psiquiatras virem a enfrentar situações como esta. E isso por si só já se configura como sendo uma preparação necessária. Além disso, ter formação e informação consistentes é igualmente necessário para prevenir que os próprios profissionais também cometam atos suicidas. Isso porque eles estão constantemente submetidos a sofrimento e possibilidades de morte, inclusive acompanhando perda de pacientes. Então, a familiaridade com a morte pode fazer com que ela seja uma possibilidade de aniquilação de seu sofrimento. Isso também alerta a necessidade de apoio aos profissionais para que eles estejam preparados para ser apoio a

outras pessoas (Meleiro, Fensterseifer, & Werlang, 2004). E, quanto à atuação prática, um dos entrevistados traz uma boa recomendação:

Tanto a questão da morte, da tentativa de suicídio, não existe (...) protocolos anteriores, é preciso uma sensibilidade, uma disponibilidade do terapeuta de poder, é, perceber o que de certa, é, que tipo de entrada você vai ter nesse caso né, sem força, mas entender que tu precisa sim, hã... participar desse momento muito difícil da vida (Psi7).

Assim sendo, não há outra saída para enfrentar ideações suicidas do que calma e preparo prévio. Não é difícil entender essa necessidade, mas pouco é encontrado sobre a forma como pode ou deve ser feita (Afonso & Minayo, 2013). Talvez essa dificuldade aconteça por, assim como a atuação, não existirem protocolos estáticos de sentimentos e reações a eles. Porém, a falta desse preparo põe em risco muitas pessoas, que se tivessem um atendimento adequado poderiam ter sido salvas de um final suicida (Marcondes Filho, et al., 2002).

Considerações Finais

Conclui-se, então, que o suicídio ainda é um campo pouco explorado e explicado. Pouco já é sabido sobre ele, mas o suficiente para poder preveni-lo. Aos profissionais, cabe ofertar ao sujeito atenção livre de preconceitos e ideias rotuladas. Com a ajuda da família e rede de apoio, é possível detectar as raízes do sofrimento e dissolvê-las em processo de acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Nesse cenário, emerge uma dupla potente e insubstituível, que é o conjunto de atuação entre psicólogo e psiquiatra. Esta dobradinha demonstra-se ímpar na atuação em saúde mental, pois somente assim é possível atingir todos os níveis de ação psicológicos. O trabalho do psiquiatra, com sua formação biológica, é complementado com a visão comportamental do psicólogo. Assim, consegue-se fornecer assistência psicológica integral ao sujeito e família.

Além disso, a atuação conjunta também faz-se necessária visto que muitas vezes se fazem presentes comorbidades entre ideação suicida e patologias psiquiátricas. Dessa forma, somente uma equipe multiprofissional, em conjunto com o apoio familiar, pode dar conta da complexidade do sofrimento, que nesse caso é maximizado pela presença patológica. Algo relevante nesse sentido também é o uso de drogas, que surge como risco e facilitador de atos suicidas. Assim, quando a presença de patologias psiquiátricas já é conhecida, é preciso redobrar a atenção com o sujeito e, principalmente, em suas falsas melhoras. É preciso certificar-se por completo do bem estar do sujeito antes de acreditar que o risco já passou, pois por vezes esse é o comportamento que demonstra que o

suicídio é iminente. Então, é preciso abandonar o conforto da ilusão de melhora imediata do sujeito e estar sempre atento quando há risco de suicídio, sem desmerecer qualquer atitude ou fala da pessoa.

Percebe-se, assim, que há uma grande responsabilidade na atuação de profissionais de saúde mental em questões de suicídio. Não é fácil detectar o risco, tampouco poder intervir de forma eficaz e sem medo. Então, é inquestionável a necessidade de preparo de que tais profissionais necessitam, sem contar que a possibilidade de virem a atender situações como esta ao longo da trajetória profissional é grande. Dessa forma, espera-se que os cursos de formação de psicólogos e médicos psiquiatras possam contemplar tal necessidade, a fim de evitar sofrimento desnecessário a esses profissionais e intervenções que coloquem em risco os pacientes. Assim, este trabalho é concluído com a constatação de que muito ainda deve ser investigado no campo de suicídio e sua prevenção e, principalmente, na preparação de profissionais para tal atuação, visto que não há dúvidas de sua importância nessas situações, nem na grande chance de deparar-se com elas.

Referências Bibliográficas

- Afonso, S. B., & Minayo, M. C. (2013). Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(9), 2729-2732.
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, M., Oliveira, H., & Marín-León, L. (2004). Epidemiologia no Brasil. In: B. Werlang, & N. Botega, *Comportamento Suicida* (pp. 45-58). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Berlote, J., Mello-Santos, C., & Botega, N. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, pp. 32(2), 87-95.
- Botega, N. J., & Werlang, B. S. (2004). Avaliação e manejo do paciente. In: N. J. Botega, N. J., & B. S. Werlang, *Comportamento Suicida* (pp. 123-140). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Botega, N. J., Rapeli, C. B., & Freitas, G. V. (2004). Perspectiva Psiquiátrica. In: N. Botega, N. J. & Werlang, *Comportamento Suicida* (pp. 107-122). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Botega, N. J., Marín-León, L., Oliveira, H. B., Barros, M. B. A., Silva, V. F., & Dalgalarondo, P. (2009). Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2632-2638.
- Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012*.
- Brown, F. (1995). O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: B. Carter, & M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Carvalho, M. M. M. J. (2011). A morte de si próprio. In: Bromberg, M. H. P. F.; Kovács, M. J.; Carvalho, M. M. M. J.; Carvalho, V. A. Vida e morte: laços da existência. 2ª. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. Pp. 77-98.
- Cassorla, R. (2004). Suicídio e autodestruição humana. In: B. Werlang, & N. Botega, *Comportamento Suicida* (pp. 21-34). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cavalcante, F., & Minayo, M. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(8), 1943-1954.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Resolução Nº 010/2012. Revoga a Resolução 016/2000 e dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos.*
- Cordás, T. (2008). *Condutas em psiquiatria: Consulta rápida*. Curitiba: Artes Médicas.
- Durkheim, E. (2011). *O suicídio: estudos de sociologia*. 2ª. Edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferreira, C., & Gabarra, L. (2013). Pacientes com risco de suicídio: a comunicação entre equipe, pacientes e familiares na unidade de emergência. *Anais do IV Congresso de Humanização: Comunicação em Saúde* (pp. 1-7). Curitiba: PUCPR.
- Gil, A. (2010). *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. 5ª ed. São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, R., Gonçalves, E., & Oliveira Júnior, L. (2011). Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova Economia*, 21(2), 281-316.
- Knobel, M. (1991). Sobre a morte, o morrer e o suicídio. In: M. Cassorla, *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus.
- Kovács, M. (2005). Educação para a Morte. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25(3), 484-497.
- Kovács, M. (2010). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marcondes Filho, W., Mezzaroba, L., Turini, C. A., Koike, A., Moromatsu Junior, A., Shibayama, E. E., et al. (2002). Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. *Adolescência Latinoamericana*, 3(2).
- Marta, G., Marta, S., Andrea Filho, A., & Job, J. (2009). O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3).
- Meleiro, A., Fensterseifer, L., & Werlang, B. (2004). Esforços para prevenção. In: B. Werlang, & N. Botega, *Comportamento Suicida* (pp. 141-152).
- Minayo, M. C. (2012). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 31ª. ed. Petrópolis: Vozes.
- Occhini, M., & Teixeira, M. (2006). Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 229-236.
- Ores et al, L. (2012). Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(2), 305-312.
- Rodrigues et al, M. E. (2012). Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. *Psico-USF*, 17(1), 53-62.
- Schrank, G., & Olschowsky, A. (2008). O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Revista da escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 127-134.

Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 6ª. Edição. Petrópolis: Vozes.

Werlang, B. S. (2012). Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(8), 1955-1957.

Werlang, B., Macedo, M., & Krüger, L. (2004). Perspectiva Psicológica. In: B. Werlang, & N. Botega, *Comportamento Suicida* (pp. 75-92). Porto Alegre: Artes Médicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao final deste trabalho, algumas conclusões emergem do desenvolvimento dos três artigos aqui apresentados. Pode-se perceber presente em todas as entrevistas e no desenvolvimento da análise a presença constante de temas de morte no cotidiano de trabalho dos psicólogos e psiquiatras participantes do estudo. Porém, a atenção dada a este tema não está diretamente proporcional à necessidade. Isso se deve, entre tantos fatores, ao fato de se tratar de um tema imerso em um tabu social, dificultando o contato com o tema ou pessoas próximas a ele por este ser considerado contagioso. Ou seja, falar da morte do outro é relembrar a nossa própria morte e todos os medos que estão relacionados a ela.

Assim, parece ser mais fácil negar e manter certo distanciamento do que encarar todo o sofrimento a fim de dominá-lo. Porém, essa estratégia é pouco eficaz com psicólogos e psiquiatras, visto que esses profissionais atuam no cotidiano das pessoas, o qual contém mortes e perdas. Essas especialidades, também, possuem um grande peso social, pois foram a elas atribuídas funções antes executadas pela própria sociedade. Aqui encontram-se os cuidados com pessoas doentes e em sofrimento, que antes eram cuidadas pelas pessoas próximas e hoje tal responsabilidade é transferida a profissionais. Dessa forma, parece essencial que esses profissionais sejam preparados de forma consistente para atuar com temas tabus, como é o caso da morte, a fim de que seja garantida a atenção adequada ao paciente e a proteção do profissional, que por este meio não fica exposto em seus medos e angústias sem preparo prévio.

Nesse sentido, o suicídio obteve especial destaque na fala dos entrevistados, pois é visto como ato/desejo que transfere aos profissionais intensa responsabilidade. Isso porque ele é motivado por intenso sofrimento, fator que pode ser contornado por tais profissionais. Dessa maneira, eles se sentem com um grande compromisso de evitar que o suicídio se efetive em seus pacientes, pois foi a eles depositada a confiança de que eles podem evitar tal ato. Ainda, ideações suicidas são de grande incidência na prática clínica, o que motiva ainda mais que aconteça uma preparação adequada desses profissionais, a fim de, novamente, proteger o paciente e o próprio especialista.

Neste mesmo viés, um outro fator também teve especial destaque nas entrevistas, que foi a tragédia da boate Kiss, acontecida neste ano em Santa Maria. Esta gerou intenso sofrimento nos envolvidos, pessoas próximas e comunidade em geral, motivo que fez com

que algumas mudanças se fizessem necessárias para atender a demanda e também evitar novas tragédias. Para isso, os profissionais que compõem a rede de atendimento em saúde e assistência social precisaram se articular para garantir uma atenção adequada às pessoas adequadas, forçando com que, através disso, repensassem suas práticas e interação com os colegas. Dessa forma, esse movimento fez com que a tragédia não fosse em vão, pois pôde-se utilizar-se dela para garantir qualidade nas novas intervenções e mudanças sociais que, embora difíceis, há tempos se faziam necessárias para a segurança e bem estar de todos.

Isso posto, este trabalho é concluído com algumas novas indagações, surgidas no seu desenrolar. Percebe-se que o campo de estudos sobre a morte, apesar de encontrar-se em expansão, necessita investimentos em pesquisas e estudos a fim de colaborar com a quebra do tabu social que envolve ela. Assim se pode evitar sofrimentos relacionados a ela que são de difícil manejo em função da resistência em falar e admitir essa causa. Nesse sentido, parece interessante haver uma investigação acerca da preparação de psicólogos e psiquiatras para o enfrentamento de temas relacionados à morte, pois, apesar de não ser foco deste estudo, tal fator apareceu de forma amplamente influenciadora das atitudes dos profissionais e sua segurança (ou falta dela) nesta atuação. Ainda, o campo do suicídio também parece pouco explorado enquanto prática clínica e prevenção, sendo conveniente novos estudos sobre o tema. Procura-se, então, poder contribuir com o crescimento científico nesta área que se apresenta como importante e, por vezes, essencial à retomada de bem estar e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association (2013). *Publication Manual of the American Psychological Association*. 6th ed. Washington: APA Books.

Ariès, P. (1977). *História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Azeredo, N. S. G., Rocha, C., & Carvalho, P. (2011). O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, pp. 37-43.

Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Brasil - Ministério da Saúde. (2013). *Saúde Mental passo a passo: como organizar a rede de saúde mental no seu município?* Brasília: Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_de_saude_mental_revisado_6_11_2008.pdf.

Brasil. (2001). *Lei 10.216*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 05 de maio, 2010, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012*.

Brown, F. (1995). O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: B. Carter, & M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cassorla, R. E. (2004). Suicídio e autodestruição humana. In: B. Werlang, & N. Botega, *Comportamento Suicida* (pp. 21-34). Porto Alegre: Artes Médicas.

Castro, D. A. (2001). Psicologia e ética em cuidados paliativos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21(4).

Chiavenato, J. J. (1998). *A morte: uma abordagem sociocultural*. São Paulo: Editora Moderna.

- Combinato, D. S., & Queiroz, M. S. (2006). Morte: Uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 209-216.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Resolução Nº 010/2012. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos.*
- Delgado, P. G. G. (2011). Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12).
- Elias, N. (2001). *A solidão dos Moribundos, seguido de, Envelhecer e morrer.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Freire, M. C. (2006). *O som do silêncio: isolamento e sociabilidade no processo de luto.* Natal: Editora da UFRN.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar Projetos de Pesquisa. 5a ed.* São Paulo: Atlas.
- Guerriero, I. C. Z.; Schmidt, M. L. S.; Zicker, F. (2008). Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde. São Paulo: Hucitec.
- Gutman, G. (2009). A impossibilidade física da morte na mente de alguém vivo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(3), 604-609.
- Hohendorff, J. V., & Melo, W. V. (2009). Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ*, 9(2), 480-492.
- Kovács, M. J. (2005). Educação para a Morte. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25(3), 484-497.
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468.
- Kovács, M. J. (2010). *Morte e desenvolvimento humano.* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9a. Ed.* São Paulo: Martis Fontes.
- Laufer, L. (2012). A "bela morte". *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 15(1), 15-31.

- Mangia, E. F. (2006). Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 711-713.
- Marta, G. N., Marta, S. N., Andrea Filho, A., & Job, J. R. P. P. (2009). O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 405-416.
- Medeiros, D., & Pinto Júnior, A. A. (2006). Um estudo sobre a estruturação egóica de profissionais hospitalares por meio do Questionário Desiderativo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 9(1), 91-99.
- Menezes, M., & Yasui, S. (2009). O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 217-226.
- Minayo, M. C. S. (2012). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 31a. ed. Petrópolis: Vozes.
- Occhini, M. F., & Teixeira, M. G. (2006). Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 229-236.
- Oliveira, T. M. (2001). *O psicanalista diante da morte*. São Paulo: Editora Mackenzie.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.
- Pitta, A. (2003). *Hospital: dor e morte como ofício*. 5a ed. São Paulo: Annablume.
- Rodrigues, J. (2011). *Tabu da morte*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rodrigues, J. (2007). A morte numa Perspectiva antropológica. In: D. Incontri, & F. Santos, *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Comenius.
- Rio Grande do Sul (2008). *Guia de Saúde Mental: Edição 2008*. Publicação da Secretaria de Saúde do Estado.
- Shimabucuro, A. H. (2010). *Representações sociais de fenômenos anômalos em profissionais clínicos de psicologia e psiquiatria*. Dissertação de Mestrado. . São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Silva, G. S., & Ayres, J. R. (2010). O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica (online)*, 34(4), 487-496.

Torres, W. C. (2003). A Bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 475-482.

Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

Universidade Federal de Santa Maria (2012). Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses: MDT. 8. ed. Santa Maria: Ed. da UFSM.

ANEXOS

ANEXO A
Aceite Institucional



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
e-mail nepessm@yahoo.com.br – Fone (55) 3921-7201

OFÍCIO Nº. 501/2012/SMS/NEPeS

Santa Maria, 03 de dezembro de 2012.

Vimos por meio deste informar que esta Secretaria apresenta parecer favorável para o desenvolvimento do projeto de Dissertação de Mestrado "Profissionais Psi e Morte: Interfaces a partir da atuação ambulatorial", Mestrado / UFSM ; da autora Anaise Dalmolin, na Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde.

Salientamos a necessidade de emissão de relatório final das atividades desenvolvidas a esse setor e às Unidades pesquisadas.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns, desde já agradecemos.


Rodrigo Silva Jardim

Núcleo de Educação Permanente

ANEXO B

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

apresenta erros básicos, como na página 25, onde se afirma: "não oferecendo riscos ou percas para esses." Seria "perdas"?

Há erros conceituais também, tal como na página 4, onde se afirma: "pelas pestes que rapidamente dominavam cidades." A peste não dominava a cidade. Ela dizimava parte da população que habitava a cidade.

Talvez convenha aperfeiçoar o título. "Profissionais psi" não parece ser uma expressão adequada a um trabalho que se pretende acadêmico. A expressão 'profissional psi' até pode ser aceita na oralidade cotidiana e informal, mas dificilmente como título de uma dissertação. A expressão "profissional psi" significa 'profissional do programa de salvamento individual'? Ou 'profissional do projeto de salvação de índios'? É isso?

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 08 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

"Objetivo geral:

Compreender a presença da morte no trabalho ambulatorial através da percepção dos profissionais de psicologia e psiquiatria.

Objetivos específicos

- Conhecer a percepção dos profissionais de psicologia e psiquiatria quanto ao que envolve o assunto morte no manejo ambulatorial;
- Perceber qual é a presença da morte no trabalho ambulatorial na visão destes profissionais;
- Entender semelhanças e diferenças na compreensão de tais classes profissionais acerca do tema em questão;
- Compreender como esses profissionais avaliam sua formação para lidar com o tema."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A descrição de riscos e benefícios é apresentada ao longo do texto.

Informa-se que "tratando-se do método de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e clínico qualitativa, esta não oferecerá mais riscos do que o oferecido por uma conversa informal" (p. 25) e que "não existem, benefícios diretos aos entrevistados. Porém, entende-se que os participantes podem apreciar o benefício de serem pessoas que fornecerão dados relevantes para a efetivação do presente estudo, colaborando para uma nova construção do conhecimento." (p. 25)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de confidencialidade: foi apresentado de modo suficiente.

TCLE: foi apresentado de modo suficiente.

Autorização institucional: foi apresentada de modo suficiente.

Folha de registro no GAP: foi apresentado de modo suficiente.

Recomendações:

Convém realizar ampla revisão de linguagem do texto, uma vez que a redação é incipiente e

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

apresenta erros básicos, como na página 25, onde se afirma: "não oferecendo riscos ou percas para esses." Seria "perdas"?

Há erros conceituais também, tal como na página 4, onde se afirma: "pelas pestes que rapidamente dominavam cidades." A peste não dominava a cidade. Ela dizimava parte da população que habitava a cidade.

Talvez convenha aperfeiçoar o título. "Profissionais psi" não parece ser uma expressão adequada a um trabalho que se pretende acadêmico. A expressão 'profissional psi' até pode ser aceita na oralidade cotidiana e informal, mas dificilmente como título de uma dissertação. A expressão "profissional psi" significa 'profissional do programa de salvamento individual'? Ou 'profissional do projeto de salvação de índios'? É isso?

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 08 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO C
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Prezado(a) Senhor(a):

Estamos realizando uma pesquisa que destina-se à elaboração de uma Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM, a qual será realizada por meio de entrevista. O estudo objetiva compreender a presença da morte no trabalho ambulatorial na visão dos profissionais de psicologia e psiquiatria.

Sua participação não implicará em ganhos diretos, mas sim sua contribuição para o avanço do conhecimento, tampouco trará riscos maiores que os provenientes de uma conversa informal. Se houver, no entanto, algum fator que lhe provoque angústia no momento da pesquisa, a equipe de pesquisadores poderá realizar entrevistas, visando diminuir essa ansiedade.

A entrevista será realizada de acordo com sua disponibilidade, marcada com antecedência no seu local de trabalho. Para melhor registro dos dados, as entrevistas serão gravadas, se isso for de sua concordância. Será mantido o seu anonimato e a confidencialidade das informações, ou seja, os dados que pudessem vir a identificá-lo serão mudados por códigos. A gravação de áudio será arquivada no computador do pesquisador e deletada após cinco anos, assim como a entrevista transcrita será guardada também por cinco anos e incinerada após esse período. Tais medidas ficam aos cuidados da equipe da pesquisa. Os dados, depois de analisados, serão divulgados na Dissertação de Mestrado, em periódicos científicos e eventos científicos na área da saúde, ficando os pesquisadores comprometidos com a entrega do relatório final para esta instituição.

Sempre que achar necessário, você poderá solicitar esclarecimentos sobre aspectos da pesquisa, sendo também possível desistir da participação em qualquer etapa do trabalho, sem que isso venha lhe trazer prejuízos. Os pesquisadores se comprometem a seguir as diretrizes da Resolução 196/96, que regulariza as normas para pesquisa com seres humanos, assim como a Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos.

Anaíse Dalmolin
Pesquisadora
Mestranda em Psicologia

Alberto Manuel Quintana
Orientador/Pesquisador responsável
Professor Associado do Departamento de
Psicologia da UFSM.

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma permanecerá de posse dos pesquisadores e a outra, do participante.

Eu, _____, RG
N. _____ informo que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada,
livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre os objetivos, riscos e
benefícios, além de ser informado sobre os meus direitos como participante desta
pesquisa, da qual aceito participar livre e espontaneamente.

Assinatura do participante

Data: ____/____/2013.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
CEP/UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702 Cidade
Universitária - Bairro Camobi - Santa Maria – RS. Tel.: (55)32209362; e-mail:
comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Equipe de pesquisa: Coordenador, Prof. Dr. Alberto M. Quintana (Tel: (55)3028-0936; e-
mail: albertom.quintana@gmail.com); Psicóloga Anaíse Dalmolin (Tel: (55)8435-6700, e-
mail: psicoanaise@gmail.com).

ANEXO D

Termo de Confidencialidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Título do projeto: Profissionais Psi e Morte: interfaces vistas a partir da atuação ambulatorial

Pesquisador responsável: Alberto Manuel Quintana

Instituição/Departamento: UFSM/Psicologia

Telefone para contato: 3028 0936

Local da coleta de dados: Prefeitura de Santa Maria

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados através de entrevistas gravadas em áudio. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Psicologia, sala número 309, por um período de cinco anos sob a responsabilidade do Prof. Pesquisador Alberto Manuel Quintana. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 08/01/2013, com o número do CAAE 11664512.0.0000.5346.

Santa Maria, 04 de março de 2013

Anáise Dalmolin
Pesquisadora
Mestranda em Psicologia

Alberto Manuel Quintana
Orientador/ Pesquisador responsável
Professor Associado do Departamento de
Psicologia da UFSM.