

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – IFCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DANIELLE DO SOCORRO CASTRO MOURA

**DEMANDAS QUANDO DA PERDA DE UM ENTE QUERIDO:
Uma compreensão sobre o pedido de ajuda e o processo de luto**

Belém
2009

DANIELLE DO SOCORRO CASTRO MOURA

**DEMANDAS QUANDO DA PERDA DE UM ENTE QUERIDO:
Uma compreensão sobre o pedido de ajuda e o processo de luto**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Psicologia, da Universidade Federal do Pará, como um dos pré-requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Airle Miranda de Souza.

Banco Interamericano de Desenvolvimento (CID) -
Biblioteca de Pós-Graduação do IFPA (Belém-PA)

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Pará, como um dos pré-requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2009.

1. Morte - Aspectos psicológicos. 2. Luto - Aspectos psicológicos. 3. Família (Psicologia) - Luto

CDD - 37 - 127.037

Belém
2009

DEMANDAS QUANDO DA PERDA DE UM ENTE QUERIDO
Uma compreensão sobre o pedido de ajuda e o processo de luto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Airle Miranda de Souza

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA, Belém-PA)

Moura, Danielle do Socorro Castro

Demandas quando da perda de um ente querido: uma compreensão sobre o pedido de ajuda e o processo de luto / Danielle do Socorro Castro Moura; orientadora, Airle Miranda de Souza. - 2009

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2009.

1. Morte - Aspectos psicológicos. 2. Luto - Aspectos psicológicos. 3. Perda (Psicologia). I. Título.

CDD - 22. ed. 155.937

DANIELLE DO SOCORRO CASTRO MOURA

DEMANDAS QUANDO DA PERDA DE UM ENTE QUERIDO:

Uma compreensão sobre o pedido de ajuda e o processo de luto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Psicologia, da Universidade Federal do Pará, como um dos pré-requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Defesa: 22.06.2009.

Conceito:


Banca Examinadora

Profª. Drª. Airle Miranda de Souza – Orientadora
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / UFPA

Profª. Dr. Janari da Silva Pedroso – Membro
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / UFPA

Profª. Drª. Eneida de Assis – Membro
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / UFPA

Profª. Drª. Adelmá Pimentel – Suplente
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / UFPA



À Lizete
Edith, Conceição, Lucidéa e Liege
Pelo colo, olhares e palavras de Mãe

AGRADECIMENTOS

À Airle, orientadora querida, por seu acolhimento nesta caminhada.

Aos colegas que integram o Laboratório de Estudos sobre Luto e Saúde – LAELS, pela oportunidade de construção pessoal e coletiva.

A CAPES, pela concessão de bolsa de estudo.

À grande família: Josué e Lizete, Edith, Lucidéa, Liege, Tito, Nonato, Aldenora, Conceição e Rocha (*In memoriam*), Andréa, Janaina e Larissa, Mônica, Márcio e Dorcas.

Aos queridos Ney, Caetano, Keila, Mirthis, Claudinha, Bianca e Victor, pelo abraço caloroso da amizade.

À Dolores, Iolanda, Tereza, Sofia e Judith por suas histórias e generosidade.

Ao Jorge, amor meu.



Arte: Luís Duverg

**Quando você foi embora
Fez-se noite em meu viver
Forte eu sou, mas não tem jeito,
Hoje eu tenho que chorar
(...)**

**Estou só e não resisto,
Muito tenho pra falar
Travessia**

Milton Nascimento \ Fernando Brant

RESUMO

MOURA, D. S. C. **Demandas quando da perda de um ente querido**: Uma compreensão sobre o pedido de ajuda e o processo de luto. (Dissertação). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará. Belém - Pará, 2009. 87f.

O luto pode ser compreendido como um processo esperado de adaptação quando de uma perda significativa. Configura-se em uma experiência inevitável e contínua, dada a diversidade de eventos que impõe um ciclo de rompimento e reconstrução ao longo da existência. Contudo, o luto por morte de um ente querido tem sido considerado um potencial agente complicador das condições de saúde e da qualidade do viver. O estudo teve o objetivo de compreender as demandas de pessoas que vivenciam esta modalidade de perda, sendo que o recorte consistiu no desvelamento do “pedido de ajuda”, no momento em que buscou o atendimento. Para tanto, a pesquisa foi desenvolvida em um hospital público da cidade de Belém do Pará, onde funcionava um serviço de Pronto Atendimento Psicológico a essa população. Tratou-se de um estudo qualitativo sob o método de análise de conteúdo. Os colaboradores foram cinco mulheres que procuraram atendimento psicológico, no período de maio a agosto de 2008. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com base em três questões norteadoras: O que aconteceu pra que você procurasse esse atendimento psicológico? O que você veio buscar nesse atendimento psicológico? Como foi a sua experiência de atendimento psicológico? Foram destacadas quatro categorias: 1) Quem chegou? Apresentação e perfil socioeconômico das colaboradoras; 2) Sobre o ente querido falecido e o processo de luto; 3) Demanda: desvelando o pedido de ajuda; 4) A experiência de atendimento psicológico. Os achados sugerem que a demanda inicial por atendimento psicológico pode condensar “pedidos de ajuda” a permear o movimento pessoal das colaboradoras na atenção e cuidado ao seu sofrimento decorrente da vivência do luto, sendo que corresponderam a pedidos de acolhimento e expressão do pesar; de certificação da morte; de aceitação desse evento e de redução do sentimento de responsabilidade pela morte do ente querido, entre outros. Ressaltou-se ainda, a relevância da oferta de atendimento psicológico às pessoas que atravessam o processo de luto como uma possibilidade de acolhimento para a expressão da dor, do medo da morte, de chorar a saudade, e como um possível caminho de elaboração frente à perda de um ente querido.

Palavras-chave: Demanda; Luto; Morte; Atendimento Psicológico.

ABSTRACT

MOURA, D. S. C. **Demands when loosing a beloved one**: an understanding about the request of help and the process of mourning. (Dissertation). Post – Grading Program for Psychology, UFPA. Belém – Pará, 2009.

Mourning can be understood as an expected process of adaptation when a significant loss occurs. It consists of an unavoidable and continuous experience, taking into account the diversity of events which impose a cycle of rupture and reconstruction along the existence. However, the mourning of a beloved one has been considered a potential agent to weaken health conditions and quality of life. Due to the importance of the theme, this research aims to understand the demands of individuals who experienced this kind of loss, considering specifically the “request of help” moment. The study, considering a qualitative investigation regarding the method of content analysis, was developed at a public hospital in the city of Belém, State of Pará, at the Psychological Emergence Service. Collaborators were five women who looked for the psychological service from May to August 2008. Collected data was based on interviews structured according to three basic questions: What has led you to look for this service? What were you looking for in this psychological support? How was your experience in this psychological atendment? Four categories were also highlighted: 1) Who has arrived? Socioeconomic profile of collaborators; 2) About the dead person and the mourning process; 3) The “request of help” act; 4) The experience of psychological service. Findings have suggested that the initial demand for the service can concentrate “requests of help” and permeate the collaborators personal movement to the attention and care related to their suffering due to the mourning, once it has corresponded to request of shelter; the death certification; the acceptance of the event and the reduction of the sense of responsibility or guilty feeling, within others. It was also highlighted the importance of offering psycological support to the ones who are experiencing mourning process as a possibility for help in the sense of crying and expressing pain, death fear, as a possible way to face the loss of a beloved one.

Keywords: Demand; Mourning; Death; Psychological Support.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1	DEMANDA POR ATENDIMENTO PSICOLÓGICO: reflexões para uma delimitação conceitual	16
2.2	LUTO POR MORTE: <i>entrelaçamento teórico biopsicossocial</i>	23
3	O CAMINHO TRILHADO À COMPREENSÃO DAS DEMANDAS NO LUTO	32
3.1	PESQUISA QUALITATIVA	32
3.2	CENÁRIO DE PESQUISA	33
3.3	COLETA DE DADOS	34
3.4	SOBRE OS RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA	36
3.5	SOBRE AS COLABORADORAS	36
3.6	INSTRUMENTO DE PESQUISA	36
3.7	ANÁLISE DOS DADOS	37
4	APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS	39
4.1	DOLORES	39
4.1.1	Quem chegou?	39
4.1.2	Sobre o ente querido falecido e o processo de luto	40
4.1.3	Demanda: desvelando o pedido de ajuda	42
4.1.4	Experiência de atendimento psicológico	42
4.2	IOLANDA	43
4.2.1	Quem chegou?	43
4.2.2	Sobre o ente querido falecido e o processo de luto	43
4.2.3	Demanda: desvelando o pedido de ajuda	46
4.2.4	Experiência de atendimento psicológico	47

4.3	TEREZA	47
4.3.1	Quem chegou?	47
4.3.2	Sobre o ente querido falecido e o processo de luto	48
4.3.3	Demanda: desvelando o pedido de ajuda	50
4.3.4	Experiência de atendimento psicológico	51
4.4	SOFIA	51
4.4.1	Quem chegou?	51
4.4.2	Sobre o ente querido falecido e o processo de luto	52
4.4.3	Demanda: desvelando o pedido de ajuda	56
4.4.4	Experiência de atendimento psicológico	57
4.5	JUDITH	58
4.5.1	Quem chegou?	58
4.5.2	Sobre o ente querido falecido e o processo de luto	59
4.5.3	Demanda: desvelando o pedido de ajuda	61
4.5.4	Experiência de atendimento psicológico	62
5	PARA ALÉM DAS DEMANDAS E O PROCESSO DE LUTO	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICES	83
	ANEXOS	85

1 INTRODUÇÃO

O luto pode ser definido como um processo esperado de adaptação quando de uma perda significativa. Configura-se em uma vivência inevitável e contínua, dada a diversidade de eventos que impõem um ciclo de rompimento e reconstrução ao longo da existência (ROSENBERG, 1995; KÓVACS, 2003). Contudo, o luto por morte de um ente querido tem sido considerado um potencial agente complicador das condições de saúde e da qualidade do viver (BROMBERG, 2000).

Dada a relevância do tema, o objetivo da pesquisa foi compreender as demandas de pessoas que sofreram a perda de um ente querido. O recorte consistiu em desvelar o “pedido de ajuda” da pessoa, no momento em que buscou o atendimento psicológico.

O interesse pelo estudo partiu da atuação, em 2006, em Belém do Pará, como psicóloga voluntária num serviço de Pronto Atendimento Psicológico àqueles que vivenciam esta modalidade de perda. O acolhimento e a escuta psicoterapêutica da pessoa que procurava atendimento permitiram o acesso e o compartilhamento de relatos, de múltiplas e diversificadas vivências na especificidade do/e para além do luto.

Essa experiência profissional mobilizou a iniciativa de reflexão sobre as singularidades emergentes, as demandas de pessoas na sua busca por atendimento psicológico quando da morte de um ente querido e a necessidade de investigação sistematizada sobre o que revela a demanda por atendimento psicológico nesse contexto?

O destaque ao tema se justifica pela necessidade de aprofundar e conferir conhecimentos acerca do que as pessoas pensam sobre si e suas demandas quando da morte de um ente querido, o que pode contribuir à dinâmica de atendimento psicológico para uma prática pertinente às questões trazidas pela comunidade.

Vale considerar que o desenvolvimento de pesquisas relativas às pessoas que buscam atendimento em serviços de psicologia, na rede pública, no Brasil, tem contribuído para a elaboração de estratégias de intervenção clínica voltadas à realidade e condições das comunidades usuárias (SANTANA, 2001). É necessário, portanto, conhecer a população que busca assistência e suas características para que se possa intervir considerando as questões vivenciadas pelas pessoas que procuram os serviços.

A relevância de se compreender o que uma pessoa busca ao procurar atendimento psicológico, se evidencia a medida que só se pode assistir a pessoa quando se escuta e se esclarece qual o sofrimento que a leva a pedir ajuda. Nesse sentido, a análise da demanda por

atendimento pode representar um momento privilegiado para a construção de uma atenção singularizada. Se num primeiro momento as pessoas chegam aos serviços públicos de psicologia com queixas inespecíficas e com diversos sintomas, a possibilidade de acolher e avaliar a demanda num atendimento preliminar contribui para esclarecer e direcionar esse mal-estar generalizado (OLIVEIRA, 1997).

Nesse contexto, o estudo sobre as demandas por atendimento psicológico é apontado por diversos autores brasileiros (SALINAS, SANTOS, 2002; SANTOS, ASSIS, 2005; VANNI, MAGGI, 2005; MARQUES, LIMA, 2007; ROMARO, OLIVEIRA, 2008) como imprescindível para a constituição, avaliação e reformulação de serviços ofertados em psicologia pela rede pública de saúde. Consideram-se a partir de diversos recortes, as demandas expressas pelas pessoas que utilizam tais serviços como elemento norteador.

Num estudo realizado por Souza et al. (2009) no qual avaliaram o perfil da clientela atendida, entre os anos de 2006 a 2008, em um serviço de pronto atendimento psicológico ao enlutado, observaram que 95% (295) das pessoas que buscaram o serviço indicaram o falecimento de um ente querido, ocorrido nos últimos dois anos, como causa de intenso sofrimento, com predomínio de sintomas ansiosos ou depressivos e ainda, o acometimento de outros eventos associados, como a perda de saúde relacionado à demanda.

O destaque para o luto, em particular, pela morte de ente querido, se voltou para as possíveis implicações nas condições de saúde, que podem comprometer em muitos aspectos a qualidade do viver. Tais aspectos também foram observados por Souza et al. (2009) que na mesma pesquisa revelaram a ocorrência de transtorno psiquiátrico, conflito familiar, dificuldades nas relações interpessoais e de desempenho de atividades laborativas, entre outros.

É com base nesses estudos, que se objetivou compreender as demandas por atendimento psicológico, na atual pesquisa, considera-se que o “pedido de ajuda” da pessoa parece apontar a outras demandas para além do luto por morte de ente querido.

Para a realização do estudo foi elaborado inicialmente um projeto de pesquisa, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPA, sob o registro nº. 03/08. A coleta de dados ocorreu na cidade de Belém do Pará, no período de maio a agosto de 2008, no referido serviço psicológico desenvolvido em um hospital universitário.

As colaboradoras do estudo foram cinco mulheres que chegaram ao serviço por ocasião da coleta de dados. Elegeu-se para a elaboração da pesquisa, a abordagem qualitativa e para a análise das entrevistas, foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (1998). Os resultados foram interpretados a partir de referencial teórico sobre o luto.

Na apresentação da pesquisa os primeiros capítulos trataram de revisão de literatura. O inicial, intitulado “Demanda de atendimento psicológico: reflexões sobre a delimitação conceitual” apresentou um estudo do termo demanda e sua relevância para a intervenção e pesquisa em psicologia, no qual destacou-se a abordagem sobre a(s) demanda(s), como uma possibilidade de construir saberes para uma intervenção terapêutica pertinente às questões reveladas pela própria pessoa e comunidade, considerando uma articulação complexa entre eventos psíquico, biológico, sociocultural, entre outros.

O segundo, “Luto por morte: entrelaçamento teórico biopsicossocial”, enfatizou a discussão conceitual de luto, a identificação de fatores de risco ao luto complicado e a compreensão sob os enfoques biopsicossocial.

Posteriormente foi apresentada a seção que aborda: 1) *Quem chegou?* Refere ao perfil socioeconômico das colaboradoras da pesquisa e o contexto da chegada ao serviço. 2) *Sobre o ente querido falecido e o processo de luto*, explicitado a natureza do vínculo e as particularidades na elaboração da perda. 3) *Demandas: Desvelando o pedido de ajuda*, acerca das questões pessoais que mobilizaram a procura por atendimento psicológico. 4) *A experiência de atendimento psicoterapêutico*, com o destaque para a relevância da oferta de atendimento psicológico às pessoas que atravessam o processo de luto como uma possibilidade de acolhimento para a expressão da dor frente a uma perda significativa.

Acrescentou-se à composição da dissertação duas imagens e duas poesias, oriundas de fotografias e canções de artistas brasileiros e que precederam respectivamente a introdução e as considerações finais do trabalho.

Sobre as primeiras, a referência ao mar revolto, à dança agitada das ondas em menção a “explosão” de afetos, ao potencial impacto mobilizado pela perda e o fenômeno do luto por morte, em sincronia com fragmentos da poesia de Milton Nascimento e Fernando Brant, no recorte acerca da necessidade de falar sobre o tema, uma alusão ao desejo da pesquisadora de cantar/contar essa composição acadêmica sobre a experiência das colaboradoras.

Antecedendo o desfecho, uma imagem que retrata um barco em águas aparentemente “serenas”, mas “escuras”, de pouca nitidez, uma suposta paisagem característica da região amazônica, que tem em relevo um contexto de transição temporal. A metáfora sobre o processo de luto se apresenta na indefinição sobre a natureza e o transcurso desse momento, se é crepúsculo ou amanhecer, na alternância ensaiada entre a sombra das nuvens e o brilho do sol como o próprio devir de um processo singular de organização pessoal frente à perda. A metáfora então se completa às palavras dos poetas Rui e Paulo André Barata sobre

“Pauapixuna”, a “lagoa negra” do vocabulário indígena que batiza a canção sobre um dos elementos presentes na transposição da dor em saudade, o tempo, de elaboração do luto.

Com a realização do estudo, alguns passos foram dados na produção de conhecimentos sobre a demanda de atendimento psicológico, e em especial, a elucidação do(s) pedido(s) de ajuda, como um indicativo à pessoa que vivencia a perda e ao profissional de saúde que a acompanha, sobre o que revela a dor anunciada, o que de fato se busca ao se iniciar esse movimento de compreensão acerca de si e seu sofrimento quando da morte de um ente querido.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DEMANDA POR ATENDIMENTO PSICOLÓGICO: reflexões para uma delimitação conceitual.

Demanda é uma palavra derivada do verbo demandar, que vem do latim: *mandāre*. Originalmente, se aproxima em significação das acepções confiar e mandar. No senso comum, demandar assume o sentido ordinário equivalente a “ir em busca de; dirigir-se para; necessitar; pedir” e o substantivo demanda refere-se a “procura” (FERREIRA, 2001, p. 207).

Spink (2007, p. 4) considerou a marcação de um recorte “semântico entre o substantivo e o verbo que se refere à demanda como necessidade de atenção por parte de pessoas e a ação de demandar, com o sentido de pedir”. No entanto, essa compreensão genérica, está longe de ser a única possibilidade de significação, ao contrário, há uma diversidade de definições e aplicações, uma vez que o termo demanda constitui-se objeto de estudo de várias teorias e para cada assume um referencial específico.

Nas diversas áreas do conhecimento são registrados estudos acerca da demanda. Por meio de uma pesquisa de revisão de literatura, no período de agosto de 2007 a agosto de 2008, tendo como base de dados a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e a partir da utilização do descritor ‘demanda’, foram identificados 13.360 produções acadêmicas nacionais entre teses e dissertações, no período de 1997 a 2007. Entre as áreas se destacaram: Educação; Artes; Filosofia; Biologia; Enfermagem; Odontologia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Terapia Ocupacional; Medicina; Engenharia(s); Ciência da Computação; Estatística; Arquitetura; Física; Química; Geologia; Geografia; Economia; Administração; Direito; Serviço Social; Ciências Sociais, Sociologia, Política, Antropologia, Psicologia, entre outras (MOURA, 2007).

Contudo, quando dispostas as palavras-chave demanda versus atendimento psicológico, esse quantitativo se reduz para 152 trabalhos nacionais, produzidos nos últimos dez anos e sob uma diversidade de enfoques, dentre os quais, o Psicodiagnóstico, a Fenomenologia, a Psicanálise Lacaniana, a Análise Institucional, a Psicologia Jurídica, Educacional, a Gestão em Saúde e Psicologia Hospitalar.

Compreende-se, portanto, que frente à diversidade de olhares, o estudo da demanda torna-se uma tarefa essencial dada a pluralidade que faz da psicologia um território não unificado no tratamento de conceitos, em particular, sobre as múltiplas abordagens acerca da demanda. Por isso, longe de se pretender alcançar a todas essas, foi requerido uma aproximação dos conceitos de demanda a partir dos referenciais teóricos que compõe o

cenário deste estudo pertinente à área de saúde, propriamente pela gestão dos serviços e a psicologia hospitalar, entre tantos caminhos privilegiados à assistência de pessoas e a escuta de suas demandas.

A esse respeito, Spink (2007, p. 3) refletiu sobre o conceito demanda, a partir do campo das práticas de atenção à saúde e chamou a atenção para a existência de uma negociação dos sentidos de demanda, conforme a posição da pessoa em seu processo de atendimento:

a) gestores que demandam serviços, mas tem de programar ações que visem regular oferta e demanda desses serviços; b) membros da equipe profissional que podem compartilhar uma definição de demanda, mas que a abordam com base em suas posições de poder no sistema e c) pessoas que buscam atendimento por necessidades, que podem ser ou não compatíveis com os critérios da gestão.

Nesse aspecto, considera-se que é possível uma diversidade de sentidos para a demanda, uma vez que é forjada no contexto em que a pessoa se encontra e na sua relação com os serviços de saúde. A noção de demanda está situada na articulação entre “direitos, necessidades e desejos, que assumem conotações distintas, de acordo com as interações resultantes de distintas posições de pessoas”, ocupadas por gestores, trabalhadores de saúde, usuários de serviços, familiares e/ ou acompanhantes (SPINK, 2007, p. 5).

Na área de gestão em saúde, por exemplo, o sentido atribuído à demanda do usuário se delinea no “desejo de buscar atenção médica” (PIOLA, VIANNA, 1995, p. 117). A partir dessa procura, que pode ser estendida a outras especialidades, como a psicologia, são ressaltados os aspectos quantitativos e qualitativos da população que procura assistência em determinado serviço.

A definição de demanda então perpassa pelo perfil quantitativo da comunidade usuária em suas dimensões e aspectos demográficos quanto ao sexo, a faixa etária, a classe social, nível de instrução formal, as condições de saneamento básico, entre outros. E no viés qualitativo, sobre a problemática do usuário, a possibilidade de atendimento desta, e ao que supõe ser um meio de resolução, são, destacados os aspectos econômico, social e individual que se articulam e influenciam na composição da oferta e procura por um serviço (PIOLA, VIANNA, 1995).

Nestes termos, a demanda se apresenta como uma caracterização que sugere as possíveis particularidades de uma comunidade. Um perfil que traduzido em números, em indicadores objetivos serve de parâmetro aos gestores para a elaboração e planejamento sobre a viabilidade, os custos, benefícios e normas de serviços de saúde (GROSMAN, 1982).

Por outro lado, a utilização do conceito de demanda, sob o viés da administração em saúde, esteve presente ou, ao menos, inspirou várias pesquisas na psicologia, como por exemplo, a Caracterização das solicitações de atendimento psicológico (OSÓRIO, 2004); Categorização do perfil da população atendida e suas queixas (ROMARO, CAPITÃO, 2003), (MELO, PERFEITO, 2006), (VIEIRA, 2005); Caracterização da população e dos atendimentos (D'AJELLO, 2002), (MARÇAL, 2005); Categorização e análise dos encaminhamentos (AMARAL, 2001), (LOFRANO, 2007); Levantamento do perfil de usuários, agente encaminhador, motivo do atendimento, indicação terapêutica, número de atendimentos, faltas e condições de encerramento (VANNI, MAGGI, 2005); Identificação das queixas de adultos separados atendidos em uma clínica-escola de psicologia (ROMARO, OLIVEIRA, 2008), entre outras.

Contudo, um acréscimo a essa compreensão de demanda, para além de um recorte representativo da comunidade usuária e dos diferentes serviços de saúde, pode também ser observado quando da inclusão das contribuições do paradigma biopsicossocial nesta discussão.

Engel (1977) foi um dos pioneiros a conceber o modelo biopsicossocial aplicado à área de saúde, em particular, à medicina, como uma compreensão multidimensional do fenômeno saúde e doença. Considerou, sob uma perspectiva integradora, a relação da pessoa com a doença e a influência de aspectos socioculturais, econômico e psicológico, além daqueles biológicos, sobre a etiologia, o sintoma e a perspectiva de reabilitação, entre outros.

O paradigma biopsicossocial estabeleceu a existência de múltiplos e distintos tipos de se viver e pensar sobre a saúde e doença, correspondente a diferentes inserções subjetivas, sociais, econômicas, políticas, religiosas, entre outras. Contextos a partir do qual, cada pessoa atribui significado e valores as suas vivências corporais e experimentações de saúde e de adoecimento compartilhadas em um grupo, numa comunidade específica (MINAYO, 1991).

O modelo biopsicossocial transcendeu a ideia descontextualizada de saúde e doença estabelecida pela dicotomia mente-corpo do modelo biomédico, para alcançar a abrangência acerca da experiência e da história de vida da pessoa, para buscar a compreensão das significações culturais, que determinam a maneira que cada pessoa lida com o próprio corpo, “bem como as formas pelas qual cada pessoa experimenta os seus estados de saúde e doença, a expressão dos sintomas, assim como os hábitos e estilos de vida e as próprias práticas de atendimento à saúde” (TRAVERSO-YEPÉZ, 2004, p. 52).

Cruzara e Chaves (2006) consideram o modelo biopsicossocial como uma metodologia favorável a atuação do profissional de saúde já que permite uma leitura aproximativa sobre as

possíveis experiências e significações da pessoa sobre saúde e doença, um exemplo pertinente é a possível identificação dos motivos que conduzem as pessoas a procurar os serviços de saúde.

Em um estudo acerca do tema, as autoras destacaram que os motivos que levam as pessoas a um serviço de saúde podem, ou não, estar associados a sintomas ou queixas referentes a uma doença de etiologia orgânica, como também a um “sentir-se doente” associado a um viver permeado por carências de ordem econômica, social, afetiva, relacional, de maneira que a procura por serviços de saúde pode apresentar-se como alternativa para suprir essa necessidade (CRUZARA, CHAVES, 2006).

Nesse contexto, um dos acréscimos do modelo biopsicossocial à noção de demanda defendida pela gestão em saúde consistiria na ampliação da compreensão acerca do usuário, em particular, sobre o saber que este detém acerca de sua própria experiência, do que considera como estado de “doença” ou de “saúde” qualquer que seja a natureza atribuída pela pessoa às suas vivências. O olhar do usuário sobre si e suas necessidades nortearia a sua procura por lugares que julga pertinentes para a resolução de seus problemas, dentre os quais pode ser uma unidade de saúde, um ambulatório público, um serviço de atendimento psicológico (CRUZARA, CHAVES, 2006). Uma porta que esteja aberta à sua demanda.

Outro aspecto importante à compreensão da demanda foi o questionamento sobre a sua autoria, se partiu da pessoa, enquanto uma percepção e saber sobre si, ou se foi emitida por outros, por profissionais de saúde (especialistas) ou por familiares. A primeira é comumente chamada de demanda espontânea, enquanto que a segunda é produzida por terceiros, é “referenciada” por outras pessoas.

A ênfase na experiência da pessoa, usuário de um serviço, foi ressaltada por Santana (2001, p. 89) que refletiu sobre a demanda de atendimento como uma iniciativa pessoal de busca por atenção psicológica:

(...) o usuário, procurando entender as suas experiências, é inserido numa escuta que recebe e que se esforça para responder às suas demandas não somente pessoais, mas também constituídas no âmbito coletivo; uma prática que possibilita uma resignificação dessas experiências, permitindo (...) uma avaliação sobre os seus recursos pessoais e de sua comunidade, disponíveis para o enfrentamento da situação problema.

Situada a partir do enfoque clínico e hospitalar, o conceito de demanda corresponde a um processo de implicação, um movimento pessoal e intransferível, no qual a pessoa na vivência de um desconforto segue à procura por compreensão do próprio sofrimento e por

isso, pede atendimento psicológico (OLIVEIRA, 1999; SANTANA, 2001; SALINAS, SANTOS, 2002).

Nesse sentido, a referência consiste na escuta psicológica da pessoa sobre si e suas experiências acerca do processo de adoecimento, da morte, ou sobre outras questões de sua vida, considerando a articulação de fatores determinantes nesse processo como os culturais, os econômicos, os sociais, entre outros (ANGERAMI-CAMON, 2000).

Simonetti (2004, p. 96) também defendeu esse modo de compreensão e destacou a demanda como “(...) um estado psicológico caracterizado por um questionamento ou incômodo, da própria pessoa, em relação à maneira como está vivenciando seu adoecimento, implicando necessariamente a existência de certo nível de trabalho psíquico”. Considerou ainda uma diferenciação entre solicitação de atendimento e demanda de atendimento psicológico:

A solicitação é um pedido para que o psicólogo [...] atenda alguém, e esse pedido pode ser feito pelo paciente, pelo médico, pela enfermagem ou pela família. [...] A solicitação é uma ação e a demanda é um estado, e por isso uma pessoa pode solicitar atendimento em nome de outra, mas ninguém pode demandar em nome de outra. A demanda é própria sempre (SIMONETTI, 2004, p. 96).

Desse modo, a solicitação de atendimento resume uma ação na qual se pede para si ou para o outro, ou em nome de alguém, tal como ocorre no pedido externo suscitado pelo familiar ou pelo profissional de saúde. Assim toda a demanda contém um pedido de ajuda psicológica, mas nem todo pedido condensa uma demanda (SIMONETTI, 2004).

Por outro lado, a solicitação por atendimento psicológico que a pessoa faz para si pode representar a primeira parte de um movimento pessoal em busca de respostas para suas questões. No entanto, é também reconhecido que, em muitos casos, não se constitui iniciativa da pessoa, mas de familiares, vizinhos ou poder público, configurando-se, por isso, em um movimento externo de solicitação e de demanda de outrem.

Tradicionalmente, na rede pública de saúde, a solicitação de atendimento psicológico tende a vir precedida de encaminhamentos de profissionais atuantes na área de saúde, como médico, enfermeiro, assistente social, entre outros. A palavra desses especialistas parece se condensar na escrita de documentos oficiais, os encaminhamentos que teriam a princípio, a função de orientar, “abrir caminhos” a pessoa em seu trânsito pelo serviço público de saúde, face às restrições burocráticas de agendamento, fila de espera, entre outros entraves administrativos. No entanto, tal propósito pode antecipar, ou mesmo sobrepor, o movimento

da pessoa acerca de sua procura pessoal, segundo um saber outro que não o da própria experiência, mas uma demanda (pessoal) do profissional para o psicólogo (SALINAS, SANTOS, 2002; SANTOS, ASSIS, 2005; MAIA, 2005).

Outro movimento semelhante ocorre quando a família e/ou acompanhante inicia a procura de atendimento pelo outro sem que essa pessoa esteja implicada nesta busca. Em ambas as situações, são pertinentes os questionamentos acerca da demanda da pessoa que busca atendimento psicológico, sobre o que revela para além do explícito, a outros sentidos que podem emergir e não somente os sinalizados pelo encaminhamento.

O desvelar de sentidos acerca das demandas e seus autores é tarefa importante para se ter clareza do que é pedido e quem o faz, para se compreender as diferentes demandas presentes nas relações estabelecidas entre usuários, familiares e trabalhadores de saúde.

Cossetin et al. (2002) destacaram a relevância dessa identificação de demandas para um redimensionamento de saberes e posicionamento das pessoas, no contexto do atendimento psicológico. A ideia principal se baseou na elucidação das questões pertinentes a cada um envolvido nesse processo, o profissional de saúde, o familiar, o usuário e o manejo dessas demandas, de forma a estimular o compartilhamento de experiências, a problematização e a valorização do saber pessoal do usuário sobre si e suas possibilidades de enfrentamento, tendo como suporte uma rede de apoio social¹.

Relativizar e acolher a experiência da pessoa que utiliza os serviços de saúde, dentre os quais o de psicologia, dos seus saberes sobre si, das concepções acerca da saúde e doença, causas e possibilidades de tratamento, cura e prevenção, valorizar a dinâmica da sua relação familiar e comunitária, a cooperação entre profissionais e desses com os usuários, desvelar a interdependência ao viés cultural, a relação entre oferta de serviço, são alguns dos desafios da atenção na área de saúde, na tentativa de superar uma tradição biomédica e ascender a uma proposta de trabalho em que o planejamento e intervenção estejam voltados efetivamente às pessoas, suas demandas e seu contexto.

Sobre esse recorte, Marques e Lima (2007, p. 2) atentaram para os possíveis significados que a demanda de atendimento pode desdobrar, para além do pedido inicial sobre a problemática da pessoa, pode também apontar outras necessidades, até divergentes ao que de início foi expresso e se configurar em busca por soluções:

¹ De acordo com Pietrukowicz (2001) a definição da categoria apoio social se refere a um processo de interação entre pessoas ou grupo de pessoas que através do contato sistemático estabelecem vínculos de amizade e de informação, recebendo apoio material, emocional, afetivo, contribuindo para o bem estar dos indivíduos, tendo um papel positivo na prevenção e na manutenção da saúde.

(...) às questões socioeconômicas, às más condições de vida, à violência, à solidão, à necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou, ainda, o acesso a alguma tecnologia específica que lhe possa proporcionar qualidade de vida.

A relevância de estudos acerca do perfil dos usuários e suas demandas também foi objeto de Salinas e Santos (2002), que defenderam o acolhimento das demandas de usuários em serviço psicológico de triagem em Clínica-Escola. Consideram a abertura proporcionada pela escuta clínica à emergência da pessoa e sua história de vida como um meio de compreensão diagnóstica e posterior delineamento do encaminhamento a ser sugerido. Os autores também enfatizam a possibilidade de implicação da pessoa frente à exposição das questões que a conduziram a buscar atendimento psicológico, no momento em que se lançou nessa procura.

Portanto, a demanda por atendimento psicológico deve ser considerada bem mais que um perfil quantitativo, estatístico ou de especificidades da assistência ofertada na área de saúde, amplia-se como sendo uma possibilidade de escuta psicológica para além das queixas, sintomas ou do tipo de características dos serviços disponibilizados, revela-se, principalmente, como uma tarefa imprescindível de análise por ultrapassar o aparente contido na ação de pedir atendimento para privilegiar um movimento complexo de busca pessoal por compreensão do próprio sofrimento. Neste sentido, há a necessidade de se questionar sobre quem pede ajuda e qual o pedido quando da morte de um ente querido.

2.2 LUTO POR MORTE: entrelaçamento teórico biopsicossocial

O luto é um vocábulo que advém do latim *luctus*, e se refere a “dor”, “mágoa”, “lástima”, “consternação”. A mesma menção está presente no derivado *luctum*, que diz respeito a “chorar a perda”. Em ambos, há alusão à expressão de sentimentos de tristeza pela perda de algo ou alguém (HOUAISS, 2001, p. 270).

A compreensão sobre o luto se estende a um processo esperado de adaptação frente a uma perda significativa. Configura-se em uma vivência inevitável e contínua, em razão da diversidade de eventos que impõe às pessoas experiências de perdas ao longo do viver (ROSEMBERG, 1995; KÓVACS, 2003).

Entre as perdas significativas, a morte de um ente querido figura como de considerável impacto, pois é um fenômeno que demarca uma ruptura relacional definitiva e de múltiplos e singulares desdobramentos no viver do enlutado (FRANCO, 2002).

Uma das possibilidades de compreensão da morte e do processo de luto perpassa pelos significados compartilhados acerca dessa experiência, uma vez que o olhar sobre esses fenômenos tendem a sofrer variação conforme o momento histórico e os contextos socioculturais, pois “a morte não é apenas um fato biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais” (MENEZES, 2004, p. 24).

Convém, portanto, contextualizar alguns fatores que perfazem o entendimento sobre a morte e qualificam o luto como um fenômeno de complexos entrelaçamentos, nas dimensões histórica, social, cultural, psicológica, biológica, dentre outras.

Os olhares acerca da morte e do processo de luto sofreram significativas alterações ao longo dos tempos nas sociedades ocidentais. Ariés (1989) identificou essas modificações históricas por meio de análise de materiais iconográficos e textuais produzidos entre os séculos XV e XX, e descreveu quatro atitudes principais perante a morte que permearam sucessivamente esse cenário: a “domesticada”; a de “si próprio”; a do “outro”; a “interdita”.

A primeira atitude, a “domesticada”, correspondente até o século XII, se refere à convicção íntima sobre a chegada da morte como um evento “natural” e esperado, anunciado por sinais, avisos, baseados na percepção da pessoa. O termo “domesticada” faz alusão aos sentimentos de familiaridade, um saber intuitivo frente à morte como uma experiência comum, próxima e por isso resignada pela pessoa moribunda e sua comunidade. A cerimônia fúnebre e o luto tinham um caráter público, se constituíam em um acontecimento social,

compartilhado entre parentes, vizinhos e crianças, de forma espontânea, sem gestos de emoção excessivos e sim, de aceitação (ARIÉS, 1989).

Distanciando-se da atitude de aceitação da morte como uma condição da existência, a segunda atitude, “a morte de si”, teve como foco o reconhecimento da própria finitude como um acontecimento carregado de inquietações pessoais. Essa mudança de olhar surgiu por volta dos séculos XI e XII até o século XIV, se apresentou articulada, entre outros fatores, com a emergência da sociedade moderna e a ética do individualismo, da prevalência do “indivíduo” sobre o coletivo e a preocupação com a morte como um problema individual. Tal posicionamento carregava ainda a influência significativa de dogmas religiosos sobre a morte, como a ideia de “céu”, de “inferno”, o julgamento das “boas e más ações” como um dos critérios para a “salvação da alma”. As manifestações de luto então seguiam pautadas na religiosidade, na certeza dos desígnios divinos e na vida eterna, no conformismo pela crença num reencontro futuro com os entes queridos falecidos (ARIÉS, 1989).

Entre os séculos XVII e XVIII, um gradual afastamento dos dogmas religiosos ocorreu em favor da adoção de novos princípios explicativos, os científicos. De forma “racional” e sistemática, o homem passou a buscar respostas nas ciências emergentes para questões antes exclusivamente amparadas na religião, ao se questionar sobre a morte como um evento, agora, “desconhecido”, que precisava ser investigado. O reconhecimento acerca de um não saber sobre a morte assumiu um contorno dramático com o deslocamento aparente da preocupação em torno de si para “o outro”.

A terceira atitude denominada a “morte do outro” então estabeleceu a associação da morte ao amor romântico e a ênfase na ideia de ruptura, pois não havia mais a garantia da possibilidade de um reencontro tal como preconizava a religião e sim, a vivência e o temor do “desconhecido” e suas lacunas explicativas, que agora a morte do outro mobilizava. As atenções voltaram-se menos ao morto, e mais àqueles que experimentam esse acontecimento tido como violento, de afetos intensos, que tem na exaltação do luto um momento autorizado socialmente para a expressão de dor e de uma intolerância em relação à separação (ARIÉS, 1989).

Em meados do século XIX ao século XX, a morte do outro se tornou insuportável o que precipitou um processo de afastamento social da morte até torná-la efetivamente interdita. Esta atitude foi moldada, entre outros fatores, pelo deslocamento do espaço doméstico ao hospital, como o local apropriado para o morrer, por congregar o saber médico, os medicamentos avançados e as possibilidades terapêuticas de restituição e prolongamento da

vida, as condições tecnológicas para o adiamento da morte, além de oferecer o isolamento necessário para a sua ocultação quando esta se tornasse inevitável (ARIÉS, 1989).

Dos corredores dos hospitais uma atitude recorrente invadiu também o cotidiano: a tendência de silenciamento da morte presente na (anti) comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares, na dificuldade de anunciar ao doente as informações sobre a gravidade de seu estado, em caso de risco iminente de óbito. Esse não dizer revelava um significativo despreparo no lidar com a morte do outro e de contatar com os afetos mobilizados (ARIÉS, 1989; KOVÁCS, 2003).

O entendimento sobre a morte, nesse período, assumiu a conotação de um possível fracasso perante a vida. O luto então passou a ser negado e a sua manifestação considerada excessiva e “anormal”; um estado de morbidez que precisa ser evitado, por isso a censura em torno da expressão de afetos, como a tristeza e o chorar pela perda de um ente querido, como algo a ser rapidamente superado (ÁRIES, 1989; RODRIGUES, 2006).

O delineamento histórico proposto por Áries (1989) sugere uma deterioração progressiva da relação das pessoas e sociedades com a morte. Sua crítica se voltou especificamente ao período moderno, caracterizado pelo distanciamento da morte do cotidiano e transformando-a em tabu, em um momento não mais compartilhado no leito doméstico com as recomendações e despedidas de outrora, mas vivido sob a recusa pessoal e social, na solidão e medicalização, no frio e isolamento de um leito hospitalar.

Em contrapartida, Kovács (2003, p. 78) defende, nesse contexto, a “rehumanização do processo da morte” ao considerar esse evento como um “elemento significativo da existência” e que, portanto, não pode ser ignorado e sim, acolhido e revelado. Sob uma perspectiva abrangente e de integração, a autora sugere a possibilidade de se experimentar a morte e o morrer com “dignidade”, a ideia de uma preparação que favoreça a pessoa enferma e seus familiares a viver a despedida, a lidar com a separação, a pensar e cuidar de si e dos outros quando da perda.

Essa proposta de uma “Educação para a morte” advém de um olhar totalizante sobre a vida e que inclui o morrer ao ciclo de desenvolvimento do ser, que reconhece os eventuais limites e o potencial das pessoas, doentes, familiares e profissionais de saúde e de educação quando dessa experiência e, principalmente, que privilegia o compartilhamento das inquietações que essa vivência provoca (KOVÁCS, 2003).

No retorno ao percurso histórico sobre as concepções de “morte moderna” e a de “morte tradicional”, DAMATTA (1997, p. 137) propõem uma distinção que consisti na importância que as sociedades “tradicionais” conferem às relações, de maneira que o “sujeito social não é

o indivíduo, mas as relações entre indivíduos”. Por essa compreensão a qualificação “tradicional” se aproxima de “relacional” para justificar a preocupação menos com a morte e sim, com o morto, em particular, à teia de relações e vínculos, de papéis vigentes e articulados, construídos e mantidos por aquele que se foi e seu grupo.

Para DaMatta (1997) a morte, nas sociedades “tradicionalistas”, longe de ser um evento isolado, é um acontecimento que interrompe um processo complexo e dinâmico de interações e por isso requer estratégias sociais que possibilitem uma reorganização coletiva frente à perda. No caso da sociedade brasileira, a exemplo de outras de ênfase relacional, são valorizadas as manifestações de luto dirigidas à preservação da memória do morto, como as visitas ao cemitério, celebração de missa no aniversário de morte, o culto ao dia de finados, práticas que buscam conservar os laços com o ente querido falecido e assim construir um lugar de continuidade da vida na morte.

(...) o “morto” é sempre o elemento que deixou o cenário abusiva e abruptamente, mas que ainda mantém um elo potente com os que ficaram (DAMATTA, 1997, p.138).

Embora o reconhecimento de uma demanda relacional a nortear essa compreensão acerca da morte e do luto, este último evento em particular, tende a variações conforme as especificidades de cada perda. Entram em cena, algumas condições subjetivas determinantes como a qualidade do vínculo afetivo com o ente falecido, a história pessoal e familiar de adaptação às perdas, a capacidade de suportar frustrações, crenças religiosas, entre outras, que concorrem para delinear o luto também como uma experiência particular. Existe, portanto, uma singularidade inerente ao modo como a perda é vivida e significada por cada pessoa em seu respectivo meio social (BOLWBY, 1990).

Sobre a questão, Franco (2002, p. 24) estabelece essa diferenciação entre a experiência particular e coletiva nas definições de pesar e luto, a primeira corresponderia a “um complexo de pensamentos e sentimentos sobre a perda, que são vivenciados internamente. (...) é o significado interno dado à experiência do luto”. E o destaque para a segunda como uma expressão do pesar compartilhado socialmente.

A reflexão sobre a experiência da perda ganha particular relevância devido à necessidade de se compreender as nuances do processo de elaboração, especificamente, quando da morte de uma pessoa de vinculação importante.

A esse respeito, e precisamente com o estudo dos vínculos, que Bowlby (1990; 2002) buscou uma possibilidade de entender o luto, em sua teoria de apego. Esta proposta pressupôs

a formação de laços afetivos que inspiram segurança e proteção nas interações, a exemplo do elo entre uma criança e seu cuidador, esses laços significativos construídos consistem no apego.

Bowlby (1990; 2002) considerou o apego como um dos elementos favorecedores da constituição do ser, uma vez que é a partir dos cuidados de alguém que a pessoa encontra o suporte para o seu desenvolvimento. O apego mais que uma estratégia de sobrevivência, é também uma relação dinâmica, de reconhecimento de si, do outro e de pertencimento a um grupo. Nesse contexto, o luto se apresentaria como uma resposta à quebra de vínculo afetivo, uma reação à ruptura emocional construída entre a pessoa e o ente querido que partiu. Daí se especular que a dimensão do luto seja proporcional ao tipo de apego, ao nível dos afetos relacionados à perda e suas possíveis significações.

Parkes (1998) acrescentou à noção de luto a característica de transição psicossocial devido à necessidade de se vivenciar, ao longo desse processo, relevantes mudanças rumo à reorganização pessoal no âmbito da dinâmica familiar, social e econômica, entre outras dimensões da vida possivelmente afetadas pela experiência de perda. Esses aspectos sociais e culturais longe de se excluírem, se entrelaçam a outras esferas da vida e delineiam os modos como a morte e o luto podem ser vivenciados.

Sobre o curso do processo de luto é esperado um movimento gradual de elaboração, que se apresenta como um momento repleto de sutilezas, em que é previsto a emergência de possíveis alterações transitórias no bem-estar da pessoa que vivencia a perda, entre as quais, as expressões de revolta, tristeza, isolamento, inibição do apetite, insônia, articulados a um desinteresse, afastamento e desânimo pelas atividades relacionadas ao trabalho, ao lazer, à própria vida. Há também pessoas que, ao contrário, apresentam uma hiperatividade na execução de suas ocupações e se envolvem ainda mais em suas atividades, num movimento de fuga, de não contato com os afetos da perda (BROMBERG, 2000).

Acerca do tema, Kübler-Ross (2000) descreveu algumas fases passíveis de serem experienciadas quando de uma doença grave ou da perda por morte e destacou esta sequência apenas como um auxiliar para a compreensão do luto e não como determinantes deste processo, seriam quatro estágios: o primeiro deles a negação, momento em que a pessoa doente ou enlutada tende a não admitir sua condição ou a perda propriamente, seu não reconhecimento se dá, entre outros fatores, pela dificuldade de aceitar a perda e/ou morte, por medo do desconhecido, por sentir-se impotente.

O segundo estágio é a raiva, que surge quando o sentimento primeiro de negação se dispersa, Kübler-Ross (2000, p. 61) afirma que “quando não é mais possível manter firme o

primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimento de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento”.

A barganha se apresenta como o terceiro estágio, quando já é possível uma abertura que favoreça a “negociação” com a pessoa/paciente para que este se permita aproximar dos afetos mobilizados pela perda. A “barganha, na realidade, é uma tentativa de adiamento; tem que incluir um “prêmio” ‘por bom comportamento’, estabelece também uma ‘meta’ auto-imposta” (KÜBLER-ROSS, 2000, p. 93).

O quarto estágio é a depressão, acontece quando já se admite a doença e/ou a morte e suas conseqüências, a pessoa tende a torna-se alheia, a se afastar de suas atividades ou interesses e nutre um significativo sentimento de perda. Por fim, a aceitação, o quinto estágio. Neste caso, a pessoa “contemplará seu fim com um nível de tranqüila expectativa” (KÜBLER-ROSS, 2000, p. 119). Essas fases foram elaboradas pela autora após entrevistar diversos pacientes, os resultados contribuem para um entendimento da situação vivida por eles e para perceber a forma como, gradualmente, a pessoa torna-se propensa a aceitar a perda e/ou a morte, como se fosse uma preparação para o fim.

Contudo, o curso desse processo não obedece a uma sequência linear e nem apresenta uma rigidez quanto ao comportamento e sintomas e mesmo à presença de características comuns e universais, cada caso é singular e único, por isso deve ser cuidadosamente compreendido e avaliado (CASSORLA, 1991; PARKES, 1998).

Em todos os casos, o curso considerado normal do processo de luto então perpassa por fases de transição até alcançar um estado de compreensão e aceitação da perda do ente querido, a capacidade de se adaptar à condição de viver sem aquele que se foi, terminando quando da possibilidade de se reinvestir suas emoções na vida e no viver (RUSCHEL, 2006).

No entanto, se o processo gradual de reorganização que se impõe frente à nova configuração relacional, afetiva, psíquica, econômica, social, entre outros que possivelmente foram rompidos com a morte do ente querido não se cumprir, e ao contrário, se houver uma persistência de reações somáticas e psíquicas derivadas do luto, a pessoa poderá viver outro estado denominado de luto complicado.

Para Franco (2002) quando a pessoa experimenta uma desorganização prolongada que não lhe permite retomar suas atividades com a qualidade anterior a perda, é possível a vivência do luto atípico ou complicado. A reação aqui tende a ser conturbada, pois a pessoa enlutada encontra-se próxima ou mergulhada em um quadro sintomatológico permeado por rígidas limitações no viver devido a não elaboração da perda.

Algumas reações são previstas no trabalho normal de enlutamento, sendo que a diferenciação para a manifestação do luto complicado se baseia nas reações psíquicas e somáticas e/ou nos relacionamentos interpessoais do enlutado, na intensidade ou duração dessas reações, e na dificuldade ou mesmo impossibilidade de travessia do processo esperado de superação, constituindo-se um indicativo da não resolução do luto. (CASELLATO, 2002; MAZORRA et al., 2002).

O processo de luto é então apontado por vários autores como um momento delicado, pois implica na maioria das situações, a vivência de uma crise, um “período de desorganização e instabilidade emocional”, limitante à capacidade de utilizar métodos habituais de resolução de problemas (BROMBERG, 2000).

A referência do luto enquanto uma crise também encontra sustentação no conceito de “crise”, que segundo Barbosa e Câmara (2002, p. 489) consiste:

Situações desencadeadas por um acontecimento intenso ou pelo efeito acumulativo de uma série de circunstâncias de stress que podem determinar uma perda de controle sobre a situação. As crises podem ocorrer com mais frequência em períodos de transição no desenvolvimento (entrada à escola, adolescência, casamento, maternidade, meia-idade, aposentadoria). Poderão estar relacionados com pânico perante um exame ou uma promoção profissional, conflitos interpessoais, como conflitos conjugais, ruptura sentimental, confronto familiar, (...). Estas crises expressam-se muitas vezes por ansiedade aguda, podendo levar a alterações do nível de consciência, como estados (...) de depressão e tentativa de suicídio.

Neste sentido, a crise é definida como um momento de instabilidade psicológica, que tanto pode ser uma oportunidade de amadurecimento psíquico, como pode também ser gerador de soluções mal-adaptativas ao viver.

Fiorini (1983, p. 125) acrescenta à noção de crise uma compreensão que envolve um período de duração variável, com significativo nível de “ansiedade, de dificuldade para pensar e discriminar problemas, alterações na auto-estima, nas relações com os outros, déficits na produtividade pessoal, falta de um projeto positivo de futuro, que se conjugam e potencializam uma escalada de efeitos negativos”.

Considerando o exposto, o luto por morte de ente querido, pode ocasionar implicações nas condições de saúde da pessoa, comprometendo em muitos aspectos a qualidade do seu viver, em particular quando da experiência do luto complicado. A esse respeito, Prigerson et al. (1999) discutiram uma proposta de classificação psiquiátrica para o luto complicado, que obedeceu a quatro critérios:

a) perda por morte, seguida de reação com pelo menos três dos seguintes: - pensamentos intrusivos sobre o morto; - ânsia pelo reencontro; - comportamento de busca pelo morto; - vivência de solidão como resultado da morte; b) pelo menos quatro dos seguintes: - vivência de falta de objetivos ou valorização do futuro como fútil; - vivência subjetiva de anestesia emocional, desligamento do mundo; - dificuldade para aceitar a perda; - sentimento de vida vazia ou sem sentido; - sentimento de ter perdido parte de si mesmo (“morreu junto”); - colapso da visão de mundo; - repetição de sintomas (ou hábitos de risco) do morto; - excessiva irritabilidade, amargura ou raiva em relação ao ocorrido; c) pelo menos dois meses de duração; d) o transtorno causa significativo prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida da pessoa, entre outras condições limitantes, de predomínio excessivo e que implicam uma atenção à saúde.

Bromberg (2000) classificou os fatores de risco ao luto complicado, em quatro eixos principais: Predisponentes no enlutado (ser jovem, ter baixa auto-estima, perdas anteriores); Relação com o morto (cônjuge, um dos pais, enlutado ambivalente ou dependente, filhos); Tipo de morte (inesperada ou prematura, após doença demorada, não informação sobre diagnóstico e prognóstico, suicídio, assassinato); Suportes sociais (sem filhos ou familiares próximos, família não favorecedora de suporte afetivo), destacou ainda, uma significativa dificuldade à elaboração do luto quando o ente querido é jovem, quando de morte repentina e violenta; bem como a existência de segredos em relação às causas e circunstâncias da morte.

Contudo, Bromberg (2000) também salientou alguns eventos positivos à elaboração do luto, entre os quais a existência de crenças de vida após a morte, a participação nos rituais de funeral e o suporte social como um estímulo ao compartilhamento e de resignificação da experiência da perda, à prevenção do luto complicado.

Freitas (2000) ressaltou a influência de fatores sociais na ocorrência do luto complicado, entre esses, as situações nas quais o pesar é socialmente “inexprimível”, a exemplo, de morte resultante do ato suicida e a atitude da família de ocultar a causa do óbito; a negação social da morte pelo grupo no agir como se não houvesse ocorrido, e a ausência de rede social de apoio.

Moura (2007) também enfatizou a importância de uma rede social de apoio e/ou o suporte psicoterapêutico como auxiliar no processo de elaboração do luto por morte, por favorecer uma forma de promoção mais breve e saudável de superação da perda.

Em síntese, considera-se que a construção de conhecimentos articulados sobre o luto por morte possibilitou uma compreensão biopsicossocial sobre a experiência da pessoa que sofre uma perda significativa e de suas demandas, pois além de ter lançado luzes sobre aspectos do luto e algumas eventuais implicações que podem fazer desse processo um momento de crise, também delineou caminhos em direção às potencialidades e recursos pessoais para o

enfrentamento da perda, um olhar abrangente sobre a pessoa e seu contexto, que favoreça caminhos, indicações terapêuticas pertinentes às questões e dificuldades reveladas quando da perda de um ente querido.

3 O CAMINHO TRILHADO À COMPREENSÃO DAS DEMANDAS NO LUTO

3.1 PESQUISA QUALITATIVA

A opção pela pesquisa qualitativa ocorreu por esta modalidade “compreender os fenômenos humanos observados mais do que explicá-los, procurando dar a eles um novo sentido por meio da discussão, do exercício da crítica e do confronto” (CALIL, ARRUDA, 2004, p. 174).

Nesse sentido, o enfoque qualitativo se apresentou como pertinente à compreensão das demandas de pessoas que sofreram a perda por morte. A intenção foi possibilitar a revelação do “pedido de ajuda” da pessoa, que se desdobrou singular em percepções, sentimentos, em palavras que traduzam o viver quando da perda de um ente querido.

Se lançar nesse caminho requer sempre a disponibilidade para um encontro imprevisível com o outro; a partida de si, pesquisador ao ‘outro’, a uma pessoa, aqui, considerada colaboradora. A escolha do termo seguiu o sentido ordinário, de alguém que “trabalha em comum com uma ou mais pessoas”, que “ajuda, auxilia, coopera, contribui” (FERREIRA, 2001, p. 162). Alguém que aceitou um ‘convite’, que se permitiu estar junto para revelar uma parte da própria vida.

Para Minayo (1996) é a construção e compartilhamento da experiência num contexto histórico, cultural, político e ideológico específico que tece os homens, fazendo-os a um só tempo “sujeito” e “objeto” do conhecimento nas ciências sociais, psicológicas, humanas. A compreensão qualitativa advém, portanto, do reconhecimento de uma rede complexa entre os sujeitos, que atuam determinando-se mutuamente, conforme o “(...) grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados (...) em permanente transformação” (MINAYO, 1996, p. 22).

O destaque para a pesquisa qualitativa, então, se refere à situação de um encontro que condensa um potencial de afetos, que permeia as relações entre o pesquisador e o colaborador e que propicia um espaço de reflexão a respeito das histórias pessoais, de valorização da singularidade e da riqueza das vivências (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2007).

Nesse sentido, a metodologia qualitativa norteou essa pesquisa, sendo que o método utilizado foi a Análise de Conteúdo, que para Bardín (1998, p. 42) compreende um grupo de “técnicas de análises das comunicações visando obter (...) indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

O emprego desse método ocorreu para um tratamento descritivo de todo o material obtido a fim de sistematizar as informações contidas nos relatos das colaboradoras do estudo,

porém não se limita aos conteúdos, pois faz a articulação entre a mensagem expressa e a realidade vivida, considerando a elucidação do relato em seu contexto de emergência (BARDIN, 1998), uma vez que a autora também ressalta a importância da problematização de variáveis de ordem psicológicas, sociológicas, históricas, entre outras, integrantes do contexto em que a comunicação é dependente.

Entre as diversas técnicas que compõe a análise de conteúdo, foi escolhida a modalidade de análise temática. A escolha diz respeito à realização de recortes de compreensão a partir de unidade de registro, que condensem a ideia central do relato e por isso denominada “núcleo de sentido”. O(s) tema(s) guardaria(m) “o aspecto pessoal atribuído pelo respondente acerca do significado de uma palavra e/ou sobre as conotações atribuídas a um conceito” (BARDIN, 1998, p. 81).

A intenção foi alcançar, por meio da análise de conteúdo temática, uma aproximação pertinente às demandas de pessoas que sofreram a perda de um ente querido. O recorte consistiu em desvelar o “pedido de ajuda” da pessoa, no momento em que buscou o atendimento.

3.2 CENÁRIO DE PESQUISA

O estudo foi realizado em um serviço de atenção psicológica, na modalidade de Pronto Atendimento a pessoas que sofreram perdas significativas, especificamente, a perda por morte de ente querido².

A proposta do serviço consistia na oferta imediata de um “espaço de escuta, acolhimento e intervenção clínica perante situações de crise” (FURIGO et al., 2008) àquelas pessoas que buscaram espontaneamente ou que foram encaminhados ao serviço (SOUZA et al., 2009).

O Pronto Atendimento psicológico foi implantado no ano de 2004³, em um hospital universitário, na cidade de Belém do Pará, estruturado como um Projeto de Extensão e Pesquisa, com a participação de discentes do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia, envolvidos com a Iniciação Científica e com a produção de Trabalhos de Conclusão de Curso.

² Para detalhamento deste serviço é pertinente a consulta ao artigo de SOUZA et al. (2009).

³ No ano de 2009, o serviço de pronto atendimento psicológico passou a constituir o Laboratório de Estudos sobre Luto e Saúde – LAELS, que priorizou em suas atividades a formação teórica e técnica de trabalhadores da área de saúde para a identificação, tratamento e prevenção das manifestações de luto complicado, na rede privada e pública (estadual e municipal).

Sobre a dinâmica de funcionamento do serviço, baseava-se em atendimento individual ou em grupo, conforme as especificidades dos usuários e suas demandas. Entre os objetivos, destacava-se o assistir à pessoa na vivência de uma situação de crise de perda por morte, estimulando o acolhimento e a expressão dos sentimentos, como auxiliar no processo de aceitação da perda e elaboração do luto.

No que se refere aos encaminhamentos, havia a predominância de pessoas referenciadas por setores do próprio hospital, tais como: Serviço Social, Enfermagem, Clínica Médica e Endócrina, Psiquiatria, entre outros, e de outras organizações parceiras como: Clínica de Psicologia de Universidades pública e privada, demais hospitais e Centro de Referência que compõem a rede de saúde do município de Belém.

Em geral, os encaminhamentos procediam a partir da experiência clínica dos profissionais de saúde acerca da identificação de manifestações psíquicas e somáticas (emocionais, físicas, laborativas) decorrentes da vivência de luto por morte de ente querido. Neste serviço também eram atendidas pessoas que procuravam espontaneamente; pessoas “trazidas” por acompanhantes, e/ou a partir de indicações dos próprios usuários; familiares e funcionários do hospital.

O serviço psicológico seguia uma dinâmica específica de atendimento clínico de um encontro semanal, sendo que o tempo médio de atendimento variava de uma a três sessões⁴; as pessoas inicialmente eram acolhidas num atendimento de duração variável, dependendo da necessidade dos usuários, do número de terapeutas disponíveis e do número de pessoas na sala de espera. Da primeira entrevista derivaram-se desdobramentos, como retornos do usuário com o mesmo terapeuta, processos de encaminhamento interno e externo, início de atendimentos com contratos específicos, a exemplo de psicoterapia breve.

Cabe ressaltar, que o início da pesquisa ocorreu, nesse cenário somente, após a apresentação e aprovação da proposta à Coordenação do Serviço de Psicologia do hospital, bem como ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPA e a autorização à execução.

3.3 COLETA DE DADOS

O intervalo formal de coleta de dados foi nos meses de maio a agosto de 2008. Contudo, desde outubro do ano de 2006, a pesquisadora integrava a equipe profissional do serviço como psicóloga voluntária no acompanhamento de pessoas em situação de luto. E desde esse

⁴ Embora essa tenha sido a delimitação inicial de atendimentos relativo à proposta do serviço, visto que se tratava de um pronto atendimento psicológico, a pessoa era orientada a procurar o serviço sempre que julgava necessário, de acordo com o surgimento de novas demandas ou no momento em que precisasse.

período vivenciava o processo de aculturação, de ambientação e construção de conhecimentos acerca do cenário da pesquisa, de sua dinâmica de funcionamento, dos profissionais e dos usuários atendidos, de forma que tal experiência prévia foi relevante para o planejamento das etapas da pesquisa, em particular, a constituição de parcerias com a equipe de terapeutas para a abordagem aos usuários do serviço.

Inicialmente, foi realizada a apresentação da proposta de pesquisa à equipe profissional e feito esclarecimentos quanto aos objetivos e aos critérios de inclusão de amostra dos colaboradores, como sendo a de adultos, de ambos os sexos, que procuraram atendimento psicológico no serviço. Os critérios de exclusão da amostra referiram a faixa etária menor de 18 anos e a recusa a participar do estudo.

Posteriormente, foi solicitado à equipe, parceria para que comunicassem ao usuário, sempre ao término do pronto atendimento psicológico realizado, a proposta de estudo e formalizassem o convite para a participação como colaborador(a) da pesquisa, caso houvesse interesse e disponibilidade para uma única entrevista, individual, de duração variável em torno de quarenta minutos a uma hora e sem qualquer implicação para o curso de seu atendimento no serviço. A pessoa então ficava a vontade para decidir se procurava a pesquisadora ou não para o agendamento da entrevista e, enquanto isso, os colaboradores foram aguardados em uma sala reservada para esse fim.

Na estruturação do lugar de pesquisadora, foi recorrente a preocupação de permitir a procura e expressão voluntária, como também a abordagem coerente à disponibilidade da pessoa e sua vivência do luto, considerando o momento de entrevista como mais uma possibilidade terapêutica de falar sobre sua experiência, se assim a pessoa julgasse necessário. A recusa, portanto, não implicava, em nenhuma consequência para a continuidade do processo de assistência com o psicoterapeuta.

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento do serviço, reservada para esse fim, após o esclarecimento à pessoa sobre os objetivos da pesquisa e a solicitação formal de autorização para a utilização das informações concedidas, por meio da leitura em conjunto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE), em anexo, bem como, esclarecimentos pertinentes à utilização de gravador, transcrição da entrevista, a preservação do anonimato, sigilo e direito a desistir do estudo, sem prejuízo para ambas as partes, segundo as recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa, com seres humanos. Os TECLE foram assinados em duas vias, uma para o colaborador e a outra mantida, assim como as entrevistas, em confidência restrita da pesquisadora.

3.4 SOBRE OS RISCOS E OS BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Não houve risco aos colaboradores em participar do estudo, uma vez que em conformidade com as regulamentações da Resolução 196/96, do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, do Ministério da Saúde, o estudo previu o anonimato, sigilo e direito à desistência dos colaboradores, em qualquer momento, sem prejuízo para ambas as partes.

Quanto aos benefícios resultantes do estudo, destacou-se a entrevista por ser um instrumento favorecedor à expressão de ideias e sentimentos, além de contribuir à pesquisa científica e à reflexão acerca do tema, o qual vem sendo indicado e discutido em diversos estudos científicos.

3.5 SOBRE AS COLABORADORAS

Foram cinco mulheres adultas, com faixa etária variando entre 29 a 53 anos, usuárias do referido serviço. Seguiram a “amostra por variedade de tipos”, referente aos colaboradores de diferentes características, de diversas “variáveis”. Para Turato (2003, p. 365) este critério é definido pela homogeneidade fundamental, em razão da presença de “pelo menos uma determinada característica ou variável ser comum a todos da amostra: o elemento essencial que os une é o próprio tema do trabalho” – a perda por morte de um ente querido.

Destacou-se ainda que nos meses de janeiro a abril de 2008, foram realizadas três entrevistas-piloto para o ajuste do instrumento, a fim de analisar a pertinência das perguntas disparadoras. Contudo, esse material não foi incluído neste estudo por reunir outras modalidades de demanda não exclusivas ao luto por morte de ente querido, mas também àquelas relacionadas a conflitos conjugais, familiares, de relações interpessoais no trabalho, entre outros.

3.6 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Foi utilizado um roteiro de entrevista composto de parte I e II. A parte I, estruturada, continha informações referentes a situação social, econômica, parentesco, estado atual de saúde e outros dados referentes ao perfil socioeconômico, familiar das colaboradoras.

Na parte II, enfatizou os relatos, por meio da entrevista semiestruturada, preferência justificada pela sua composição de questões fechadas e abertas, oferecendo ao entrevistado a possibilidade de discursar sobre o tema apresentado, sem se restringir à indagação formulada pelo pesquisador (MINAYO, 2007).

A preferência por esta modalidade de entrevista ocorreu por ser uma das técnicas mais usadas em estudos qualitativos, a fim de se alcançar “(...) informações diretamente

construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia” (MINAYO, 2007, p. 65).

Ainda no que se referiu ao roteiro de entrevista, a parte II foi composta de três perguntas norteadoras, de enfoque aberto, por assim permitirem a flexibilidade necessária em cada caso particular. Nesta etapa a entrevista foi iniciada a questão: O que aconteceu pra que você procurasse esse atendimento psicológico? Durante o relato das colaboradoras, foi solicitado esclarecimentos quando da não compreensão do relato como, por exemplo, em caso de verbalização confusa de informação. Quando esgotada as considerações das colaboradoras sobre o tema, se prosseguiu com a apresentação de outros questionamentos, na sequência e assim especificados: O que você veio buscar nesse atendimento psicológico? Como foi pra você essa experiência de ser atendido (a)?

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Após a etapa acima descrita e realizada a transcrição das entrevistas, se avançou às três fases da análise de conteúdo temática sugerida por Bardin (1998): a Pré-Análise, a Exploração do Material e o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

A primeira fase, denominada de Pré-Análise, consistiu na organização do material, por meio de uma sequência prevista de passos tais como: a leitura flutuante e repetitiva das entrevistas a fim de auxiliar no primeiro levantamento dos conteúdos a serem analisados. O segundo passo foi destinado a demarcação do “corpus”, do conjunto dos principais temas selecionados para a análise. Essa elaboração ocorreu após as releituras dos relatos das participantes, e a organização de documentos com a síntese sobre cada uma das questões.

Na segunda fase, de Exploração do Material, se procedeu à transformação do conteúdo das entrevistas em unidades de significado. Para tanto foi realizada a leitura do material para definir as “unidades de análise” e, posterior classificação. Identificadas e selecionadas do texto as unidades de significado, buscou-se agrupá-las por semelhança para formar as categorias temáticas. Estas categorias atenderam ao critério da homogeneidade, que juntas se aproximam em significado.

Nesta última fase, do Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, foram elaboradas quatro categorias, com as citações diretas. Posteriormente, esses dados foram interpretados com base nas produções teóricas sobre o luto.

Cabe ainda destacar que o processo de análise de conteúdo foi acompanhado e validado por uma equipe de pesquisadores do Laboratório de Luto e Saúde – LAELS, sendo que os integrantes desta equipe participaram da discussão dos achados, que consistiram nas

categorias, a saber: 1) Quem chegou? Refere ao perfil socioeconômico das colaboradoras da pesquisa e o contexto da chegada ao serviço. 2) Sobre o ente querido falecido e o processo de luto, explicitado a natureza do vínculo e as particularidades na elaboração da perda. 3) Demandas: Desvelando o pedido de ajuda, acerca das questões pessoais que mobilizaram a procura por atendimento psicológico. 4) A experiência de atendimento psicológico.

4 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS

As quatro categorias foram dispostas sequencialmente, de maneira que foi possível compor uma síntese do relato de cada colaboradora, conforme a ordem de concessão das entrevistas, a seguir: Dolores, Iolanda, Tereza, Sofia e Judith.

4.1 DOLORES

Mas a gente nunca (...) O ser humano, ele não nasceu assim para perder porque até uma moeda que a gente perde a gente diz (...) Poxa, eu perdi! Imagina a pessoa que a gente tanto ama, né?

4.1.1 Quem chegou?

A procura pela entrevistadora se deu logo após o término de seu atendimento psicológico em grupo. Fazia um mês que Dolores estava sob acompanhamento nesta modalidade terapêutica. Mesmo com sua expressão de desconfiança e retraimento inicial, estava decidida quando perguntou se poderia entrar porque gostaria de falar.

Posteriormente ao esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, foi realizada a leitura do TECLE. Durante esses procedimentos, Dolores parecia inquieta, insinuava desconforto na alternância sucessiva de seus movimentos e gestos; apertava um lenço, dobrava-o, passeava-o pelo rosto e novamente o amassava. Essa suposta tensão pré-entrevista se dissipou quando reafirmado o interesse em conhecê-la e o pedido se poderia contar sobre sua vida.

Num relato direto e com poucas pausas, Dolores, de 59 anos, foi se revelando. Contou alguns aspectos de sua trajetória, quando saiu do interior do Estado do Pará para a Capital. Veio com o ex-marido, com o qual viveu por 10 anos, tiveram oito filhos, posteriormente, “adotou” sozinha outras três crianças, sendo que declarou residir com a filha caçula de 26 anos, na periferia da cidade de Belém.

Nesta ocasião desabafou que depois da separação, há 35 anos, não vivenciou nenhum outro relacionamento afetivo – conjugal e que se dedica às atividades de sua igreja evangélica. Relatou ter estudado até a 5ª série do ensino Fundamental e que trabalha como Agente de Serviços Gerais, com vínculo efetivo em uma prefeitura, com renda mensal em torno de três salários mínimos. Ressaltou o orgulho de sempre ter provido materialmente sua família e de ter superado várias dificuldades financeiras.

Destacou sobre a atenção constante à sua saúde devido as frequentes crises de hipertensão arterial, mesmo com as dietas e o tratamento médico contínuo. Contudo, disse

nunca ter realizado acompanhamento psicológico até o momento da morte de sua mãe, sendo esta a razão de sua busca por atendimento no serviço.

Como eu trabalho na mesma unidade que a psicóloga [X] que trabalha aqui nesse hospital, eu cheguei com ela e falei que tava muito angustiada e ela me falou que tinha uma outra colega, que é até colega minha, que perdeu o filho e que tava fazendo tratamento aqui, aí eu vim e tô gostando... Eu tenho uma irmã que também vem, ela tá precisando... [pausa] Enquanto eu puder vir eu venho.

4.1.2 Sobre o ente querido falecido e o processo de luto

Dolores, ao falar da perda de sua mãe, de 89 anos, evocou as lembranças dos “20 dias de agonia” vividos entre o progressivo agravamento do estado de saúde e o falecimento da genitora. Rememorou com emoção e riqueza de detalhes a evolução sucessiva de doenças acometidas, desde a febre, a pneumonia, a falência dos rins, o acidente vascular cerebral, intercalados com a peregrinação da família em postos de saúde e hospitais, em busca de atendimento na rede pública de saúde dos municípios de Belém e Ananindeua⁵. Considerou sua mãe “uma vítima de negligência médica e institucional pela demora e precariedade na prestação de socorro”, desabafou:

E lá ficou numa macazinha esperando que tivesse um leito pra receber a medicação adequada porque eles tavam medicando, mas de emergência lá em baixo, eu acho que tudo isso sabe... depende, né? Que acarretou mais também por causa da idade dela, mas passou do tempo pra ela se internar... Tudo isso me chocou muito [Pausa – emoção e choro].

Eu penso que ela não teve um bom socorro por causa que teve que transferir de lá pra cá e que custou, se tornou muito difícil, aí a gente conseguiu levar ela, mas já era tarde, todos esses *entraves*, tudo isso vai deixando a gente angustiada, de ver a pessoa doente e a doença prolifera mais do que quando vai tomar o remédio pra curar porque demora pra curar, aí tudo isso ficou a minha cabeça.

Expressou um misto de sentimentos de revolta e impotência frente à ausência de recursos financeiros, e por esta razão, sentia-se responsável por não ter tido condições de oferecer à mãe uma estrutura médica e hospitalar que supostamente lhe restabeleceria a saúde e a evitação da morte, repetia.

(...) O salário que a gente ganha mal dá pra se ajeitar e a gente não pode dar o tratamento adequado pra pessoa que a gente ama sempre.

⁵ Município que pertence a zona metropolitana de Belém.

(...) Mas não basta só isso, é preciso reagir e a minha mãe não reagiu. E se não reage pode ter todo o dinheiro do mundo, mas eu falo de um modo assim, do momento que a gente precisa e que o dinheiro faz toda a diferença no modo em que a gente é bem atendido, porque até quando houver vida há esperança, e caso não dê certo a gente já fica com aquilo que já é mais um consolo, né? A minha mãe demorou muito pra ser atendida, medicada (...).

(...) Quem dera antes se minha mãe tivesse mais atenção, tivesse tido oportunidade, se ela não tava aí... (pausa). Mas, infelizmente (...). Mas, dizem assim que a gente não morre antes da hora, mas às vezes por causa de um socorro, né? A gente antes de morrer ainda sofre mais.

Essas circunstâncias que envolveram o falecimento da mãe pareciam mobilizar em Dolores intensos afetos e foi a necessidade de falar de si e expressar esses sentimentos que se sobressairam durante a entrevista. Para tanto foi incentivada a sua livre comunicação, no intuito de alcançar mais aspectos sobre a qualidade do vínculo entre mãe e filha, pois não havia ficado evidente em seu relato. Dolores destacou que não tinham “muita convivência”, pois passava o dia inteiro fora trabalhando e não podia cuidar diretamente. A mãe então “sempre morou com sua irmã” e em local distante de sua residência.

Revelou uma dificuldade em lidar com os seus sentimentos frente a esta perda significativa. Suas reações apontavam para uma tentativa de conformação frente à possibilidade da morte materna, sugerida por sua busca de alento nas palavras de um médico.

Quando ela teve o segundo AVC, o médico me chamou e disse que eles já tinham feito tudo, que o caso era muito grave pela idade dela e mesmo se ela chegasse a sobreviver ela iria ficar assim (...) vegetando, e a gente iria sofrer mais porque ela não seria a mesma e isso a gente tinha que se conformar por que ela já estava cansada, por que depois dos oitenta anos a pessoa já não vive a vida com toda a sua energia e com a sua vitalidade de antes, ela já tem toda uma dificuldade de andar, uma dificuldade que não podia sair só, e realmente, às vezes ela dizia isso para mim, e tudo isso o médico conversou comigo (...).

Dolores denotou compreensão acerca de sua condição delicada de enfrentamento desse momento, ao mesmo tempo em que também afirmou que precisava seguir e pensar em outros assuntos, por isso elegeu como um projeto de vida se dedicar às atividades voluntárias em um centro comunitário no seu bairro, como uma possibilidade de reconstrução pessoal:

É, tem muito obstáculo. É, eu sinto uma tristeza, mas eu penso eu vou, eu vou porque eu não posso parar, principalmente pela minha idade, tenho medo de uma depressão, de parar de trabalhar, eu tenho projetos de ajudar as pessoas na comunidade, eu faço parte de um centro comunitário, eu faço parte de um partido novo, eu tenho reunião e essas coisas e eu não posso ficar doente, eu não posso entrar de depressão, eu tenho que procurar alguma ajuda que é pra me fortalecer e ir em frente.

4.1.3 Demanda: desvelando o pedido de ajuda

Os relatos sugerem que a demanda inicial por atendimento psicológico agregou vários pedidos de ajuda, a permear o movimento pessoal de Dolores:

O que eu vim buscar aqui? Conversar pra ver se eu consigo amenizar essa dor que é uma dor terrível. Quem nunca teve uma perda? Eu já perdi meu pai, minha mãe e minha avó, então eu já tinha duas cicatrizes, né? E aí tem mais essa agora porque a gente nunca esquece. Aliás, eu acho que tudo de bom que se faz pra um sujeito a gente não esquece, fica gravado no subconsciente da pessoa, né? A gente não esquece... Durante o dia enquanto eu tô trabalhando, conversando, dá pra esquecer aquela dor, mas parece assim que (...) De noite, a recordação já é, a saudade (...) [pausa emocionada, choro contido] eu tô levando (...) Espero que eu vá melhorando cada dia mais (...).

Referiu à busca por palavras que pudessem lhe auxiliar a suportar a dor da perda, além do pedido por uma confirmação sobre a sua não responsabilidade pela morte da mãe, da qual indagava se poderia ter evitado se então dispusesse de recursos financeiros; a não aceitação da morte e o “desejo de uma nova chance” de ter a mãe viva para também prestar-lhe os cuidados a cargo de sua irmã.

4.1.4 Experiência de atendimento psicológico

Eu lhe explico que quando eu vim, eu participei assim de umas pequenas batalhas, aí eu tive uma primeira entrevista e fui para o grupo e logo depois eu me senti assim (...) que eu já tava acertando, que eu já tô melhorando, entendeu? Eu gostei muito, eu já falei com uma amiga que teve uma perda muito grande, o filho dela morreu afogado e eu falei pra ela (...) Olha, não é remédio que a gente toma, mas só o fato de, às vezes, a gente ter com quem desabafar faz a gente mudar o pensamento da gente de que a vida não vale nada e que a gente já nasceu pra ser programado pra sofrer porque aí vem um amigo dar uma palavra pra gente, eu tô melhorando bastante. O primeiro dia que eu vim aqui eu senti que eu tinha que continuar a vir aqui pra mim buscar mais força, pra minha filha que mora comigo e o marido dela que se operou e que tá lá na Santa Casa, pra eu dar força pra eles. O que eu consigo captar aqui e que eu escuto lá [grupo] é aquela força que eu passo pra eles e isso é muito bom o momento que eu tô passando. Muito bom mesmo, se todo mundo tivesse a coragem de passar aqui, de conversar e ver que a vida não acabou, que a vida continua e que ninguém sabe se na outra continua, mas existe uma promessa de Jesus e crer que a morte alivia o sofrimento da pessoa aqui na terra porque é uma passagem para a nova vida, então eu leio muito a bíblia e sempre, sempre eu vou à igreja e então (...) Eu acho que se eu não tivesse vindo parar aqui eu estaria (...) [pausa] sei lá (...) estaria mais triste.

Dolores finalizou com algumas considerações acerca de sua experiência de atendimento, sobre a importância da vivência em grupo, dada a oportunidade de ouvir a si e a outras pessoas em processo de elaboração da perda de um ente querido e a referência às palavras

compartilhadas coletivamente, não como “remédio”, mas como recurso terapêutico favorável à sua expressão e bem-estar pessoal.

4.2 IOLANDA

A minha cunhada falou: “Iolanda, tu quer morrer pra tu te encontrar com o “Joãozinho”, hum? Tu não vai te encontrar com ele se tu te matar, então não adianta tu te matar porque tu não vai te encontrar com ele (...).

4.2.1 Quem chegou?

“Eu vim falar!” disse a mulher de 51 anos. Iolanda é belenense; solteira, sem filhos, mas declarou que vive maritalmente há seis anos. É católica praticante. Concluiu o ensino Médio na modalidade de Magistério; Trabalha como educadora social efetiva em um abrigo municipal e tem uma renda mensal de sete salários mínimos.

Destacou que no ano de 2005, se submeteu a uma cirurgia de histerectomia total⁶, e que a partir desse evento passou a atentar mais para os cuidados com a sua saúde. Também referiu que desde setembro de 2007, iniciou acompanhamento psicológico e posteriormente, psiquiátrico, no projeto, em decorrência da morte de seu sobrinho “Joãozinho”⁷, no mês de agosto daquele mesmo ano. Há oito meses.

É... [pausa] não sei se você conhece a psicóloga daqui? [hospital], que é a [X], pois é, ela trabalha também lá no meu mesmo trabalho, ela que me indicou, ela falou que tinha um grupo muito bom aqui... [pausa] porque sei lá ... [pausa] é que eu queria me matar quando o “Joãozinho” faleceu, aí a [psicóloga] falou que era pra eu vir aqui. [pausa. Com as mãos trêmulas tenta encobrir o rosto]. Toda a vez que eu falo eu me sinto estranha, ainda não consegui me acostumar [pausa e choro]

4.2.2 Sobre o ente querido falecido e o processo de luto

Iolanda destacou que antes da morte do sobrinho nunca havia procurado atendimento psicológico e não escondeu sua dificuldade de estar ali para falar sobre a perda de “Joãozinho”. Ao lado de seu visível abatimento, das olheiras acentuadas, da voz trêmula que ressoava entrecortada em gestos e movimentos igualmente descompassados, seguia também uma imperativa necessidade pessoal de comunicar seu sofrimento e ela o fez sem rodeios.

Rememorou fragmentos de sua história afetiva com o sobrinho, que se entrelaçava com a sua. Contou com detalhes que tinha oito anos quando “Joãozinho” nasceu. A mãe do menino

⁶ Procedimento cirúrgico em que há a retirada completa do útero.

⁷ O diminutivo foi um emprego constante de Iolanda ao referir-se ao sobrinho - filho.

era sua irmã mais velha e entregou o recém-nascido à avó. Desde então Iolanda auxiliou a mãe nos “reparos” ao bebê.

Com o falecimento de sua mãe, Iolanda já com treze anos, passou a dividir os cuidados do bebê com o pai e um casal de irmãos. Destacou que embora tivesse apoio familiar, a sua dedicação maternal para com o sobrinho prosseguiu após a morte do pai, o casamento e a saída dos irmãos do ambiente doméstico, até o falecimento de “Joãozinho”.

Recordou sobre a saúde frágil do sobrinho, desde a infância, pois sofria de anemia falciforme⁸, e das consequências, inúmeras restrições que essa patologia infringiu à vida do menino. Acompanhou “Joãozinho” em suas constantes internações para a realização de transfusões de sangue e tratamento das enfermidades cardíaca, pulmonar, entre outras. Reafirmou sua excessiva preocupação e controle da alimentação, consultas médicas, exames e custeio de plano de saúde particular, tudo para assegurar o bem-estar do sobrinho. Contudo, também admitiu a gravidade desta doença crônica e por isso o desgaste e risco iminente de morte de “Joãozinho”, tal como se deu após complicações decorrentes de uma intervenção cirúrgica de vesícula, em que não resistiu, aos quarenta e dois anos.

A natureza do vínculo afetivo de Iolanda e seu sobrinho/filho se constituiu em um dos elementos marcantes em seu processo de luto, particularmente, por seu cuidado dedicado ao outro durante toda a sua vida. De maneira que a morte de “Joãozinho” lhe mobilizou intensos sintomas, algumas reações psicossomáticas persistentes e limitantes, proporcionais à sua dificuldade em lidar com a perda, como a revolta frequente, insônia, inibição de apetite, ideação suicida, entre outros, e que sugerem a vivência do processo atípico ou complicado de elaboração do luto:

Mas eu sinto uma revolta muito grande dentro de mim de ver quando eu passo lá na rua e vejo aquele monte de homem bebendo. Ai eu falo pro Sales [marido]: Tá vendo só, Sales, aquele monte de cachaceiro aí que não morre, e o “Joãozinho” morreu, eu tinha tanto cuidado com ele [pausa- -choro]

(...) Quando ele morreu a minha irmã foi lá pra casa, ela, a filha dela, o marido e o nenenzinho que eles tem, aí todo mundo tava dormindo e eu acordada, aí eu falei quando amanhecer o dia eu vou tomar um veneno, eu vou tomar chumbinho, eu vou acabar com esse sofrimento [chora] Olha, aí eu descí e fui tomar um comprimido que era pra dormir que tinha lá, eu ainda não tava indo no doutor psiquiatra, aí você acredita que assim que eu me deitei passou um pouquinho eu dormir, olha, aí você acredita que eu sonhei com ele, eu sonhei com o “Joãozinho” (...) que eu ia andando assim atrás duma igreja, porque eu moro atrás da igreja de São [X], aí eu sonhei que eu ia

⁸ Doença hematológica hereditária que causa destruição crônica das células vermelhas do sangue, ocasiona episódios de intensa dor, susceptibilidade às infecções, lesões orgânicas e, em alguns casos, à morte precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

entrando nessa igreja e tava muito escura do meio pra trás, escura, escura, escura, quando eu ia chegando lá nessa escuridão eu via benzinho botarem uma mão assim no meu ombro, eu olhava era o “Joãozinho”, eu via ele benzinho com a mesma roupa que foi [pausa com um soluço] e ele falava alguma coisa que eu não entendia e ele vinha me trazendo pra cá pra fora da igreja, aí eu me espantei com aquilo, parece que ele tava mesmo lá, aí eu me espantei, eu me acordei, aí foi que eu resolvi que não (...). Aí depois que eu acordei de manhã veio aquelas palavras (...). Aí eu fiquei pensando por que o “Joãozinho” apareceu nesse sonho? Ele não quer que eu faça isso! Aí eu me aprontei de manhã cedo e fui lá no [Projeto], aí eu cheguei desesperada lá, a psicóloga me atendeu e depois ela me encaminhou pro doutor psiquiatra, porque eu tinha vontade assim de correr, era uma agitação no meu corpo, sabe? Uma vontade de gritar, eu chutava a cadeira, eu dava soco na parede, porque tava assim uma agitação dentro de mim, uma coisa que nem quando a minha mãe morreu eu havia sentido. Aí o doutor psiquiatra fez um bocado de perguntas... Não, doutor eu não quero mais viver, eu não quero mais viver porque eu só tinha o “Joãozinho”, eu não tenho mais ninguém agora [pausa choro] porque eu criei ele desde criança (...)

A história de vida de Iolanda continha ainda outras significativas perdas sucessivas, em particular, de outros entes queridos e num curto intervalo, também considerados elementos complicadores:

E mesmo nesses últimos tempos foi uma perda atrás da outra. Olha em 2002, a minha sobrinha foi ter um bebê e o bebê morreu, no segundo dia o neném tava bem de repente o menino morreu. Aí depois, a minha cunhada que é casada com o meu irmão que é gêmeo comigo, tava gestante, aí o neném nasceu no mesmo dia do nosso aniversário, eram gêmeos, morreu todos os dois, isso foi em janeiro de 2005. Aí quando chegou em julho de 2005, aí meu irmão morreu, meu irmão mais velho teve um AVC e morreu. Quando foi em 2006, morreu meu outro irmão, não tinha nem um ano desse, morreu meu outro irmão com problema de diabetes, aí morreu. Aí quando foi no outro ano, no ano passado, em maio, morreu a minha irmã, morreu minha outra irmã, morreu de AVC também, ela era até cardiologista. Aí, quando foi em agosto, do mesmo ano, aí morreu o “Joãozinho”, aí eu já não tava mais aguentando tanta morte, uma atrás da outra, uma atrás da outra, aí eu falo pro meu marido “por que não fui eu que morri? O “Joãozinho” não era pra ele morrer ainda. E agora as coisas dele tá tudo lá e eu não quero dar nada pra ninguém, tá tudo guardado lá [pausa choro].

A morte de “Joãozinho” parece também ter suscitado o que denominou como experiência do “vazio da perda”, uma referência metafórica sobre a localização da ausência do ente querido, inscrita em seu corpo, em sua vida:

Olha, parece que tem um vazio aqui [Cabisbaixa, movimenta as mãos em direção ao peito] o pessoal mesmo lá em casa, a minha irmã, a minha sobrinha que tem um bebezinho, que é até meu afilhado ele, sabe o bebê é engraçadinho correndo por ali, tá, mas sempre tá um vazio, sabe, aquele lugar que tá faltando alguém.

Outro aspecto destacado foi a implicação de seu processo de luto no cotidiano de seu trabalho. Iolanda verbalizou sobre seu desassossego emocional, tanto nos momentos de folga em sua casa quando o “vazio da perda” se apresentava com mais evidência, quanto nas dificuldades e desafios de retornar ao trabalho e ter de lidar com sua dor e a de outras pessoas:

(...) e agora assim quando eu saio pra trabalhar, porque eu não trabalho todo dia, eu trabalho um dia e folgo dois e esses dois que eu passo em casa você acredita? Eu passo o dia chorando, eu choro, eu choro, eu choro porque eu não consigo me acostumar, eu não quero mais viver, não! [pausa – fala entrecortada por choro]

(...) Olha, um dia lá dentro do meu trabalho, porque tem menina que usa droga e um dia chegou uma menina lá que ela queria se matar e eu tinha voltado porque eu tirei o mês de agosto, eu tirei de licença, aí eu voltei e encontrei essa menina e ela queria se matar, a menina não podia ficar só, porque tudo que ela pegava ela queria tá se cortando, aí essa menina se deu mais comigo, aí eu tava sempre atrás dela pra ela não se matar, porque lá tem vidraça e ela podia pegar um pedaço de vidro, aí (...). Aí a coordenadora lá do meu serviço falou: Iolanda, Deus colocou essa menina no teu caminho, não era tu que queria se matar e Deus colocou essa menina no teu caminho porque tu tá ajudando muito ela. Sabe porque, às vezes, ela tava assim muito agoniada eu pegava o braço dela e começava a dar um volta lá pelo espaço com ela, pelo espaço do abrigo e eu sei que essa menina, graças a Deus, não se matou e ela foi transferida até pra outro espaço aí porque ela já era até de maior. Mas, eu falava pra ela por que você quer se matar? A vida é tão boa, você é muito nova, tem tudo pela frente, eu falava e aí eu... Meu Deus como é que eu tô conseguindo falar essas coisas pra essa menina, sabe? Eu não ia dizer pra ela que eu tava com vontade de me matar, porque ela soube depois e veio: tia, foi o seu filho que morreu!? E eu falei: É. A senhora tá muito triste, né? Estou. Em nenhum momento eu iria incentivar essa menina a se matar porque ela era uma adolescente, aí não sei de onde eu criei tanta força [pausa-chora e respira profundo]

A especificidade do trabalho de Iolanda, como educadora em um abrigo para adolescentes, se revelou nesse contexto em uma possibilidade de auxílio terapêutico, por ela assim reconhecido. Ao falar para o outro sobre a vida, também enumerava pra si razões para prosseguir e vislumbrar novas possibilidades de investimento afetivo e pessoal. Contudo, sua caminhada parecia ainda no começo, um percurso delimitado pela expressão periódica de sua dor em múltiplos, sucessivos e aparentes retrocessos.

4.2.3 Demanda: desvelando o pedido de ajuda

Ajuda pra eu tirar esse pensamento da minha cabeça de querer me matar, sei lá, de não querer mais viver mais, sei lá! Não pode, eu não vou mais me matar, não vou, não vou mais tomar veneno, não vou mais, porque sei lá conversando aqui, lá no grupo e lá com a outra psicóloga [pausa], sei lá, mas

eu não tenho mais vontade de viver, doutora! Sei que eu vou viver até lá, uns setenta anos, não sei quantos anos mais, mas eu queria que já tivesse perto do dia de morrer, porque sei lá, a saudade é muito grande [chora]

Iolanda, ao ser questionada sobre sua demanda, novamente pediu socorro. Não suportava a perda e nem a espera do seu próprio tempo de elaboração. Na urgência de livrar-se do sofrimento imposto pela saudade, visualizava, inicialmente, apenas o caminho, dito por ela, mais curto e direto, representado por sua própria morte. Seu pedido foi de ajuda para livrá-la da dor e protegê-la de si, das ideias de autodestruição. No entanto, seu relato continha outros elementos, parecia falar não apenas de um suposto aniquilamento de si, mas o de acabar com a dor de ter que prosseguir sem o ente amado, sua súplica em torno da não aceitação da morte e o reencontro com o sobrinho-filho.

4.2.4 Experiência de atendimento psicológico

Iolanda encerrou nosso encontro com a sua compreensão acerca da experiência de atendimento no serviço como uma possibilidade de auxílio nesta caminhada pessoal rumo à delicada, ambígua e difícil aceitação da perda.

[pausa – respira profundo] É uma ajuda, aqui, lá com a outra psicóloga, o doutor psiquiatra, pra tirar sabe [pausa] esses pensamentos de querer me matar da minha cabeça, eu não queria mais [pausa], mas aí tem a conversa lá no grupo [choro] eu lembro do “Joãozinho” e eu não tenho mais vontade de viver [choro].

4.3 TEREZA

Acho que qualquer perda não dá pra esquecer nunca, ainda mais essa do meu filho!

4.3.1 Quem chegou?

“Perguntaram se eu queria conversar aqui”, justificou com naturalidade. E assim prosseguiu o relato num ritmo singelo e bastante objetivo, que fez do encontro a mais breve de todas as entrevistas, durou menos de quarenta minutos. Porém, não foi por esse motivo, menos denso.

Tereza tem 66 anos, disse ter nascido no município de Peixe-Boi – PA e logo desconversou impaciente. Revelou que há seis anos tornou-se viúva, teve 15 filhos e 40 netos. Coursou até o ensino Médio e se aposentou como “cobradora de ônibus”. Mora sozinha, ou como definiu, “moro só eu e Deus”, por opção de manter-se “independente” e ‘preferência’

“de ficar sozinha mesmo”. Afirmou não gostar de sair de casa, mas o faz às vezes quando a convidam para visitar algum parente ou os netos. Disse ser católica não praticante e que vai à igreja “quando manda rezar missa ao filho morto”.

A espontaneidade inicial ao falar foi revestida de tensão ao destacar seu estado de saúde delicado, referiu ter hipertensão arterial e, embora receba tratamento médico e medicamentoso, tem sofrido com um progressivo agravamento de lesão oftalmológica. Esta informação parecia justificar a sua aparente dificuldade de locomoção, que até então não estava evidente se era associada ao seu excedente de peso, ou se por receio de cair, ou machucar-se. Esse problema de saúde também foi citado como um dos motivos de sua procura ao serviço:

A assistente social que me mandou pra cá, porque já duas vezes eu fui pra me operar da vista e não me opero porque a pressão sobe, é que eu começo a me lembrar de um filho meu que já morreu e ela acha que a minha pressão sobe por isso [pausa]. Ela disse que eu tenho que fazer uns atendimento com [pausa] como é que chama vocês? [psicóloga] é psicóloga. Aí eu disse, tá. Aí ela me levou com a primeira e dessa, ela já me mandou pra outra e eu vim pra cá.

4.3.2 Sobre o ente querido falecido e o processo de luto

Tereza “desagou” ao falar do filho morto há quatro anos. Relembra, num entrelaçamento de palavras e lágrimas, a cena do que considera uma “morte trágica”, e os pensamentos e sentimentos mobilizados com esta lembrança:

Não me esqueço um só minuto do meu filho [pausa], ele levantou pra ir e foi tomar banho, né? Quando ele foi tomar banho [pausa], nisso de tomar banho ele morreu afogado [pausa]. (...) é que ele morava sozinho, ele morreu afogado na bacia cheia de água [pausa]. Eu já me arrependi tanto [pausa], é que eu é que dei a casa pra ele morar, que era perto da minha casa porque se ele tivesse morando comigo isso não-teria acontecido, porque aqui em casa é água encanada, lá na casa dele também era, é que ele tomava banho no lado de fora, se ele tivesse comigo eu poderia ter evitado [pausa] Eu sinto falta demais do meu filho [pausa]

É que deu um ataque nele, deu um ataque nele, e desse ataque ele caiu com a cabeça numa tina de água, ele ficou sufocado e aí ele morreu afogado. No laudo só diz que ele morreu como é? [pausa] Como é esse nome, asfixiado [pausa-choro].

O tipo de morte inesperada, em um contexto atípico e por isso até pouco provável de ocorrer, fez Tereza se torturar, pois se sentia responsável pela morte do filho e imaginava diversos desfechos na intenção de voltar o tempo, impedir a “tragédia” e salvar o filho.

Contudo, Tereza reelabora seus limites de mãe e pessoa frente à morte ao admiti-la como fatalidade, pois reconhece:

Eu fico pensando que se ele tivesse comigo ele não teria morrido porque (...) [silêncio – pausa], podia até ser, né? Que se tivesse de morrer ele teria morrido, né? Porque ele tinha quarenta anos e eu também, eu não ia tomar banho com ele, né? E isso aconteceu no banheiro, né? Quando ele tava tomando banho [pausa]. É não tinha mesmo como evitar (...)

Continuou o relato sobre as lembranças do vínculo mãe e filho referentes tanto à alegria pela presença constante e brincalhona, como a preocupação materna, devido a dependência financeira do filho que não trabalhava, o acometimento frequente (e não explicado) de desmaios, além de que ele suscitava conflitos, daí a não aceitação dos familiares.

Ele tinha algum problema de saúde ele, porque ele tinha, sempre sentia alguma coisa, mas ele não procurava o médico, dizia que não tinha nada, mas ele tinha alguma coisa porque ele passava mal. Ele sempre desmaiava, uma vez ele desmaiou em cima do meu outro filho que acudiu ele; outra vez, duas vezes ele desmaiou em cima de mim e eu acudia ele, ele ficava sem força mesmo e ele demorava pra retornar, eu dava palmada aí ele retornava [pausa]

Eu já sofri mais, sabe, porque ninguém tinha paciência com ele, só eu que tinha. Eu queria que todo mundo tivesse paciência com ele, mas ninguém tinha porque ele atentava muito.

Mas, esse filho que morreu ele fazia todas as minhas vontades ele fazia e eu não me esqueço dele. Ele dava banho no cachorro, até no gato ele dava banho, só pra ganhar um real. Eu lembro demais dele, eu mandei até fazer um retrato dele e coloquei em cima da minha cama, aí eu vejo ele assim, todo dia e toda a hora. Mas, às vezes, me dá vontade de chorar e eu choro mesmo e eu não tenho vergonha, eu choro mesmo, eu até soluço [pausa]. Eu fico aliviada. E eu choro muito mesmo [choro].

Tereza também explicitou outras duas perdas de familiares, que em razão do contexto, tiveram desdobramentos relevantes no processo de enlutamento, dada a sua dificuldade de expressão de afetos, estado de “paralisação”, choque, sugestivo de possível vivência adiada do luto e sua posterior cronificação:

Olha, eu já perdi meu marido e meu outro filho, na verdade esse não era filho, era meu neto que eu criava ele, ele morreu porque caiu numa poça de água da Cosanpa, faz seis anos, ele tinha doze anos, ele tinha. Também tem seis anos que ele morreu. Meu marido morreu num dia e ele morreu no outro. Ele era meu filho de criação, ele ficava em casa, ele estudava ali no Souza Franco, e ele foi pra escola e lá perto tinha uma roda, um bueiro da Cosanpa, ele não caiu, ele entrou porque quis, desculpe lhe dizer, mas ele entrou porque quis, porque ele tirou a roda, a tampa e desceu e se afogou. Então ele entrou porque quis. A gente tava vindo do enterro do meu marido, aí veio o meu filho e disse: mamãe, o Davi morreu! Eu disse: eu não acredito não. Então vá lá que tem três cadáver e um deles é o Davi, vá lá que eles querem que alguém veja

o corpo, aí eu fui lá, quando eu tirei o jornal da cara, era ele. E se amontoou um punhado de gente pra ver o que era [pausa] Eu não vou dizer que eu senti alguma coisa porque eu não senti nada, só desse filho! Pra ser franca nem do meu marido eu chorei, eu nem chorei, pra ser franca nem por um, nem por outro, só depois de três meses que eu fui chorar e aí eu chorei sem controle. Eu fiquei paralisadinha.

Essas especificidades de seu processo (adiado) de elaboração das perdas parecem ter se estendido a outros sintomas, particularmente, refletido na instabilidade de sua “pressão arterial”. Tal suposta associação foi defendida pelo discurso médico, como repetiu Tereza: “A doutora disse o seguinte, que é só eu lembrar dele que a minha pressão sobe muito. E eu lembro dele todo o tempo [pausa]”.

4.3.3 Demanda: desvelando o pedido de ajuda

Tereza parecia enredada numa complexa trama, cujo enredo articulava as experiências da perda do filho aos da iminência de uma cirurgia oftalmológica. Os sentimentos e recordações acerca da morte do ente querido se fundiam (e confundiam) com os da possível submissão à “operação da vista” e à própria morte e mobilizou nesta mulher, mãe e agora “paciente”, afetos de insegurança e desamparo⁹, alusão ao já vivido com e por seu filho quando da morte súbita e solitária deste.

Solidão, perda e morte foram suas temáticas recorrentes e Tereza conjugou esses elementos a um só tempo, a exemplo de sua “preparação para a morte” quando reuniu os detalhes burocráticos de compra de sepultura, escolha da veste mortuária, os pormenores da organização fúnebre e os situou no limite sutil entre a carência de atenção e cuidado dos familiares e o não reconhecimento desta falta.

Eu já tenho tudo preparado, tenho até o meu lençol limpo separadinho, porque eu não quero nem lençol velho, sujo, encardido em cima de mim. Tenho minha sepultura, tá tudo pago pra não dar trabalho prá ninguém (...).

A hora que Deus decidir me levar pode me levar porque ele já levou o meu filho, então ele pode me levar. Meu medo era ir antes do meu filho porque eu sei que ninguém ia cuidar dele, mas agora que ele foi eu já posso ir.

Mas, Tereza segue, cuida de si e pede ajuda. Sua demanda consistiu num pedido “mágico” de fuga pelo esquecimento, apagar da memória o insuportável que era a perda. No entanto, também reconheceu o impossível de seu pedido e solicitou escuta para expressar o luto, a sua vivência “adiada” e “paralisada”, pedia alguém que compreendesse o nó de sua

⁹ No sentido ordinário, como um estado de quem se encontra abandonado, sem proteção, privado de ajuda material e/ou moral (HOUAISS, 2000, p. 181). A compreensão aqui defendida é a de um estado de incapacidade, temporário ou não, em que a pessoa não teria condições de poder com seus próprios recursos encontrar soluções às suas dificuldades.

recusa ao esquecimento; alguém que se dispusesse, junto a ela, a cuidar de seu medo da morte situado nos limites do próprio corpo.

Que eu esqueça dele porque [pausa] mas não tem quem faça eu esquecer, eu não consigo esquecer dele um só minuto [pausa] (...). Eu vim buscar esquecimento, né? Mas eu não esqueço não. Eu vim buscar, mas eu não esqueço não.

4.3.4 Experiência de atendimento psicológico

Foi bom, falaram bem, me atenderam bem. Eu acho bom, porque alivia a gente, a gente conversando como alivia a cabeça da gente. A gente se sente assim tão feliz, sei lá, que parece assim que a felicidade bateu na porta da gente porque num instante que eu tô conversando parece que por um segundo eu esqueço do meu filho, porque eu tô conversando com você eu num tô pensando nele [pausa].

Tereza reconsiderou uma possibilidade de ressignificação das perdas, de elaborar as lembranças de pesar em saudade e encontrar um lugar, não no esquecimento, mas na possível organização de suas ideias e sentimentos, por intermédio das palavras compartilhadas no atendimento psicológico individual e em grupo.

4.4 SOFIA

Quando ela saiu de casa eu dei a sopinha dela, foi tão [pausa], foi uma coisa assim tão à toa que ela tava engasgando muito, eu nunca ia imaginar que ia ser a última refeição que eu ia dar pra ela, último banho [pausa]. Nunca passou pela minha cabeça que eu nunca mais ia dar um banho nela, que eu nunca mais ia dar a sopinha dela (...).

4.4.1 Quem chegou?

Sofia estava aparentemente tranquila, sua expressão oscilou entre o cansaço, o desânimo e serenidade. O relato fluente e articulado sugeriu que certamente já havia compartilhado sua vivência de luto anteriormente e muitas vezes, talvez por isso a precisão de suas palavras e a dosagem intensa, mas quase contida dos afetos.

Estava conosco no projeto há três meses. Os dois primeiros em atendimento individual, o último mês na modalidade de grupo. Destacou que esta era a sua primeira experiência de acompanhamento psicológico.

Sofia também esboçou um breve perfil sobre si e sua família. É belenense, tem 29 anos, concluiu o ensino Médio e já trabalhou como auxiliar administrativo, mas desde o nascimento de Júlia passou a dedicar-se exclusivamente às atividades domésticas e cuidados ao casal de

filhos, a menina e o José de oito anos. Casada há nove anos, seu marido é o provedor material da família, com uma renda mensal em torno de dois salários mínimos, decorrente das atividades como “autônomo”. Residem na periferia da Capital.

4.4.2 Sobre o ente querido falecido e o processo de luto

Sofia havia perdido, há quatro meses, sua filha “Júlia”, em decorrência de diversas complicações de saúde e um histórico de internações desde o nascimento da criança, que sofria de hidrocefalia¹⁰. Faleceu com um ano e dois meses de idade.

Ela tinha assim várias internações, tempo de internações, ela tinha problema de refluxo, é [pausa] pneumonia, que dava muito nela e ela colocou a primeira válvula foi em janeiro, não, foi em dezembro, aí quando foi em julho rejeitou, aí ela passou por uma meningite, mas não teve sequelas além das sequelas que ela já tinha, ela trocou a válvula, aí eu observei que desde daí ela começou com uma febre todos os dias, se dois dias ela passava sem febre era muito e todos os dias ela tinha febre, febre, muito alta mesmo e eu consultava pra saber a causa, ela fez vários exames, nada, deu tudo negativo, o que deu foi uma infecção urinária, ela tomava bastante antibiótico e não fazia efeito. Aí quando foi em dezembro, ela internou, agravou mais, ela internou, aí que ela foi direto para UTI porque aí ela já tava com a pneumonia e aí foi se agravando e aí ela não resistiu e ela faleceu, passou treze dias ela faleceu por conta da pneumonia e da infecção urinária.

A menina fazia acompanhamento interdisciplinar no Projeto Caminhar¹¹. Um mês após o falecimento da filha, que ocorreu em janeiro de 2008, Sofia retornou ao projeto para conversar com a pediatra da menina e foi esta profissional que a encaminhou para o atendimento psicológico em razão de seu “abatimento e tristeza”, afirmou, e por sua procura frente à necessidade de se cuidar e ser cuidada, de fato.

Sofia também delimitou algumas vivências pertinentes a relação com o companheiro. Destacou a união do casal como um elemento significativo para o enfrentamento das dificuldades, as de âmbito financeiro, as do tratamento médico e demais cuidados à filha. Por outro lado, queixou-se do distanciamento familiar, com exceção do pai e de uma cunhada, mas justificou a ausência de apoio dos irmãos, mãe, entre outros, por estarem absorvidos com seus próprios problemas, desabafou.

¹⁰ Patologia “caracterizada pelo aumento da quantidade de líquido cefalorraquiano (LCR) dentro da caixa craniana e exige, em geral, tratamento cirúrgico imediato. (...) Apresenta como principais sintomas o crescimento exacerbado da cabeça, dificuldades no desenvolvimento psicomotor e social”, entre outros (JUCÁ et al. apud AZEVEDO, SOUZA, 2008, p. 87).

¹¹ Projeto de assistência multiprofissional e interdisciplinar a crianças com diagnóstico de atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, e que funciona no mesmo hospital universitário em que a pesquisa foi realizada.

Seu lamento sobre a falta de suporte familiar se estendeu à preocupação com filho que passava parte do dia sozinho, enquanto o pai trabalhava e Sofia acompanhava Júlia em constantes consultas e internações:

E eu fui aprendendo aos poucos a conviver com essa situação, muitas idas e vindas ao médico. Eu falei das internações, além das internações ela tinha muitas consultas, com vários especialistas, todo o santo dia ela tinha consultas, tinha dia que eram três vezes ao dia (...)

É, ela sempre tinha consulta ou de manhã ou de tarde. Ele estuda de manhã e a tarde ele faz esporte, aí coincidia de pegar ou deixar ou então num intervalo rápido ele ficava só em casa, ele ficava só. Não tinha ninguém prá ficar com ele da minha família (...)

Ao referir sobre a possível solidão do filho, Sofia também falava da sua própria, da sensação de desamparo que essas experiências lhe mobilizavam, em particular, a confluência de afetos entrelaçados na gravidez de Júlia, no anúncio do diagnóstico de hidrocefalia, nas sucessivas perdas e lutos após o nascimento da menina.

Ela não foi planejada, mas o meu marido sempre queria, eu é que não queria ainda, mas quando veio eu fiquei muito feliz. Assim [pausa] foi complicada, mas foi muito desejada, ainda mais quando eu soube que era uma menina, eu fiquei muito feliz [pausa].

Foi assim, ela [pausa], eu já tava pra completar nove meses e eu fui bater o meu último ultrassom e eu descobri que ela tinha hidrocefalia e faltava dez dias pra ela nascer, aí o médico me falou dos riscos, falou que no máximo dois dias ela ia sobreviver e eu fiquei naquela expectativa (...)

Mas eu não tinha muita noção de que ela ia nascer com problema, eu não tinha noção do que era. Eu não tinha. Quando o médico me falou, ele nem falou que era hidrocefalia, ele falou que era líquido na cabeça [pausa] que é a mesma coisa, né? Mas eu não sabia o que era hidrocefalia e nem o que era líquido na cabeça. Eu não sabia que a cabeça crescia, isso foi, isso foi [pausa] eu não sabia, eu fui sabendo aos poucos (...)

Sofia parecia precisar de tempo para elaborar a “novidade” de que seria mãe novamente, não de uma criança planejada e, sim de uma menina desejada. Contudo, a gravidez seguia seu curso “normal” até o “impacto” provocado pelo diagnóstico de uma doença de nome “estranho”, “incompreensível” e que Sofia foi descobrindo “aos poucos”:

Quando ela nasceu, foi cesárea, ela ficou na UTI e depois ela foi transferida pra, pra [pausa] é [pausa] enfermaria, ela nasceu lá na clínica [X], depois ela foi transferida pra Santa Casa pra colocar essa válvula. Quando eu cheguei lá eu me deparei com muitas crianças com hidrocefalia, eu tive um impacto muito grande porque eu nunca tinha visto na minha vida [pausa – choro]. E quando eu cheguei lá [pausa] uma criança, ela tava agonizando [pausa – choro], tinha a cabeça muito grande [pausa – choro], aí que eu me dei conta do quanto ia ser difícil [pausa – choro]. Me deu vontade de pegar ela e sair de

lá e ir pra casa [pausa – choro]. Passava pela minha cabeça muitas coisas, muitas, muitas mesmo, assim [pausa], eu pensava que a cabeça ia crescer, crescer e nunca ia parar de crescer, mesmo colocando a válvula, eu pensei que nunca ia parar porque eu via assim crianças com a cabeça muito grande, aí eu ficava pensando nisso, ficava: Ah, meu Deus! Será que nunca vai parar de crescer? (...).

A doença de Júlia ganhou formas concretas para Sofia quando do contato com outras crianças e a convivência com o sofrimento de outras mães. E suscitou diversos sentimentos, de imediato, cobriu a mãe de luto pela perda da “filha de seus sonhos”; trouxe o medo, a insegurança, incertezas frente ao futuro e o prenúncio de um tempo de aflição e espera.

Aí nesse dia que eu entrei, aí logo a primeira criança que eu vi foi essa criança que ela não resistiu, era um menino com a cabeça muito grande, e eu tava assistindo. A mãe chorava muito, se lamentando. Foi tão chocante pra mim ver que o filho dela tava morrendo e eu entrando com a minha sabendo que era a mesma situação e eu fiquei pensando será que eu vou passar por tudo isso? (...) E eu via tantas crianças assim sabe? Com o rosto assim, a cabeça deformada que eu ficava [pausa – choro], sabe? Eu ficava pensando, meu Deus será que a minha filha vai [pausa - choro].

O primeiro temor de Sofia sobre a possível deformação da filha não ocorreu, pois a menina logo ao nascer apresentou um quadro clínico estável de saúde, o que favoreceu a realização precoce da cirurgia de derivação¹² para a colocação de “válvula”, o que inibiu em Júlia o crescimento e mutilação craniana comum nessa patologia.

Mas graças à Deus foi diferente [pausa] (...), mas graças à Deus! Deus foi tão misericordioso que a minha filha era tão perfeita que tu olhavas assim e tu não vias nada [pausa – choro]. A cabeça dela cresceu um pouquinho, mas logo ela colocou a válvula e se estabilizou, ela era gordinha e tu olhavas assim e não dizias.

Foi um período difícil para Sofia, que desabafou sobre a dificuldade de viver e sentir, olhar e perceber, sobretudo, falar para si e para o marido sobre a dor desse momento. Suas expectativas eram altas sobre o tratamento e superavam todos os prognósticos de Júlia, de maneira que chegou a pensar, ou melhor, desejar, que a estagnação da deformidade craniana também se estendesse a outros possíveis aspectos comprometedores do desenvolvimento da filha. Pensava, ou melhor, desejava crer que a criança não sofreria outras limitações irreversíveis e definitivas, tal como ocorreu:

¹² “Consiste em um procedimento cirúrgico no qual é inserido um tubo plástico dentro da pele, criando uma nova via de líquido produzido no cérebro para outra parte do corpo. Esse procedimento controla a pressão do cérebro por drenar o excesso de líquido, prevenindo o agravamento da condição de seus portadores. Contudo, há de se considerar que a derivação não cura a hidrocefalia e o dano do tecido cerebral permanece. Ademais, esse tratamento não é perfeito, pode ser mal-funcionante, pode coagular, causar infecção, ou mesmo se quebrar” (CARDOSO, 2007, apud AZEVEDO, SOUZA, 2008, p. 88).

Olha, logo no início eu desconfiei de que ela não enxergava, porque às vezes eu chamava ela olhava mais pelo som, às vezes eu colocava alguma coisa e isso eu fiquei na dúvida, aí eu vim procurar ajuda e me passaram logo pro oftalmo. A primeira vez que ela fez uma avaliação, a médica falou que não tinha alteração nenhuma. Aí tá, o tempo foi passando e eu não vi nenhuma [pausa], aí eu voltei e pedi de novo, aí eu fiz aqui mesmo no hospital, aí deu que ela não tinha nada, é, que ela não enxergava nada e aquilo veio como uma bomba e aí eu cheguei em casa e chorei, chorei, chorei, pensei: Meu Deus! mais uma coisa pra minha cabeça.

Eu acho que essa foi a mais difícil porque eu acho muito triste uma pessoa que não pode ver [pausa – choro]. E aí eu via e eu tinha dúvidas porque às vezes eu via ela se movimentando, eu falava, ela se movimentava, ela escutava, mas na verdade eu sabia que ela não enxergava. Mas eu estimulava [pausa]. Eu fiquei muito triste mesmo, porque eu já não sabia se a minha filha ia andar, mas não enxergar, é muito triste, eu pensava é muito triste, ficava pensando em querer mostrar alguma coisa e ela não vai poder ver, não vai poder correr, brincar, era isso que passava pela minha cabeça, porque eu via meu filho, via não, eu vejo meu filho assim, que corre, que senta na televisão e fica horas assistindo desenho e ela não ia poder fazer isso, e era isso que passava pela minha cabeça.

Cada constatação de perda na vida da filha era sentido como em sua própria vida, fatos que se apresentavam como contínuos e antecipatórios lutos. E assim Sofia representou essas lembranças carregadas de afeto:

Na última internação ela teve três paradas e aí o médico me falou que ela ia ter sequelas além do que ela já tinha, mas eu observava assim e eu não via nada, mas já pro final eu não tinha mais certeza se ela ouvia porque antes, assim, eu falava e eu sentia aquela sensação nela, lá no hospital eu chamava e ela não atendia, eu falava as coisas no ouvido dela e parecia que ela nem tava lá [pausa]. Isso foi outra perda, outra perda [choro] e aí vem aquilo, eu não vou poder contar uma história porque ela não vai ouvir, eu não vou poder mostrar alguma coisa porque ela não vai ver [choro - pausa]. Eu falava pro pai dela e ele achava a mesma coisa. É, antes de eu perceber ele já tinha percebido só que ele não me falou, quando eu falei, ele falou que já tinha percebido, mas só que não queria comentar comigo porque ele viu que eu tava muito fragilizada [choro].

Sofia destacou ainda o desgaste provocado pelas internações de Júlia e sua reação ao contatar a morte das outras crianças e da sua filha. As dificuldades em acompanhar a chegada da morte:

(...) porque eu ficava lá com ela vinte e quatro horas e eu via muitas coisas acontecerem, tantas pessoas eu vi saírem dali sem vida (...). Eu vi uma pessoa só pegar alta lá, uma pessoa [choro - pausa]. Aí tinha um menino do lado dela e eles faleceram no mesmo dia. Nesse dia [pausa]. eu tava cansada, eu sentei e cochilei, quando eu abri meus olhos, ele já tava todo naquele saco branco e eu fiquei pensando será que hoje é a minha filha? [choro - pausa]. Eu via as pessoas agonizando e eu ficava ali porque era a minha filha, mas era muito difícil ficar ali [choro]. Eu sentia assim que a vida passa e a gente vai tão

rápido basta a gente tá vivo como eu vi a minha filha, quando eu entrei, ela tava dormindo tão bem, tava sem aparelho e, eu fui lá e dei um beijo nela e sentei na cadeira, acho que passou uns quinze minutos ela começou a tossir, tossir e foi tão rápido que ela [pausa], que eu vi assim ela morrendo na minha frente, e foi tão rápido, tão rápido, e eu vi que, às vezes, a gente deixa passar tantas coisas na vida da gente, né? A gente não sabe o nosso futuro, não sabe o que vai acontecer, hoje a gente tá vivo amanhã a gente não sabe se vai tá, às vezes a gente quer falar alguma coisa e não fala, né? Deixa pra falar amanhã, mas não sabe se amanhã a gente vai ter a pessoa pra falar [pausa – choro].

4.4.3 Demanda: desvelando o pedido de ajuda

Sofia também chamou atenção para os significados do momento crítico da despedida. A ambiguidade de suas reações de aceitação e recusa do fim e a percepção de sentimentos de “despreparo” no lidar com o desfecho anunciado.

Eu acho que a gente nunca tá preparada, acho que seria pior porque acho que a angústia aumentaria [pausa]. Eu acho que a gente nunca tá preparada porque mesmo eu vendo ali, eu sabia, eu sentia que não ia ter mais volta, aí quando eu saí da sala eu ouvi quando a pediatra falou assim “olha, ela foi entubada”, veio àquela esperança, sabe? Ah! Ela voltou. Aí quando ela veio disse olha a tua filha foi entubada, aí me deu sabe uma sensação de alívio, em poucos segundos, ela falando isso, ao mesmo tempo que veio o alívio veio a de perda quando ela disse a tua filha foi entubada, mas, aí quando veio, mas ela não resistiu, aí veio aquela sensação de perda, veio de que eu não iria agüentar, eu não iria suportar, aí eu chorei muito[pausa] muito mesmo [pausa- choro]

(...) Aí quando ela falou que eu podia entrar de novo na sala, aí eu entrei e parecia que ela tava dormindo, sem nenhum aparelho mais, sem nada e eu me arrependo muito de não pegar ela, mesmo morta, nos braços, e eu me arrependo muito de não ter feito isso [choro - pausa]. Eu passei tanto tempo sem pegar porque eu não podia quando ela tava entubada, não dava pra pegar [choro]. Quando ela saiu do aparelho teve uma enfermeira que disse “olha”, parece que ela tava adivinhando que ia acontecer isso, “olha, se tu quiseres pegar a tua filha, pega!”, aí eu peguei e passei um bom tempo com ela no colo, brinquei com ela, fiquei um bom tempo mesmo, aí eu coloquei ela na cama e nesse dia eu gostaria de ter pego mais uma vez ela no colo [pausa].

Sofia pediu colo. À medida que compartilhava sua vivência, Sofia também colocava Júlia mais uma vez em seu colo, embalava a menina nas lembranças da vida que levaram juntas. Ao mesmo tempo “dava colo” a si ao reconhecer que como mãe “fez o que podia”, cuidou e prosseguiu com a filha até a última das fronteiras humanas, a morte. Seu lamento sobre o “último” afago à Júlia se manteve e possivelmente se manterá na compreensão de que é muito difícil aceitar a ideia de um “último” momento com alguém que se ama.

Eu vim buscar ajuda, compreensão, conversa [pausa]. Tem alguma coisa que eu falo pra minha cunhada, pra minha irmã, mas eu sei que elas não gostam muito de tocar no assunto por mim, por mim, porque elas sentem que eu começo a chorar, eu acho que elas não gostam de me ver assim [pausa], elas

querem me poupar do sofrimento, me fazer parar de chorar. Aqui não, eu posso chegar e falar o que eu sinto [pausa]. A minha irmã e a minha cunhada tem filhos, então elas dizem que me entendem, a minha cunhada ainda diz assim que me acha ainda muito resistente porque se fosse ela, ela não estaria desse jeito, ela sempre diz isso. Ela diz que não pensa nem na possibilidade de perder os filhos, eu digo pra ela que não é assim [pausa]. Quando a Júlia tava viva, às vezes, eu ficava olhando pra ela e imaginava e vinha aquele desespero e eu procurava nem pensar, porque eu pensava assim, se acontecer eu não vou resistir, mas a gente consegue, consegue sim, é difícil, mas consegue. A gente tem que tá ciente que todo o mundo vai passar por isso, né? Ninguém é eterno [pausa].

Em outra direção, seu pedido de ajuda buscava por alguém que suportasse seu choro e lamento; que a desculpasse por seu cansaço depois de tantas peregrinações, com a filha, por hospitalis e internações. A referência a morte como um ‘descanso’ à filha, como um repouso para si frente à experiência de sofrimento e desgaste vivenciada.

De alguma maneira, sua história de sucessivas perdas em relação à filha a preparou antecipadamente à(s) vivência(s) do(s) luto(s) até a morte. A intensidade de sua dor estava presente de modo singular e em conciliação, um misto de tristeza, alívio e resignação na experiência de enlutamento. Sofia parecia seguir em paz:

Olha, apesar de eu ser mãe, de querer ela do meu lado de qualquer jeito, sem andar, sem falar, sem enxergar, sem ouvir, mas eu acho que o que aconteceu foi o melhor [pausa – choro]. Eu tenho consciência disso porque eu sou mãe, mas pensando por outro lado, Deus sabe o que faz. Minha filha passou por tudo isso, mas chegou a hora dela, dela poder descansar. Ela fez o que tinha de fazer, ela mudou muito a minha vida, muito mesmo, a minha maneira de pensar, de agir, de ver as coisas, foi muito gratificante [pausa].

4.4.4 Experiência de atendimento psicológico

Foi uma ajuda que veio em boa hora. Eu tava precisando mesmo e tá sendo ainda, né? [pausa] Acho que foi muito bom, e é como eu falo sempre lá em casa parece que vocês tiram coisas de dentro da alma, que a gente não consegue assim expressar pra outra pessoa e é uma pessoa que a gente nunca viu, né? Mas tem [pausa] consegue falar tudo o que a gente sente, eu me sinto à vontade pra falar.

Aprender a superar a dor por intermédio das palavras, sem restrição, vergonha ou censura era um dos seus objetivos e a que vinha se dedicando, conforme explicitou acerca de sua experiência de atendimento no projeto.

4.5 JUDITH

Quando eu caio na real [pausa], eu sinto [pausa] que a minha mãe [pausa]. Às vezes, ela viajava, ia pra Cametá ou então ela ia pra Macapá, então ela ia e passava assim, dez dias, quinze dias, às vezes até um mês, mas eu sabia que ela ia voltar [pausa]. Às vezes, eu faço essa fantasia na minha cabeça, às vezes eu penso que ela tá viajando, tá me entendendo?

4.5.1 Quem chegou?

Sua procura se iniciou com a solicitação de agendamento de um horário conforme a sua disponibilidade e, à exceção das outras entrevistas, este encontro ocorreu numa tarde. O seu pedido foi intencional, pois no dia marcado sua mãe estava completando oito meses de falecimento. Pela manhã, iria ao cemitério. À tarde, falaria sobre si e suas experiências.

Nasceu em Belém há 49 anos. Coursou o ensino Fundamental completo e trabalha como servente de escola. Aos fins de semana se dedica à Igreja Evangélica Quadrangular e ao ofício de manicure, atividade que complementa sua renda familiar de até dois salários mínimos. Judith foi casada, não delimitou o tempo da relação, mas que desta união teve três filhos, sendo um homem e duas mulheres (de 33, 31 e 29 anos respectivamente). Destacou que é solteira e reside na casa de sua mãe, na periferia da Capital, com dois netos de quem cuida desde o nascimento.

Judith contou que faz tratamento médico, em um hospital universitário, para “o controle de gordura no fígado” e que numa consulta recente “desabafou” com sua médica sobre a tristeza pela perda da mãe. O encaminhamento ao serviço partiu dessa profissional que a orientou sobre a possibilidade de acompanhamento psicológico: “Vou lhe encaminhar pra você ter uma conversa porque, às vezes, uma conversa ajuda muito”. Judith então iniciou a psicoterapia individual e, posteriormente, em grupo, experiências que declarou inéditas em sua vida.

4.5.2 Sobre o ente querido falecido e o processo de luto

Judith relatou as circunstâncias que antecederam o falecimento da mãe, Dona Cecília, a começar pelos frequentes problemas de saúde, principalmente as crises recorrentes de hipertensão arterial, que exigiam atenção constante. Judith falou de sua dedicação como acompanhante em exames e consultas médicas periódicas, controle dos horários para a alimentação e a administração de remédios, entre outros cuidados a fim de manter o bem-estar da mãe de 80 anos.

Contudo, a hipertensão se mantinha e a última crise precipitou a queda de Dona Cecília no quintal de sua casa e, sucessivamente, a internação para tratamento do Acidente Vascular Cerebral - AVC, o agravamento de seu estado clínico e por fim, o seu óbito.

Porque aí já apareceu outros problemas, aí ela já pegou infecção hospitalar, pneumonia, os rins já não tavam funcionando direito, já não tava urinando, o coração já tava batendo fraco, a pressão subindo, subindo, subindo, só acalmando a peso de remédio. Aí essas coisas assim, mas mesmo assim, eu tinha tanta esperança da minha mãe sair com vida [choro] (...)

Mas Deus tava sendo tão ingrato comigo que em vez da minha mãe melhorar, ela foi piorando. Aí foi que ela foi pro CTI [choro]. A primeira vez no CTI, ela ficou quarenta dias, quarenta dias ela ali [pausa]. Quando chegou o dia três de novembro, às nove e meia da manhã, ela não aguentou.

Relembrar as circunstâncias da morte da mãe trouxe à superfície uma correnteza de palavras e sentimentos, histórias da relação afetiva entre as duas; cenas descritas sobre as brincadeiras cotidianas e de demonstração de carinho; as dificuldades orçamentárias administradas conjuntamente, entre outros momentos destacados como de cumplicidade e de segurança emocional para Judith.

Ela foi uma boa mãe. Ela foi uma companheira. Ela foi muito minha amiga, em qualquer circunstância, ela sempre foi minha amiga. Às vezes, os meus problemas que eu tinha, eu chegava e contava pra ela, ela prontamente ia me ajudar, de um jeito ou outro, ela ia me ajudar. E agora eu não tenho mais.

Reverenciava a mãe no destaque à vitalidade e independência da idosa, que fazia questão de lavar a própria roupa e de frequentar a feira do Ver-O-Peso¹³ e comprar pessoalmente os ingredientes para a venda de tacacá¹⁴, atividade que então complementava a renda de um salário mínimo da pensão de Dona Cecília.

A disposição da mãe pelo trabalho e pela realização de atividades domésticas se desdobrava também em segurança material para Judith, que também afirmou ser dependente financeiramente da mãe:

Então, às vezes, eu digo assim: Meu Deus, e agora? E agora eu assumi tanta responsabilidade [pausa], porque como eu falei pra você, a minha mãe só dependia de mim pra ir pro médico, pra levar ela no médico, pra fazer exames, marcar uma consulta, entendeu? Mas tirando disso era eu que dependia da minha mãe, tanto é que eu é que morava com ela, você entendeu? [pausa]. (...) E hoje em dia, eu fico pensando assim: Meu Deus! Eu tenho que pagar isso, eu tenho que pagar aquilo [pausa] E eu fico imaginando: Ah! Se a

¹³ Tradicional feira de Belém do Pará, que reúne o maior mercado aberto da região Norte do Brasil.

¹⁴ Bebida quente constituída por tucupi, goma (caldos extraídos da mandioca), camarão seco e jambú, servida em cuias e, que é tradicionalmente vendida em "barracas", tendas nas ruas de Belém.

minha mãe tivesse aqui. Eu chegava e conversava, eu falava, dizia pra ela: olha é tal coisa assim mãe [pausa]. Às vezes, eu chegava com ela: Olha, mãe! Tá faltando pagar aquela conta e eu não tenho todo esse dinheiro, tá faltando tanto, mãe! [pausa]. E ela prontamente me dava, você entendeu? Você me entendeu? Ela me ajudaria e aquilo fica tudo na minha cabeça. E às vezes eu quero fazer como ela ainda tivesse aqui e falta, falta e aí eu fico num desespero, fico numa agonia, aquilo [pausa – choro].

O processo de luto de Judith parece perpassar pela difícil tarefa de ter que superar além do vínculo afetivo desfeito pela morte, a dependência financeira da mãe que lhe auxiliava também na gerência do orçamento pessoal e familiar. Assumir o lugar da mãe e ser a sua ‘própria mãe’ para então dar conta de suas demandas, eis um dos desafios a ser trilhado.

No limite de seus passos modestos e significativos, Judith então compartilhou alguns dos medos que a possibilidade de perder a mãe lhe mobilizava e ainda presentes em seu processo de enlutamento.

Às vezes ela não queria tomar remédio e eu dizia assim pra ela: Olha, Dona Cecília [pausa] (...), eu dizia: Tu tem que tomar um de manhã, um de tarde e um de noite. Tu tem que tomar! (...) Eu dizia pra ela: Tu quer morrer, mãe? Tu quer morrer? Ela ficava me olhando. Tu não pode morrer, mãe! Tu não sabe que eu dependo de ti!? Tu não sabe que eu preciso de ti!? E se tu morrer como é que eu vou ficar? Tu já imaginou? Hein? Tu já imaginasse? Hein? Como é que eu vou ficar? Quem é que vai me ajudar? Hein? Quem é que vai conversar comigo? Quem é? Não vai ter ninguém! [choro] Então tu não pode morrer! Então toma o teu remédio! Ela ficava me olhando, também ela não dizia nada, sabe? [choro - pausa]

O processo de luto de Judith foi marcado por reações tais, como o protesto, a raiva, sensação de “estar perdida” sem o ente querido, entre outras relevantes, dada natureza do vínculo de dependência afetiva e financeira existentes entre mãe e filha:

E ali era eu por ela e ela por mim. E de repente [pausa]. Não sei se foi Deus que tirou, que fez essa maldade comigo. Não sei. Só sei que eu perdi aquilo que eu tinha medo de perder e que eu pensava mesmo em nunca perder. Você entendeu? E aí eu perdi ela. E aí eu tô nessa situação aqui [pausa]. E aí quando eu sinto que não tem mesmo aí [pausa – choro] aí é que eu vejo que ela não volta mais, aí eu me agonio, eu me agonio e fico chamando, chamando, por quê? Por que aconteceu isso com ela? Aí começo, sabe? A falar, falar, falar, falo sozinha dentro de casa. Eu tenho meus netos, mas sabe como é criança? Não sabe. E aí eu fico nessa agonia, pedindo pra Deus mais uma chance. Deus me dá mais uma chance!? [pausa – choro].

(...) Quando eu tô no serviço eu esqueço, né? Converso, brinco assim, mas sempre tá aquela lembrança, mas me distrai mais porque tem os colegas do trabalho, mas quando eu chego em casa, quando eu caminho pra ir pra casa, quando eu saio do serviço e vou pra casa, aí vem aquela coisa [pausa]. Você pode imaginar o que é? É uma saudade, aquela dor, aquela coisa de pensar que você sabe que vai chegar e não vai encontrar, aquilo de você sair, deixar,

mas quando você voltar vai achar. E agora eu saio, não deixo, e quando eu chego, eu não encontro também [pausa – choro] Entendeu? Aí eu chego em casa pra mim [pausa] da feita que eu chego em casa [pausa]. Pra mim, eu não tenho mais aquela vontade, aquela alegria que eu tinha, eu não tenho mais. Pra mim eu quero assim, se eu chegar em casa e me isolar, ficar quieta em um canto, fechar a casa e tudo, pra mim, sabe? É até melhor. Aí eu fico me lembrando dela, fico pensando [pausa], aonde foi que errei, aonde que eu podia ajudar ela? Que eu não pude ajudar, entendeu? Tudo isso.

4.5.3 Demanda: desvelando o pedido de ajuda

Os impactos da perda foram sentidos em diversos recortes de sua vida, por ela assim descritos, de tal modo que se fazia necessário elucidar sobre o que de fato Judith havia buscado ao procurar atendimento psicológico. Seu relato continha um pedido de ajuda por palavras que aliviassem a dor da perda:

O que eu vim buscar? [pausa] às vezes, se você não vai pelo amor vai pela dor, né? Então eu vim buscar é [pausa], como se diz? Ou uma palavra amiga ou uma coisa, uma pessoa que possa me ajudar. Eu sei que é como a doutora falou a primeira vez, não é uma primeira vez já a gente vai ajudar totalmente vocês, mas conforme o tempo a gente pode lhe ajudar. Então o que eu espero aqui é a ajuda de vocês [pausa]

[Ajuda pra quê?]

Pra 'mim' conseguir tentar é [pausa], como é que se diz, é [pausa] aceitar essa perda, conseguir conviver com essa perda, você entendeu? Porque é isso que eu não tô conseguindo. Eu, sozinha, eu não tô conseguindo. Se eu ficar sozinha, sem ter o apoio de uma pessoa, eu posso ficar doida, posso pirar, eu posso fazer qualquer coisa, posso fazer qualquer loucura, entendeu? Então quer dizer se eu tiver a ajuda de outras pessoas, é claro que isso vai me ajudar [pausa].

Judith ao chorar a morte da mãe, chorava também a perda de uma amiga, de sua companheira e provedora material e afetiva. De modo que a sua súplica continha ainda o desejo de ser cuidada e protegida, uma vez que a morte da mãe lhe remetia a uma situação de desamparo pela perda de um referencial em sua vida.

Aos poucos, era também chamada a reconstruir o seu próprio caminho de elaboração da perda, buscava seguir e superar esse momento delicado, descobrir que também poderia sozinha, se cuidar, se proteger e se aquecer com as lembranças da mãe, construir um lugar para essa dor que lhe apertava e lhe fazia pedir socorro:

Mas, quando a minha mãe faleceu, eu só pedia: Meu Deus, me dê força! Eu achava que eu não ia encarar, não assim, uma coisa normal, porque não foi uma pessoa qualquer, entende? Foi a minha mãe. Então eu achava que não ia conseguir superar essa perda.

Reconstruir o possível sofrimento da mãe a auxiliou, bem como a reconstituir os últimos momentos vividos com alegria e em família, quando do aniversário de Dona Cecília. A materialização da mãe presente nos registros fotográficos, trazidos com cuidado no álbum, guardado com esmero na “bolsa” em seu colo.

Eu tenho uma foto dela aqui [tira da bolsa um álbum e mostra as fotos, descreve as cenas, os parentes, filhos, netos, bisnetos, sobrinhos], foi no dia do aniversário dela, foi dia doze de setembro, ela gostava muito de festa e a gente comemorou o aniversário dela. Ela gostava que eu fizesse um bolo e chamasse os parentes. O bolo dela fui eu que fiz, eu decidi fazer diferente o bolo da mamãe, porque todo ano eu fazia o bolo dela em formato de coração, mas esse ano como a mamãe tava fazendo oitenta anos eu decidir fazer no formato de um oito, aí foi que eu fiz esse bolo pra ela [chora - pausa] Essas foram as últimas fotos que nós tiramos com ela, no dia do aniversário dela, sabe que ela faleceu onze dias depois. Eu acho que ela já sabia que ia porque ela ficava pedindo pra tirar foto, todo mundo chamava ela, gostava dela.

As lembranças da comemoração do aniversário de Dona Cecília então suscitavam força em razão dos “oitenta anos vividos” e dos muitos ensinamentos, afirmou com detalhes alguns referentes ao companheirismo e superação da mãe.

4.5.4 experiência de atendimento psicológico

Quando eu vim [pausa], pra mim foi [pausa] como se diz? Eu gostei. Tô sendo bem atendida, cada uma pessoa que conversa comigo eu vou ajuntando [pausa] Eu vou dizer que [pausa] assim, tudo o que vocês vão me falando eu tô ouvindo, mas só mais tarde, quando eu tiver deitada é que eu vou analisar tudo que você me colocou, aí eu vou ajuntando, igual a uma dama, um dominó, né? Juntando pedra por pedra [pausa]. [um quebra-cabeça] Isso! Um quebra-cabeça, aí eu vou ajuntando, de alguma coisa que sair de você pra mim vai me ajudar. O que sair daquele outro doutor também vai me ajudar. O que a outra doutora disser eu vou ajuntando, porque vai me ajudar. E quando eu pensar, eu tô sendo ajudada já, entendeu?

Juntar as peças do seu “quebra-cabeça” era a sua tarefa, seu dever de casa ao sabor de seu tempo singular de construção pessoal. Peças a serem “montadas” na elaboração das perdas e lutos, na descoberta do seu próprio tempo e processo em andamento, experienciado em atendimento individual e compartilhado em grupo. Judith então encerrou o relato com uma certeza: “É, eu preciso de um tempo pra pensar, como é que se diz? Como eu vou controlar esse barco”. Se conduzir após a perda.

5 PARA ALÉM DAS DEMANDAS E O PROCESSO DE LUTO

Cabe destacar que apenas mulheres participaram da pesquisa como colaboradoras. Nesse contexto, a predominância do sexo feminino refletiu uma tendência significativa de usuárias no serviço de Pronto Atendimento ao Enlutado, particularmente, em consonância com o perfil dos atendidos entre os anos de 2006 a 2008, correspondente a 311 pessoas, dos quais 95% foram mulheres (SOUZA, et al. 2009). Esse quantitativo sugere um possível recorte de Gênero a modular a busca por atendimento psicoterapêutico nos casos de perda de um ente querido, como uma espécie de concessão às mulheres para “pedir ajuda” e chorar a morte do ser amado, em detrimento aos homens.

É pertinente aqui a problematização da categoria de análise “Gênero”, que reflete acerca das representações que homens e mulheres assumiram (desempenham) socialmente, baseado na concepção de que estes papéis foram historicamente determinados a partir das diferenças sexuais, dos atributos físicos e inatos e que serviram com legitimadores das desigualdades e subordinações diversas, nas dimensões simbólicas, relações sociais e institucionais (SCOTT, 1990).

Nesse sentido, a categoria Gênero questiona a determinação histórica da diferenciação de papéis masculinos e femininos e as implicações referentes às desigualdades vigentes na sociedade ocidental, nos âmbitos da dimensão do trabalho, perpassando pela política, à saúde sexual e os direitos reprodutivos, entre outros (GARCIA, 1998).

Os questionamentos se estendem aos aspectos referentes ao cuidado consigo e com o outro, que na sociedade ocidental, são valores associados ao feminino. Para Gianini (2004) o padrão de autocuidado entre homens e mulheres então difere. Os homens teriam mais dificuldade em reconhecer e expressar seus sentimentos quando acometidos por um desconforto físico e psicológico e as mulheres seriam mais atentas às mudanças ocorridas no corpo, percebendo mais rapidamente as alterações físicas e emocionais sofridas. Tal diferenciação traz impactos significativos, a exemplo, da menor busca dos homens aos serviços de saúde para cuidarem de si. Isso explicaria a dificuldade de tratamento preventivo entre os homens, que acabam procurando o auxílio médico e/ou psicológico apenas quando já apresentam quadros limitantes de uma doença ou sofrimento decorrentes.

Gomes et al. (2007) também articulam esse dado à própria socialização dos homens, em que o cuidado consigo, com o corpo e os sentimentos, não é estimulado como uma prática masculina. Na literatura específica sobre Gênero, também há outros estudos que apontam para o mesmo motivo, a reduzida procura dos homens por serviços de saúde, entre os quais o

psicológico, que parece se encontrar relacionada ao que se entende por ser homem, a uma suposta invulnerabilidade, tendência ao silenciamento das emoções (GOMES et al, 2007; BRAZ, 2005; GOMES, 2003), o que também poderia comprometer a procura por ajuda psicológica nos casos de perda por morte.

Contudo, o recorte voltou-se para o perfil das cinco colaboradoras, que faz alusão à população, em geral, assistida no serviço (SOUZA et al. 2009), no que concerne a faixa etária entre 29 a 53 anos, com baixo nível de escolaridade e renda familiar, paraenses e residentes nas periferias de Belém.

Sobre o estado de saúde, apenas uma colaboradora não referiu alterações de saúde significativas. As demais destacaram problemas de doença, como hipertensão arterial, acrescentaram ainda o diabetes mellitus, alterações hepáticas, oculares, episódios depressivo atual e anterior à perda, condições estas que inspiram avaliação e cuidados devido ao risco de agravamento que a crise no luto, eventualmente, potencializa.

Relataram ainda nunca terem vivenciado acompanhamento psicológico até a perda do ente querido, sendo que apenas uma colaboradora estava também sob tratamento psiquiátrico pelo mesmo motivo.

De maneira geral a chegada ao Pronto Atendimento Psicológico ocorreu após encaminhamentos de profissionais da rede de saúde do município de Belém, do próprio hospital universitário, projetos afins e em parceria. Esse encaminhamento por terceiros sugere, em parte, o desconhecimento da comunidade acerca de serviços públicos de atendimento psicológico imediato como uma alternativa ao cuidado do seu sofrimento, em particular, quando da morte de alguém significativo.

A respeito da especificidade da perda, as cinco colaboradoras apresentaram trajetórias de vida particulares e características diversas quanto às perdas experienciadas e suas demandas seguiram rumos próprios, na intensidade de cada processo de luto.

Em relação à caracterização das perdas relacionadas à morte de um ente querido houve dois casos de morte da mãe e três de morte de filho. Embora em alguns casos a perda tenha sido da mesma natureza de vinculação, o tempo decorrido e as circunstâncias da morte, a qualidade do vínculo afetivo e outros fatores complicadores, a exemplo da experiência de perda significativa anterior, concorreram para os desdobramentos singulares do processo de luto experienciado.

Bowlby (1990) considera alguns eventos significativos que interferem no processo de luto, a exemplo de: dificuldades progressas na vivência de separações, de dependência emocional e financeira com o ente falecido, relação afetiva de natureza ambivalente com o

morto, na qual a pessoa pode assumir uma conduta de autorecriminação e autopunição por não ter conseguido ser “melhor” mãe ou filha ou por se julgar responsável ou por não ter podido evitar a morte; ausência de suporte familiar ou de relacionamentos significativos que possam auxiliar na superação da perda; alterações na dinâmica familiar e rotina pessoal provenientes da perda, entre outros, eventos presentes nos relatos das colaboradoras.

No que se refere ao processo de luto, algumas dificuldades específicas foram evidenciadas, entre as quais a de intensa mobilização emocional associada ao desconhecimento com relação aos sintomas do luto e suas modalidades, o normal e o complicado, e este último em suas três derivações, o antecipatório, o crônico e o adiado.

Sobre o processo considerado “esperado”, aos moldes do vivenciado no momento por Dolores e Judith, se apresentou na provável ocorrência de uma “crise” em razão do desnível entre o ajustamento necessário e os recursos pessoais disponíveis para lidar com o vínculo rompido (BROMBERG, 1996). A sequência das manifestações de sentimentos, sensações físicas, cognitivas e comportamentais do pesar, a exemplo do “entorpecimento”, “anseio, protesto, e busca da pessoa perdida”, “desorganização e desespero” e finalmente a “recuperação e reorganização”, conferem a este processo de luto o gradual reconhecimento e a aceitação da perda e, o trabalho de enlutamento, aqui, aos poucos segue rumo à construção de novos vínculos e reinvestimento em si e na vida (BOWLBY, 1990; PARKES, 1998).

As variações ditas complicadas se referem ao luto antecipatório, o crônico e o adiado. Sobre o primeiro, consiste na precipitação do processo de enlutamento frente à ameaça de perda ou morte iminente. Destaca-se o caráter adaptativo dessa modalidade que teria a tarefa “preparatória”, no âmbito cognitivo e emocional, para a vivência de uma perda anunciada previamente, e por isso a possibilidade de buscar recursos de enfrentamento pessoal e social, para reduzir os impactos da perda e como suporte à elaboração do luto (FRANCO, 2002; FONSECA, 2004).

Exemplo da vivência do luto antecipatório foi o experienciado por Sofia, de acordo com o seu relato, a morte da filha já havia sido anunciada a partir do diagnóstico de hidrocefalia e das várias internações e complicações de saúde sucessivas que acometeram a menina, da progressão rápida levando-a a morte em menos de dois anos. Diante de tal quadro, Sofia teve a possibilidade de ir se preparando aos poucos, conforme a doença ia se agravando, até a morte da menina, vivido não menos dolorosamente, mas num ritmo de aproximação crescente a cada confirmação de uma nova e progressiva perda.

Entretanto, a experiência de luto antecipatório não consiste em garantia de um processo de elaboração “saudável”, pois é comum a negação da possibilidade da morte próxima de um

ente querido e daí o distanciamento das evidências que suscitem a perda (FONSECA, 2004). Tal como também foi percebido em Iolanda, cujo sobrinho-filho sofria de enfermidade crônica desde o nascimento.

A evolução para o luto crônico sinaliza a manutenção indefinida das reações de pesar, com prolongamento por tempo excessivo, comum em relações de dependência (PARKES, 1998). O autor ainda descreve a predominância de outros aspectos, preocupantes dada a intensidade como, as dores, a procura, as imagens do morto e as distorções na percepção do enlutado, sonhos freqüentes sobre o falecido, o entorpecimento, de mecanismos de evitação da perda, a exemplo, do esquecimento seletivo, os sentimentos de raiva e responsabilização, as manifestações de protesto, amargura e de auto-acusação. Sugestivo a esse tipo de luto foi o estado de Iolanda.

A desorganização emocional de Iolanda foi explícita em seu relato. Inicialmente com um percurso rígido e aparentemente contraditório, seu “desejo de morrer” verbalizado como uma possibilidade de reencontro com o sobrinho-filho. Esta desorganização pessoal se manteve e foi evidenciada, no processo de luto, pela ocorrência de episódios depressivos e ideação suicida, expressos por um aparente desinteresse em relação à vida: “ai eu falei quando amanhecer o dia eu vou tomar um veneno, eu vou tomar chumbinho, eu vou acabar com esse sofrimento (...) eu não quero mais viver, (...) eu não tenho mais ninguém agora”.

A esse respeito Kovács (2003, p. 113, 171) então discorre sobre a significativa “ambivalência entre o desejo de permanecer vivo e de morrer para aliviar o sofrimento, por vezes, intolerável”. O “pedido para morrer” estaria relacionado ao “sentimento de falta de controle” ou à percepção da pessoa de que não está recebendo cuidados adequados, “tendo a sua dor subtratada”. “O pedido para morrer pode ser visto como um pedido de atenção, uma afirmação de que se é humano, que ainda se está vivo (...) para que seja visto e ouvido”. Cuidado em sua dor.

Outro desdobramento é o tipo adiado, quando a expressão do luto não é possível de acontecer e por isso fica suspenso, deslocado para ser manifestado em outro momento (MAZORRA et al. 2002; FONSECA, 2004).

Indicativos desses dois tipos de luto foram relatados por Tereza, ao enfatizar suas reações frente às perdas significativas de seu marido, neto e, principalmente, do filho em curto intervalo de tempo; seu estado de “paralisação” e “choque”, a persistência de sintomas limitantes relacionados à lembrança do filho morto e o medo de morrer.

Outro fator relevante foi a qualidade do vínculo, já que quatro colaboradoras ressaltaram “dedicação excessiva, preocupação constante e significativo investimento afetivo

para com o ente querido morto”. Contudo, essa relação de investimento é complexa, uma vez que o significado que a perda assume para cada pessoa difere profundamente, conforme a relação estabelecida com aquele que morreu (BOLWBY, 1990).

O momento da morte parece então concretizar a ruptura da pessoa com tudo o que pode representar, objetiva e subjetivamente, a sua relação com o ente querido perdido (BOLWBY, 1990). Desse modo, para além dos lugares de parentesco que as mães e os filhos mortos ocupavam, há outras significações, nem sempre tão explícitas para o enlutado.

Dolores expressou um emaranhado de afetos mobilizados pelo contexto da morte da mãe, em particular, a “culpa” pela pouca convivência, pela impossibilidade financeira de oferecer uma estrutura médica e hospitalar, que supostamente acreditava ter evitado a morte.

Iolanda, à primeira vista, revelou seu lamento não apenas por um sobrinho, mas por um filho a quem se dedicou ao longo da vida. Com um exame mais detalhado, seu chorar ganhou também outro contorno, o de quem também sofria por constatar o “vazio” em si, agora revelado pela ausência do outro. Sua tarefa agora não era mais cuidar de alguém, mas ir ao encontro de sentidos para a própria vida, para o enfrentamento de suas “lacunas”, enfim não mais encobertas ou obscurecidas pelos cuidados intensos ao Joãozinho.

Semelhante processo ocorreu com Sofia e Judith, cujas perdas estão intimamente atreladas à significação que o ente querido morto assumiu para a cada uma, respectivamente. Sofia disse reconhecer a passagem da filha em sua vida como um “momento de troca e aprendizagem”, pois afirmou ter se dedicado exclusivamente aos cuidados da menina, numa rotina rígida de atividades que envolviam desgaste físico e mental. Quando a sistemática do cotidiano de cuidados à filha foi rompida, sua vida tornou-se desorganizada e lidar com o vazio que a perda causou foi um complicador. No entanto, a partida de Júlia parece ter deixado um legado transformador àquela mulher, que também explicitou o efeito da perda como um “amadurecimento” e que mobilizou a iniciativa de resignificação da vida e da morte.

Judith declarou seus laços de “amizade, companheirismo e de dependência materna” e sobre os aspectos afetivo, relacional, econômico e financeiro, de modo que a perda da mãe implicou a necessidade de redefinições pessoais, a busca e aprendizagem de um viver agora de modo autônomo e independente do vínculo rompido.

No caso de Tereza que perdeu o filho, houve uma tendência a tornar-se ainda mais atrelada a este, expressando em seu corpo alterações de saúde relacionadas ao morrer súbito e solitário do filho, acrescido do medo do abandono, solidão e da própria morte.

Parkes (1998), ao concluir que a perda de um ente querido redefiniu os modos de vida das pessoas, também demonstrou a importância do processo de elaboração. Assim, ao falar de perda por morte está em ação um processo importante que pode alterar o modo de relação da pessoa consigo, com a sua vida e com os outros.

Nesse contexto, o processo de ruptura que a morte instaura foi relatado pelas colaboradoras como um acontecimento determinante em suas vidas, a compreensão do vínculo no sentido mais amplo de todas as possibilidades que pode oferecer à pessoa, desde rotinas, colocação de regras, relacionamentos, entre outros. De maneira que pensar no ente querido, nos problemas vividos por esta pessoa e ter toda a sua energia direcionada para isso, faz com que a pessoa ao perder o ser amado tenha que lidar com o seu próprio tempo e suas próprias questões pessoais.

Com a perda, a imagem que até então tinham de si mesmas e a construção de vida, são substituídas por momentos transitórios de desorientação, sentimentos de perda, rejeição e culpa, agressividade (PARKES, 1998).

Para Dolores a perda da mãe foi vivida sob afetos de auto-acusação, pois ressaltou que “poderia ter feito mais”. Sentimentos semelhantes foram também destacados por Judith e Teresa.

A morte de um ente querido muitas vezes é vista como uma punição. Os autores destacam essa manifestação como frequente em algumas pessoas, que mesmo cientes de que não tinham controle e tendo feito o que estava ao seu alcance, procuram entender a morte, se perguntando: onde foi que eu errei? Na tentativa de compreensão, buscam razões e motivos para o ocorrido na história pessoal e do vínculo e tendem a responsabilizar-se de alguma forma pela perda do ser amado. A culpa, a auto-responsabilização pela perda, é um fator que dificulta o trabalho de luto (PARKES, 1998; BROMBERG, 1999; FRANCO, 2002; 2004).

A expressão de sentimentos como a agressividade foi também frequente em Iolanda e Judith. Embora tivessem evitado manifestar algum tipo de raiva contra a mãe e ao sobrinho-filho, respectivamente, exprimiam esse sentimento ao interrogar-se: “Por que isso aconteceu comigo?” Ou dirigida ao ente querido falecido: “Por que esses cachaceiros não morrem, mas o Joãozinho morreu!?”; “Eu falei pra ela que ela não podia morrer, como eu ia ficar?” A agressividade também foi direcionada ao Divino, “Deus não pode ter feito isso comigo!”, “Mas Deus tava sendo tão ingrato comigo que em vez da minha mãe melhorar, ela foi piorando” e, finalmente, contra si, pois: “atualmente perdi o gosto pela vida”, “não quero mais viver”. Por outro lado, houve também o refúgio na espiritualidade, como em Sofia, um

suporte para a aceitação da perda, ao considerar que “Deus sabe o que faz. Minha filha passou por tudo isso, mas chegou a hora dela”.

Outra questão foi o destaque às datas comemorativas que, também, compareceu na fala de Judith suas recordações do último aniversário da mãe foram nítidas e ainda sobre a dificuldade de passar o Dia das Mães, sem Dona Cecília. Sobre esse tema, é frequente na literatura sobre luto, referências às chamadas reações de aniversário. Parkes (1998) considera que as datas de aniversário de nascimento e de morte, assim como outras significativas, a exemplo, das primeiras festas de fim de ano sem a presença daquele ente querido podem ser mobilizantes de afetos intensos, pois são ocasiões que suscitam recordações e elucidam a perda. Nesse contexto, são, portanto, esperadas alterações emocionais.

Contudo, Parkes (1998) também considera relevante a atenção a essas datas para que não sejam apagadas do calendário, mas celebradas, uma referência à memória do ente querido falecido e da relação que se teve, por mais dor que possa trazer. A intenção é que a pessoa, a família, reaprenda a conviver com esses dias e a comemorá-los de um jeito diferente e não negá-los.

Ainda sobre os sentimentos mobilizados pela perda, Franco (2002) ressalta a necessidade de contatar e cuidar desses afetos, uma vez que a condição de perda interfere na vida da pessoa em luto como um todo, pois se mostra como uma preocupação constante, que está presente 24 horas por dia e afeta o relacionamento e o tempo anteriormente destinado às atividades de trabalho, lazer e descanso. Essa experiência compareceu no relato das colaboradoras e sugeriu que o tempo de elaboração do luto não significa tempo ocioso, ao contrário, significa tempo de indecisão, tempo de maturação, preparatório para um novo tempo, um movimento percebido, em diferentes níveis, em Dolores, Iolanda, Teresa Sofia e Judith, que após a perda dos filhos e mães, respectivamente, se veem no limite decisivo de retorno e reformulações de suas vidas.

Nesse sentido, os achados indicaram que a demanda inicial por atendimento psicológico pode condensar múltiplos pedidos de ajuda, a permear o movimento pessoal das colaboradoras na atenção e cuidado ao seu sofrimento decorrente do processo de luto.

Ao procurarem atendimento psicológico as entrevistadas foram em busca de ajuda, compreensão, alívio do sofrimento. Suas demandas perpassaram em torno de “Conversar para amenizar a dor” (Dolores); “Reaver a vontade de viver e tirar os pensamentos de suicídio” (Iolanda); “Eu vim buscar esquecimento, né?” (Teresa); “Ajuda, compreensão, conversa” (Sofia) e “Palavras para tentar é (...) aceitar essa perda, conviver com essa perda” (Judith).

Marques e Lima (2007, p. 2) em um estudo sobre a demanda de usuários a um serviço de pronto-atendimento observaram que as pessoas tendem a procurar esse serviço com a finalidade de solucionar suas necessidades, fossem elas urgentes ou não, algumas vezes expressas por meio da queixa, de forma inespecífica, confusa ou ambígua.

Nesse contexto, a tarefa de compreender a demanda guardava também outros pedidos (re)velados correspondentes a: busca de uma confirmação sobre a não responsabilidade pela morte da mãe ou filho(a), uma fuga como tentativa de não admitir a morte, desejo de uma nova chance para reencontrar o ente querido, ajuda para superar dor, busca de proteção, de compreensão, escuta para o medo da morte, para o choro, para o sentimento de “desamparo” frente à perda.

Há outras questões pessoais mobilizadas para além da vivência do luto, como conflitos familiares, interpessoais, dificuldades de retorno ao trabalho, entre as situações articuladas. Foram observados relatos que indicam outras esferas envolvidas e afetadas pelo processo de luto, com destaque para as atividades laborativas. A esse respeito Corrêa (2009) identificou a ocorrência de luto ocupacional, referente às manifestações de pesar da perda interferindo significativamente no cotidiano das atividades de vida diária (AVD'S)¹⁵ das pessoas, a exemplo do percebido no relato de Iolanda, em seu ambiente de trabalho e Sofia, em sua rotina de cuidados à filha.

Por outro lado, Brown (1995) explicita que as pessoas que conseguem se comunicar, compartilhar informações e sentimentos e que contam com fontes externas de apoio, como a família ou os amigos, parece se reorganizar melhor depois da morte do ente querido.

No entanto, essa adaptação pode também não ocorrer devido às dificuldades de escuta e acolhimento dessas demandas por algum familiar, por não suportar a dor que as lembranças remetem:

Um exemplo disso é a pressão que o enlutado sofre, logo após a perda, para voltar à atividade normal. Aqueles que permanecem expressando tristeza por um tempo prolongado são considerados fracos, loucos. A mensagem sutil é ‘seja forte, não se deixe abater’. Ou seja: o luto passa a ser visto como alguma coisa a ser evitada e não, que precisa ser vivida. E o enlutado passa a apresentar um comportamento socialmente aceitável, que, porém, contraria sua necessidade psicológica (FRANCO, 2002. p. 32).

Uma tendência ao silenciamento então pode surgir como uma alternativa, por vezes equivocada, de preservação de si ou dos outros, família, das memórias sobre o ente querido

¹⁵ Consiste em ampla categoria das atividades humanas que são parte da vida cotidiana a exemplo do autocuidado, lazer, trabalho, entre outros (AOTA, 1994, *apud* CORRÊA, 2009).

morto, repletas de detalhes e de urgência de expressão, e por isso mobilizantes e consideradas penosas (BROWN, 1995; FRANCO, 2002).

Frente a essas questões, o atendimento psicológico foi um recurso buscado por todas as colaboradoras da pesquisa, diante da experiência de perda. Muito embora a análise realizada tenha sido sustentada por cinco colaboradoras, os achados permitiram lançar algumas tendências interpretativas sobre a importância do Pronto Atendimento Psicológico a essa população.

Os relatos das colaboradoras convergiram sobre a experiência de atendimento, sendo destacada a importância da escuta individual e vivência em grupo, dada a oportunidade de ouvir a si e a outras pessoas em processo de elaboração da perda de ente querido.

Kóvacs (2003, p. 120-121) destaca alguns aspectos relevantes que o atendimento psicológico pode proporcionar às pessoas em processo de luto, entre os quais uma compreensão que esteja de acordo com as especificidades vividas por cada pessoa em seu percurso de elaboração da perda:

(...) a possibilidade de escutá-lo, acreditar na sinceridade de seu pedido naquele momento, na legitimidade de sua existência. Além disto, este conhecimento é importante porque favorece que descubramos as razões mais profundas para tal pedido, como por exemplo, um grau de sofrimento muito incapacitante e intolerável, um não sentido para a vida, o desejo de deixar de ser uma sobrecarga para a família – só para citar alguns dos mais frequentes mencionados nessa situação. Em outros casos, o conhecimento favorece inclusive, que se possa aliviar certos sintomas, como dores intensas, com medicação adequada; ou debelar um sentimento de solidão promovendo a presença de pessoas significativas para o paciente.

(...) da possibilidade de aprofundamento e de esclarecimento de uma demanda. Poderemos fazer outras coisas para aliviar o sofrimento, dividindo o sentimento de impotência e o fato de que talvez só possamos fazer pouco para aliviá-lo (...).

Kóvacs (2003) ressalta que o atendimento psicológico pode ajudar a pessoa a lidar com questões não resolvidas com a pessoa falecida ou quando da própria morte, o auxílio perpassa pela manifestação de sentimentos, nem sempre aceitos socialmente e que poderiam não encontrar outro incentivo para a expressão.

A busca por atendimento psicológico individual e em grupo foi referenciado pelas colaboradoras como apoio terapêutico para suas demandas, uma ajuda para cuidar as emoções, para “suportar a dor” e “de seguir em paz”.

Um particular destaque foi dado à experiência de atendimento em grupo, como um elemento de partilha solidária quando da vivência do luto, de organização de ideias sobre a

morte, principalmente as relacionadas à responsabilização pelo evento, de um possível retorno da pessoa falecida, de oportunidade de expressão não apenas da tristeza, mas também de sentimentos como raiva, desamparo e medo, de auxílio no cuidado das lembranças do ente querido morto, de suporte a partir de uma rede de relacionamento social construída para esse fim (REBELO, 2004).

Outra questão observada foi a pertinência da oferta imediata de atendimento psicológico, sem restrições de agendamento ou filas de espera, que se mostrou condizente às situações de crise que o luto pode representar.

A esse respeito, Furigo et al. (2008) acrescentam a relevância do Pronto Atendimento psicológico como uma intervenção “rápida e flexível”, cujo modelo terapêutico voltado ao perfil e demandas da população que tende a procurar a rede pública, interessada em uma solução rápida para as suas demandas, no momento e conforme a sua urgência e não necessariamente uma psicoterapia a longo prazo.

Conforme os relatos foi possível confirmar a suposição acerca da necessidade de espaços favorecedores à expressão e elaboração do luto, assim como da existência de uma demanda socialmente reprimida. A demanda pelo serviço de pronto atendimento psicológico confirma a suposição de que há um pedido de ajuda para expressão do medo da morte, para chorar sem a saudade, confortar-se ao ser acolhido e compreender que o luto é um processo natural, mas que pode complicar-se.

Nesse sentido, os achados indicaram a importância do serviço enquanto espaço de expressão do luto, no qual é possível falar da morte e do viver sem inibições ou restrições. O medo e desconforto mobilizados pelo tema são aceitos numa compreensão de que esse possível estranhamento diz respeito à própria finitude do ser (SOUZA et al., 2009).



Arte: Ivone Peoples

**Um não sei quê de saudade doendo
Uma saudade sem tempo ou lugar
Uma saudade querendo e querendo
Querendo ir e querendo ficar**

(...)

**O tempo tem tempo de tempo ser,
O tempo tem tempo de tempo dar,
Ao tempo da noite que vai correr,
O tempo do dia que vai chegar.**

Pauapixuna

Rui e Paulo André Barata

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo foi abordado o luto por morte de alguém significativo. Ao levantar essa temática, o objetivo consistiu em compreender as demandas de pessoas que sofreram a perda de um ente querido, no que se refere ao pedido de ajuda na ocasião da procura por atendimento psicológico. Assim, algumas considerações devem ser pontuadas.

Primeiramente, cabe salientar que os achados da dissertação foram ao encontro da literatura existente sobre o assunto, que sugere a perda de um ente querido como um dos eventos considerados de potencial implicação à saúde. Alguns estudos, também apontam a vivência do luto complicado como um dos possíveis desdobramentos da perda quando não elaborada, processos esses que também foram observados nesta pesquisa.

Convém ressaltar que o grupo em estudo se disponibilizou a colaborar e assim procurou espontaneamente, mostrando interesse no compartilhamento de suas experiências, o que destaca a necessidade de falarem de si e expressarem os afetos mobilizados em relação à perda.

Conforme também observado, sobre a procura predominante de mulheres ao serviço de Pronto Atendimento Psicológico nesta especificidade, os achados abrem espaços para algumas discussões sobre a relevância da oferta da assistência psicológica e a participação dos homens como usuários dos serviços.

Cabe o reconhecimento a uma ampla produção acadêmica sobre a(s) masculinidade(s) na área da saúde em geral, embora ainda haja também carência de estudos sobre a vivência do luto para os homens quando da morte de um ente querido e seus impactos na saúde. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de outras pesquisas, para se elucidar a articulação sobre a(s) masculinidade(s) e a vivência do luto e assim, enveredar a compreensão acerca das possíveis especificidades de gênero envolvidas nesse processo, considerando que os fenômenos biopsicossociais que acompanham esse tipo de perda afetam a todos, homens e mulheres, conforme a natureza dos vínculos estabelecidos.

Outra questão em destaque refere-se a entrevista enquanto um instrumento terapêutico, pois ao favorecer a expressão e o livre relato, propiciou uma dimensão de autocuidado, um referencial para o próprio sofrimento manifestado em forma de palavras. Por essa via questões diversas como, conflitos ou mesmo outros lutos antigos puderam vir à tona e se atualizarem nas vivências sentidas no decurso do seu estado de luto. Percebe-se esse fator como um incentivo à elaboração da perda dessas mulheres, acrescido da conduta da entrevistadora, que ao presenciar a dor, expressava reconhecimento e acolhimento do pesar compartilhado.

Este estudo possibilitou ainda alguns passos em direção a produção de conhecimentos sobre a demanda de atendimento psicológico, e em especial, a elucidação do(s) pedido(s) de ajuda, como um indicativo a pessoa que vivencia a perda e ao profissional de saúde que a acompanha, sobre o que revela a dor anunciada, o que de fato se busca ao se iniciar esse movimento de compreensão acerca de si e seu sofrimento quando da morte de um ente querido.

Compreender que a perda de um ente querido representa não apenas uma, mas inúmeras perdas. Perdas estas que podem se agregar, em multifacetadas, nas dimensões da relação afetiva, da dependência financeira, emocional, laborativas, entre outras, e que por isso se situa numa rede de representatividade complexa e muito mais ampla, na vida da pessoa em luto.

Outro destaque foi a interação dinâmica de fatores na constituição do fenômeno luto, considerando que o contexto que envolve uma perda, em geral, é marcado por um complexo entrelaçamento de eventos associados como biológico, somático, psicológico, social, cultural, entre outros, e dos quais se delineou uma multiplicidade de reações e relatos correspondentes ao modo de viver a perda de um ente querido. O olhar biopsicossocial, assim, contribuiu para a compreensão abrangente da pessoa frente à perda e seu processo de elaboração.

Os achados então indicaram múltiplos pedidos condensados na demanda por atendimento psicológico, dentre os quais: a busca de uma confirmação sobre a não responsabilidade pela morte da mãe ou filho(a), uma fuga como tentativa de não admitir a perda, desejo de uma nova chance para reencontrar o ente querido, ajuda para superar dor, busca de proteção, de compreensão, escuta para o medo da morte, para o choro, para o sentimento de “desamparo” frente à perda, partilhar o sofrimento, possibilidades de ser compreendido em seu movimento singular de viver e elaboração do luto.

Sob a perspectiva de que cada processo é particular e único, algumas colaboradoras, mostraram-se mais favorável para a elaboração do luto; outras, padecendo de um sofrimento intenso, apresentaram maiores dificuldades. Frente a essa especificidade de cada processo que se defende a necessidade do acolhimento às pessoas e suas demandas.

Nesse contexto, ir ao serviço de Pronto Atendimento Psicológico se configurou numa busca para cuidar das próprias questões, no tempo da urgência de seu sofrimento. Ao longo da pesquisa, foi possível conhecer pessoas que chegaram, inicialmente, para resolver um desconforto pontual, mas que ao longo de seu processo de escuta de si e esclarecimento de suas demandas, se perceberam enredadas a múltiplas outras questões pessoais, que ultrapassaram o motivo da procura. De maneira, que o atendimento psicológico nas situações

de crise por luto também pode estimular a pessoa a rever outros desconfortos acumulados ao longo da vida.

O Pronto Atendimento psicológico à pessoa no momento de sua 'urgência', se mostra como um incentivo para que esta siga no cuidado de si e que pode ser o início de um processo de implicação (psicoterapêutico) a se desdobrar. Além de favorecer, pela ausência de burocracias quanto a longas filas de espera, o acesso imediato ao atendimento e a redução da distância entre psicólogo e a comunidade, na escuta e compreensão das demandas emergentes.

Por ora, os achados da pesquisa reiteram a importância de estudos com essa população, da compreensão biopsicossocial acerca da pessoa e suas demandas, da vida, da morte e do luto e a necessidade de Pronto Atendimento Psicológico. Dessa forma faz-se indispensável a inclusão desses espaços na rede de saúde pública da assistência voltada à pessoa em processo de luto a fim de oferecer um atendimento integral que favoreça a expressão e entendimento das emoções e afetos, a possibilidade de refletir sobre os próprios limites e medos frente ao tema da morte, para enfim, crer que "Navegar é preciso". Prosseguir e atravessar o mar do tempo, enfrentar tempestades de sentimentos e memórias... Rumo à elaboração da perda quando da morte de um ente querido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, M. A. F. **Estudo sobre os encaminhamentos de crianças à escola especial: uma negociação social.** Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo. 2001.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica.** São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000.
- ARIÉS, P. **Sobre a história da morte no ocidente.** 2. ed. Lisboa: Teorema, 1989. 190p.
- AZEVEDO, C. M.; SOUZA, A. M. Percepções de mães-acompanhantes sobre os sentidos da hidrocefalia no *setting* hospitalar. In: PIMENTEL, A.; MOREIRA, A. C. G.; (Orgs.). **Psicologia, Instituição, Cultura.** Belém: Amazônia, 2008, 194p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa, Edições 70, 1998.
- BARBOSA, A.; CÂMARA, J. Urgências em Psiquiatria. In: CORDEIRO, J. C. D. (Org.). **Manual de Psiquiatria Clínica.** 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos.** 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990, 165p.
- _____. **Apego: a natureza do vínculo.** São Paulo: Martins Fontes, 2002, 394p.
- BRAGA, S.; MORAIS, M. L. S. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. **Psicologia USP**, v. 18, n. 4, p. 35-51, dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da Anemia Falciforme para a População. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Especializada Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF. 2007. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0206_M.pdf. Acesso em: 14 maio 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, DF. 1996.
- BRÁZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 97-104, 2005.
- BROMBERG, M. H. P. F. Luto: a morte do outro em si. In: _____, et al. **Vida Morte: laços da existência.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996. p. 99-122.
- _____. **A Psicoterapia em situações de perdas e luto.** Campinas: Livro Pleno: 2000. 174p.

BROWN, F. H. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 393-412, 1995.

CALLI, R. C. C.; ARRUDA, S. L. S. Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. M. (Org.). **Epistemologia, complementariedades e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004, p. 173-215.

CASSORLA, M. S. R. **Da Morte**: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991. 239p.

CASSELATO, G. Luto pela perda de um filho: a recuperação possível diante do pior tipo de perda. In: FRANCO, M. H. P. **Uma jornada sobre o luto a morte e o luto sob diferentes olhares**. Campinas, Livro Pleno, 2002. p. 11-21.

_____. O luto não reconhecido: um conceito a ser explorado. In: _____. (Org). **Dor silenciosa ou Dor Silenciada**. São Paulo: Livro Pleno, 2005, p. 19-34.

CHIATTONE, H. B. C. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org). **Psicologia da Saúde : um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2000. p. 76-90.

CORRÊA, V. A. C. **A expressão do pesar nas atividades ocupacionais quando alguém querido morre**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará. Belém - Pará, 2009.

CORRÊA, V. A. C.; MOURA, D. S. C.; SOUZA, A. M.; PEDROSO, J. S. Sobre a assistência em saúde nas situações de luto por morte. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 22, n. 2, p. 97-100, abr. - jun., 2008.

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-157, mar.-abr., 2005.

CONSSETIN, A.; SANTOS, H. B. S.; CLOSS, T. T. **Acolhimento em grupo**: a inclusão da saúde mental e da luta pela cidadania numa Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Disponível em <http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave=1976>. Acesso em: 30 nov. 2007.

CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias abordagens atuais**. Artes Médicas, Porto alegre 1993.

DAMATTA, R. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

D'AJELLO, N. T. **Prática clínica em psicologia**: caracterização do atendimento psicológico infantil na clínica-escola. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis. 2002.

ENGEL, G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, 196, p.129-136. 1977.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Curitiba: Editora Positivo-livros, 2004. 2120p.

FIORINI H J. **Teorias e técnicas psicoterápicas**. 10.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. 236p.

FRANCO, M. H. P. Uma mudança no paradigma sobre o enfoque da morte e do luto na contemporaneidade. In: _____. **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Livro Pleno, 2002. p.15 – 38.

_____. **Nada sobre mim sem mim: estudo sobre vida e morte**. Campinas: Livro Pleno, 2005, 108p.

FREITAS, N; K. **Luto Materno e Psicoterapia**: São Paulo: Summus, 2000, 152p.

FONSECA, J. P. **Luto antecipatório**. Campinas: Livro Pleno, 2004.

FURIGO, R. C. P. L.; SAMPEDRO, K. M.; ZANELATO, L. S.; FOLONI, R. F.; BALLALAI, R. C.; ORMROD, T. Plantão Psicológico: uma prática que se consolida. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. LVIII, n. 129, p. 185-192. 2008.

GARCIA, S. M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M.; UNBEHAUM, S. G.; MEDRADO, B. (Org.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS ED 34, 1998, p. 31-51.

GIANINI, M. M. S. **Câncer e Gênero: enfrentamento da doença**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004.

GOMES, R.; NASCIMENTO, F. E.; ARAÚJO, F. C.; Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GROSMAN, M. On the concept of health capita and the demand for health. **Journal of Political Economy**, v. 80, n. 2, p. 223-225, 1982.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2922p.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

KÓVACS, M. J.; CARVALHO, M. M. J.; CARVALHO, V. A. **Vida e morte: laços da existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1996. 122p.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: Temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp, 2003. 224p.

LOFRANO, C. C. **O atendimento à queixa escolar e suas implicações**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos – São Paulo, 2007.

MAIA, S. M. **A interconsulta psicológica no hospital geral: uma demanda institucional**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, 2006.

MARÇAL, V. P. B. **A Queixa Escolar nos Ambulatórios de Saúde Mental da Rede Pública de Uberlândia: Práticas e Concepções dos Psicólogos**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, 2005.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, jan.-fev., 2007.

MAZORRA, L.; FRANCO, M. H. P.; TINOCO, V. Fatores de risco para luto complicado numa população brasileira. In: FRANCO, M. H. P. (Org.) **Estudos avançados sobre o luto**. São Paulo: Livro Pleno, 2002, p. 39-69.

MELO, S. A.; PERFEITO, H. C. C. S. Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola. **Estudos de Psicologia**, Campinas, vol. 23, n.3, p.239-249, set. 2006

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1996. 269p.

_____. Um desafio sociológico para a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, vol. 15, n. 1, p. 25-32, jun. 1991.

_____. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MOURA, C. M. **Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, 2007.

MOURA, D. S. C. **Sobre o conceito de “Demanda por atendimento psicológico” em base de dados da CAPES.**, Universidade Federal do Pará, 2007. (Relatório não publicado).

OLIVEIRA, R. C. **Nem tudo o que parece é: sobre a demanda psicoterápica no ambulatório público**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 1999.

OSÓRIO, F. L. O psicólogo interconsultor, na enfermagem de pneumologia, de um hospital escola: caracterização das solicitações de atendimento psicológico. **Revista de Medicina de Ribeirão Preto**, v.37(1/2), n. 76-83, jan.-jun. 2004.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998, 291p.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. **Apoio social e religião**: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.

PIOLA, S. F.; S. M. VIANNA. **Economia da Saúde**: Conceitos e Contribuições para a Gestão da Saúde, Brasília, 1995. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/pub/livros/livro149.pdf>. Acesso em: 07 fev.2008.

PINHEIRO, S. P. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p.687-707, 2002.

PRIGERSON, H. G.; SHEAR, M. K.; JACOBS, S. C. Consensus criteria for traumatic grief: a preliminary empirical test. **British Journal of Psychiatry**, v. 174, n. 1, p.67-73, jan. 1999.

REBELO, J. E. Importância da entreatada no apoio a pais em luto. **Análise Psicológica**, v.4, n. 23, p. 373-380, 2005.

RIBEIRO, M. A. Demandas em orientação profissional: um estudo exploratório em escolas públicas. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, vol.4, n. 1-2, p.141-151, dez 2003.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, 260p.

ROMARO, R. A.; CAPITÃO, C. G. Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. **Psicologia Teoria e Prática**, Jun 2003, v.5, n.1, p.111-121.

ROMARO, R. A.; OLIVEIRA, P. E. C. L. Identificação das queixas de adultos separados atendidos em uma clínica-escola de psicologia. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.28, n.4, p.780-793, jun 2008.

ROSENBERG, J. L. Perda e luto. **Temas sobre desenvolvimento**. São Paulo, v. 5, n. 27, p. 14-17, 1995.

RUSCHEL, P. P. **Quando o luto adoce o coração**: luto não-elaborado e infarto. Porto Alegre: EDIPUCRGS, 2006, 159p.

SANTANA, A. M. **A experiência do usuário como via de re-significação das práticas psicológicas na rede pública de saúde**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco, 2001.

SALINAS, P.; SANTOS, M. A. Serviço de triagem em clínica-escola de psicologia: a escuta analítica em contexto institucional. **Psique**, Universidade de São Marcos. São Paulo, v. 6, n. 9 p. 177-19. 2001.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. **Educação e realidade**. Porto Alegre, jul.-dez. 1990.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar**: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, A. M. ; MOURA, D. S. C.; CORRÊA, V. A. C. Pronto Atendimento Psicológico aos que vivenciam perdas significativas: a emergência de um serviço e suas implicações. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, 2009. (NO PRELO).

SPINK, M. J. P. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal de integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.18-27, jan.-abr. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf. Acesso em: 21 abr. 2008.

TRAVERSO-YEPÉZ, M. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**. v 20, n. 1, p. 80-88, jan.-fev. 2004.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, 685p.

VANNI, M. G.; MAGGI, A. O que demanda à Psicologia na Rede Pública de Saúde em Caxias do Sul? In: **Psico**, v. 36, n. 3, p. 299-309, set.-dez. 2005.

WORDEN, J. W. **Terapia do luto**: um manual para o profissional de saúde mental. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, 203p.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Parte I

Data:/...../.....

Nome: _____ **Sexo:** M () F () **Idade:** _____

Endereço: _____

Bairro: _____ **Telefone:** _____ **Naturalidade:** _____

Munic. de origem: _____ **Munic. resid:** _____

Escolaridade: _____ **Profissão:** _____ **Ocupação:** _____

Estado civil: _____ **Número de filhos/Idade:** _____

Renda pessoal ou familiar: _____

Demanda espontânea: _____

Encaminhamento: _____ **Instituição/ Profissional:** _____

Motivo: _____

Tratamento médico passado: _____ **Tipo:** _____ **Local:** _____

Tratamento médico atual: _____ **Tipo:** _____ **Local:** _____

Acompanhamento psicológico passado: _____ **Período:** _____ **Local:** _____

Acompanhamento psicológico atual: _____ **Período** _____ **Local:** _____

Uso de psicofármaco passado: (S) (N) **Tipo:** **Período:**/...../.....

Uso de psicofármaco atual: (S) (N) **Tipo:** **Período:**/...../.....

Parte II

Perguntas norteadoras:

- O que aconteceu pra que você procurasse esse atendimento psicológico?
- O que você veio buscar nesse atendimento psicológico?
- Como foi pra você a experiência de atendimento psicológico?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

PESQUISA: Demandas no luto: uma compreensão sobre o pedido de ajuda.

ESCLARECIMENTO

Estamos desenvolvendo um estudo que busca conhecer os motivos que levam uma pessoa a procurar este serviço de atendimento psicológico. Para tanto, convidamos você a participar de uma única entrevista, a qual será gravada, sendo muito importante a sua colaboração.

- Você tem o direito de se negar a participar do estudo, sem qualquer prejuízo ao atendimento, cuidado e tratamento por parte da equipe deste hospital;
- Você também poderá desistir de participar da entrevista, a qualquer momento que julgar necessário, mesmo que esta já tenha iniciado;
- Não existe nenhum risco em participar deste estudo. Destacamos que os instrumentos de pesquisa foram elaborados no sentido de favorecer a sua expressão de idéias e sentimentos;
- Quanto aos benefícios resultantes do estudo, ressaltamos a entrevista como um espaço de expressão de idéias e sentimentos, além de contribuir à pesquisa científica e a reflexão acerca do tema, o qual vem sendo indicado e discutido em diversos estudos científicos;
- Esta pesquisa não apresenta qualquer ônus financeiro ou material a você, e nem à instituição onde será realizada. Sendo de integral responsabilidade da pesquisadora os recursos financeiro e material pretendidos para a sua execução;
- Os resultados decorrentes desse estudo serão utilizados para a elaboração de relatórios, dissertação e artigos científicos. E quando da publicação a sua identificação será mantida sob sigilo, assegurando seu completo anonimato;
- Caso aceite em participar, compromete-se a:
 - Participar da entrevista e permitir o uso de gravador.

Assinatura do pesquisador responsável
Danielle do Socorro Castro Moura
Psicóloga CRP 1749 10ª região

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como de seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha vontade, aceito participar da entrevista proposta para coleta de dados.

Belém/Pará, _____ de _____ de 200__.

Assinatura do responsável pela pesquisa
Fone:

Assinatura do entrevistado
Fone:

* Endereço do Comitê de Ética:

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) – Complexo da Sala de Aula/ICS – Sala 13 – Cidade Universitária Prof. José Silveira Neto, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 – Belém – Pará. Tel./Fax. 3201-8028/3201-7735
Email: cepeccs@ufpa.br

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL BETTINA FERRO DE SOUZA
DIRETORIA ACADÊMICA
COORDENAÇÃO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de direito, que o projeto de pesquisa intitulado "*Demandas de luto*", de autoria de Daniele do Socorro Castro Moura, aluna do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Social da UFPA, sob a orientação da Profa. Airle Miranda de Souza, foi aprovado pela Diretoria Acadêmica e Coordenação de Pesquisa e Pós-Graduação deste hospital, obtendo consentimento para que os dados sejam coletados nesta instituição.

Belém, 26 de dezembro de 2007.

Dra. Simone Neno
Diretora Acadêmica

Profa. Dra. Eleonora Arnaud P. Ferreira
Coordenadora de Pesquisa e Pós-Graduação

Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
Rua Augusto Corrêa, Nº. 1, Campus do Guamá, CEP: 66.075-110
Telefone: 3201-7921, 3201-7825, ramal 248 / Fax: 3201-7631
E-mail: dachubfs@ufpa.br / secdachubfs@ufpa.br

ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade Federal do Pará



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

Carta Provisória: 010/08 CEP-ICS/UFPA

Belém, 21 de fevereiro de 2008.

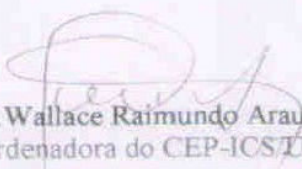
A:
Danielle do Socorro Castro Moura

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa **“Demandas no luto: Uma compreensão sobre o pedido de ajuda”** de Protocolo nº 03/08, CEP-ICS/UFPA, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, na reunião do dia 21 de fevereiro de 2008.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar o relatório parcial do mesmo até o dia 30 de Dezembro de 2008, no CEP-ICS/UFPA, situado no Campus Universitário do Guamá, Campus profissional, no Complexo de sala de aula do ICS – sala 13 (Altos).

Atenciosamente,


Prof. Dr. Wallace Raimundo Araújo dos Santos
Coordenadora do CEP-ICS/UFPA